

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 21

WARSZAWA, 12 LIPCA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Orientacja kliniczno-fizjologiczna w rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłych schorzeń gośćcowych.

Podał

Dr. J. van BREEMEN,

sekretarz międzynarodowego komitetu do spraw gościa
(Amsterdam).

Nauka o schorzeniach gośćcowych, jak wszystkie pojęcia kliniczne, może być rozpatrywana z wielu stron. Jeżeli stawiamy tu na pierwszym planie stronę kliniczno-fizjologiczną, to bynajmniej nie znaczy to, że lekceważymy stronę anatomiczną albo bakterjologiczną. Badania anatomiczne nad przewlekłymi schorzeniami gośćcowymi dały nam wiele cennych dla fizjologii zdobyczy.

Mojem zdaniem, dał w tej mierze wartościowe wytyczne F. v. Müller w swoim interesującym doniesieniu, wygłoszonym na Międzynarodowym Zjeździe Lekarskim w Londynie w r. 1913. Również i badania anatomiczne Posnera, Benekiego, Preissera, Riemanna, Simmondsa i niektórych ortopedystów przyczyniły się bardzo do lepszego zrozumienia pewnych objawów klinicznych w przebiegu przewlekłych schorzeń gośćcowych.

Wiadomości nasze w tej dziedzinie posunęły znacznie naprzód również i prace histologiczne Strangwaysa z Cambridge, badania anatomiczne w zapaleniu stawów amerykańskich autorów Nicholisa i Richardsona oraz niektóre dane anatomiczne o narządach, ulegających schorzeniu w przebiegu gościa, dostarczone przez Francuzów.

Niewątpliwie wszakże, gdybyśmy my lekarze mieli w swej praktyce zawsze na widoku te wszystkie dane anatomiczne, histologiczne i embriologiczne z ich wszystkimi konsekwencjami, to nie jeden sztywny staw mógłby być uratowany.

Pewne jest jednak, że w ciągu ostatnich 25 lat utwierdziło się przekonanie ogólne, że na

gruncie badań anatomopatologicznych niewiele można znaleźć linii wytycznych dla leczenia celowego.

Badania czynnościowe, w których fizjologia kliniczna odgrywa dużą rolę, dają nam znacznie lepszy pogląd na sprawę leczenia zarówno w tych sprawach, jak i w wielu innych stanach chorobowych.

Należy odrazu stwierdzić, że w przeciwieństwie do tysięcy spostrzeżeń anatomicznych nad kwestją zapalenia stawów znamy tylko niewiele badań kliniczno-fizjologicznych, któreby miały wartość dla poznania gościa. I mimo niewątpliwie wielkiego znaczenia, jakie ma stopień oporu biologicznego, stawianego przez błonę maziową zarówno przy powstawaniu i przechodzeniu w stan przewlekły spraw stawowych, jak i dla lepszego poznania skazy artretycznej, badań w tej dziedzinie jest nadzwyczaj mało.

Ponieważ naukowe badanie gościa ujmowane jest przede wszystkim ze strony anatomicznej, zrozumiałą jest rzeczą, że w silnym stopniu wpłynęło to na klasyfikację i terminologię, w różnych krajach, oczywiście, z różnym natężeniem. Terminologia kliniczna spraw gośćcowych, która niekiedy jest bardzo cenna w związku z ich patogenезą, była dotąd niezawsze dostatecznie pogłębianą naukowo, tak, że niezawsze nadawała się do porozumienia międzynarodowego.

Orientacja kliniczno-fizjologiczna daje nam nie tylko podstawę do lepszego rozpoznania, lecz ma także duże znaczenie, zwłaszcza w niektórych przypadkach, dla naszych zabiegów leczniczych; tyczy się to przede wszystkim tych przypadków, których leczenie jest leczeniem czynnościowym. Ponieważ orientacja anatomiczna była tak długo na pierwszym planie w całym szeregu przypadków chorobowych, znacznie więc został opóźniony rozwój fizycznych sposobów leczenia, które zawsze są leczeniem czynnościowym.

Słusznie zupełnie mówi też Dr. Schöber: „Jeżeli balneologia, jako nauka, stała przez długi czas w tyle poza innymi dziedzinami medycyny, to w znacznym stopniu przyczyniło się do tego do-

minowanie w myśleniu lekarskim stanowiska anatomicznego”.

Przystępując do bardziej metodycznego badania schorzeń gośćcowych, należy zdać sobie sprawę z obecnego stanu tego zagadnienia oraz z tego, co mogłoby się przyczynić do lepszego rozpoznawania i leczenia. Z odpowiedniego piśmiennictwa niemieckiego, angielskiego i francuskiego da ją się wyciągnąć następujące wnioski:

1. Terminologia i klasyfikacja niemiecka, opierająca się głównie na danych anatomicznych, zawiera bardzo wartościowe dane naukowe i dzięki temu nadaje się częściowo do użytku międzynarodowego. Czynniki patogenetyczne stoją, na ogół, na dalszym planie; badania nad nimi są uwzględnione przedewszystkiem w pracach ortopedystów.

2. Klasyfikacja francuska jest słuszna przedewszystkiem w ujęciu i zawiera wartościowe dane kliniczne, wobec czego i patogenеза zajmuje tu odpowiednie stanowisko. Do porównawczych badań międzynarodowych daje ona względnie mało podstaw.

3. Również i poglądy Anglików mają przedewszystkiem podstawę kliniczną, ale zupełnie zresztą inną, niż poglądy Francuzów; angielskie badania nad gośćcem są dawniejsze i bardziej rozbudowane, przyczem czynniki przyczynowe, inaczej niż to się dzieje u Francuzów, są w nich szczególnie uwzględnione. Jednakże do użytku międzynarodowego mało się nadają. W podręcznikach lekarskich angielskich własny wysoki rozwój kulturalny ich autorów uwidocznia się tylko częściowo, gdyż bardzo często spotykamy się tu z poglądami niemieckimi.

4. Lekarze, ortopedyci i interniści amerykańscy, ogłosili w ostatnich latach wyniki interesujących poszukiwań, w których silnie zostało podkreślone znaczenie patogenезы. Prace te mogłyby mieć wielkie znaczenie z międzynarodowego punktu widzenia, gdyby nie przecenianie roli zakażenia ogniskowego, jako wyłącznego czynnika przyczynowego.

Trzeba wogóle zaznaczyć, że nasze dotychczasowe poglądy etiologiczne były zanadto uproszczone; przeważnie bowiem w powstawaniu pewnych schorzeń mamy do czynienia z współdziałaniem kilku czynników. Zwłaszcza trzeba to mieć na uwadze w rozpatrywaniu przewlekłych schorzeń gośćcowych, gdyż w przeciwnym razie łatwo zejść na bezdroża.

Szczegółowy rozbiór międzynarodowego piśmiennictwa, dotyczącego gośćca i obserwacja szpitalna wysunęły na czoło zagadnienia cztery czynniki, mające znaczenie dla patogenезы. Naukowe opracowanie tych czynników uznane zostało przez Międzynarodowy Komitet do badania gośćca za niezbędne. Każdy z tych czterech czynników obejmuje dziedziny, które już dziś nadają się do badań. Rozumie się samo przez się, że proponowane wnioski stoją otworem dla dalszego pogłębiania i wszelkich związanych z tem zmian.

W ten sposób powstały nowe punkty widzenia w nauce o gośćcu, a jednocześnie uniknięto wielu trudności, które przeszkadzały pogłębieniu międzynarodowych badań nad schorzeniami gośćcowymi. Te nowe punkty widzenia spotkają się

bez wątpienia z pewnemi zastrzeżeniami, z drugiej jednak strony z przyjemnością zaznaczyć należy nadesłanie z wielu krajów aprobaty tych zaopatrywań. Największe atoli znaczenie proponowanych wniosków zawiera się w tem, iż zmuszają nas one do traktowania zapaleń stawów, jak to słusznie wyraził Pemberton jako: „only one branch of the very large tree and constitutes merely the expression on the surface of an underlying pathology”¹⁾.

Drugą korzyścią jest to, że dotychczasowa terminologia i klasyfikacja kliniczna, która jest już niecelowa i często wywołuje zamieszanie w naukowych stosunkach międzynarodowych, zostanie zastąpiona przez określenia kliniczno-fizjologiczne, które umożliwią ogólną wymianę zdań. Stworzenie już teraz mianownictwa i klasyfikacji, które nadałyby się do użytku międzynarodowego, byłoby przedwczesne. Każda bowiem klasyfikacja i każde mianownictwo nosi znamię swego czasu, a jednocześnie odsłania nam istniejące braki w poznaniu danej dziedziny umiejętności. I dopiero wtedy przyjdzie czas na lepszą klasyfikację, kiedy, dzięki wzmocnieniu zakresowi badań, wzrosną nasze wiadomości. W obecnej chwili tylko drogą zmiany niektórych nazw możemy wprowadzić pewne udoskonalenia.

Zupełnie natomiast inną kwestją jest sprawa mianownictwa dla publikacji statystycznych o znaczeniu czysto praktycznem (opieka społeczna i t. p.). Pod tym względem istnieje bardzo dogodna nomenklatura angielskiego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, przyjęta już zresztą w wielu krajach.

Jaknajbardziej ujednostajnione mianownictwo lekarskie niewątpliwie przyczyni się w znacznym stopniu do uproszczenia dyskusyj na zjazdach narodowych i międzynarodowych.

Wspomniane cztery czynniki patogenetyczne są następujące:

- I. Sprawy ogniskowe.
- II. Zboczenia konstytucjonalne.
- III. Nieprawidłowości w krążeniu skórnem.
- IV. Czynniki zewnętrzne.

A teraz kilka jeszcze uwag na temat tych czterech czynników zasadniczych.

1. Ognisko zakaźne. Należy przeprowadzić ściśle badania ciepłoty ciała w okolicy podejrzanego ogniska. Dalej należy przeszukiwać i ustalić z możliwą dokładnością zależność pomiędzy ogniskiem zakaźnem i schorzeniami gośćcowymi; kwestja anafilaksji; badania krwi pod względem wzajemnego stosunku liczbowego leukocytów; objaw opadania krwinek (sedymencja) i t. d.

2. Skaza gośćcowa lub zboczenie konstytucjonalne. Badanie przemiany materji w starannie dobranych przypadkach chorych gośćcowych; należy śledzić zaburzenia czynności wewnętrznydzielniczych, wzgl. autonomicznego układu nerwowego; badanie krwi (eozynofilia, określanie wzajemnego stosunku wagowego wapnia i fosforanów, stopień zasadowości); zawartość kwasu mlekowego we krwi i w moczu; badanie krzepliwości i odporności; obserwacje nad ciepłotą krwi,

¹⁾ „Zapalenie stawów jest jedną z gałęzi rozłożystego drzewa i stanowi tylko zewnętrzny wyraz głębszej sprawy chorobowej”.

zwłaszcza w chorych tkankach; badanie nużenia się mięśni podczas pracy i wykreślanie odpowiednich krzywych; badanie skóry, jako narządu w stosunku do całego ustroju i t. d.

3. Nieprawidłowości w krążeniu skórny. Ścisłe obserwowanie ciepłoty skóry w różnych okolicach ciała; badanie chwiejności naczynioruchowej i t. d. (Mamy wrażenie, że dodatnie działanie leczenia fizycznego w schorzeniach gośćcowych w znacznym stopniu zależy od poprawienia się zaburzeń w czynności skóry).

4. Czynniki zewnętrzne. Wpływ zimna, ciepła, wilgoci i innych warunków atmosferycznych (klimat); także wpływ zajęcia zawodowego i t. p.

Zrozumiałą jest rzeczą, że, wobec tak ogromnego zakresu badań, mogą być tu omówione zaledwie niektóre czynniki i to tylko bardzo powierzchownie.

Czynnik I — sprawa ogniskowa.

Jest to czynnik, którego znaczenie oceniane jest bardzo rozmaicie w międzynarodowym piśmiennictwie lekarskim, R. P e m b e r t o n., bardzo doświadczony w tej dziedzinie lekarz amerykański, należy do tych, którzy ostrzegają przed przecenianiem znaczenia sprawy ogniskowej, zaczyna jednak odczyt swój temi słowami: „It is generally accepted, that focal and other infections are the cause of many cases of arthritis”¹⁾). Porównajmy to zdanie z sądami wielu lekarzy europejskich. Jedno jest pewne, że według mego doświadczenia, w Anglii kładzie się, naogół, na poszukiwanie sprawy ogniskowej znacznie większy nacisk, niż to się dzieje na kontynencie.

Zależność między sprawą ogniskową i przewlekłymi schorzeniami gośćcowymi z naukowego punktu widzenia, jest dotąd mało ugruntowana. Badania P e m b e r t o n a i innych amerykańskich autorów nad powinowactwem między zawartością jelit i mazią stawową, mogą mieć dla tej kwestji bardzo doniosłe znaczenie. Wykazano mianowicie, że istnieje ścisła, dotąd nieznana korelacja między przewodem pokarmowym i mazią stawową. Podana drogą ustną glukozą już po bardzo krótkim czasie daje się wykryć w mazi stawowej; to samo można stwierdzić w stosunku do wielu innych ciał. Wynika z tego, że chrząstka, która, jak wiadomo, nie posiada naczyń, odżywia się głównie z tego źródła, a oprócz tego, że otwarta jest droga, dzięki której staw otrzymuje znaczną ilość materiału odżywczego z jelit.

W ten sposób nabiera nowego oświeślenia pogląd niektórych angielskich badaczy głoszących istnienie zależności pomiędzy przewlekłymi schorzeniami gośćcowymi i cierpieniami jelit.

Czynnik II — zboczenia konstytucjonalne (skaza artrytyczna),

Przy ujmowaniu tego zboczenia konstytucjonalnego ze strony kliniczno-fizjologicznej uderza nas przede wszystkim niewspółrzedność układu nerwowego autonomicznego w stosunku do przejawów ośrodku woli (do układu mózgowo rdzenio-

wego). Mojem zdaniem stanowi to, w sensie kliniczno-fizjologicznym, sedno tych wszystkich objawów, których dostarcza nam klinika w opisie skazy artrytycznej. Brak czasu nie pozwala mi, niestety, przytoczyć wielu przykładów.

Podczas gdy francuskie prace nad skazą artrytyczną opierają się na znaczeniu usposobienia dziedzicznego i rodzinnego, to w Ameryce istnieją także badacze, którzy ujmują tę sprawę od strony cech nabytych. Niektórzy amerykańscy autorzy kładą wielki nacisk na rolę, jaką w powstawaniu skazy artrytycznej odgrywa siedzący tryb życia i zbyt obfity pokarm.

Pogląd autorów angielskich idzie w tym kierunku, że jednym z czynników patogenetycznych, który ułatwia nam zrozumienie objawów skazy artrytycznej, jest niedostateczne utlenianie kwasu mlekowego (L l e w e l l y n). W związku z tem nabiera wielkiego znaczenia w badaniach nad gośćcem metoda prof. B u y t e n d i j k a, dzięki której w jednej kropli krwi można określić jej kwaśność, albowiem według wielu angielskich badaczy jednym z czynników patogenetycznych schorzeń gośćcowych jest zmieniona zawartość kwasów we krwi.

Uważam za zbyt częste powoływać się tu na znaczenie badań Z i m m e r a (Berlin) i jego współpracowników nad odczynem A b d e r h a l d e n a. Nie chcę też zagłębiać się tu w kwestję czy zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym mogą być traktowane jako objawy skazy artrytycznej.

Czynnik III — nieprawidłowości w krążeniu skórny.

Można z całą pewnością twierdzić, że wielki wpływ fizycznych sposobów leczenia i balneoterapii przede wszystkim na karb tych spraw położyć należy. Skargi całego szeregu reumatyków, którzy podają, że chora okolica wydaje im się zimna, mogą być sprawdzone obiektywnie za pomocą termometru skórny.

Trudną jednak jest rzeczą ustalić ciepłotę skóry z zupełną ścisłością naukową. Niech mi wolno będzie zwrócić w związku z tem uwagę na znakomitą pracę C o b e t a z kliniki S t e p p a w Jenie oraz na badanie B e n e d i k t a z fundacji R o c k e f e l l e r a w Nowym Jorku.

Dla lepszego zrozumienia schorzeń gośćcowych ważne jest niezmiennie następujące spostrzeżenie: umieszcza się w wilgotnem pomieszczeniu osobników zdrowych oraz reumatyków (jedni i drudzy rozebrani), wówczas już po krótkim czasie można stwierdzić, że zdolność utrzymania własnej ciepłoty w stosunku do ciepłoty otaczającego powietrza jest u chorych gośćcowych przeważnie znacznie mniejsza.

Czynnik IV — wpływy zewnętrzne.

Kilkoma nowemi spostrzeżeniami udało się potwierdzić starą obserwację, że ciepły i suchy klimat chroni od powstawania schorzeń gośćcowych; jeżeli zaś nawet cierpienie to wystąpi, to bardzo często poprawia się. Badania v a n L o g h e m a (Amsterdam) nad zaziębieniem dają nam bardzo cenną wskazówkę, w jaki sposób higieniści mogą w tym kierunku owocnie współpracować z klinikami.

¹⁾ Jest rzeczą ogólnie przyjętą, że zakażenia ogniskowe i inne są przyczyną wielu przypadków zapalenia stawów.

Obok wpływów klimatycznych, ważnym czynnikiem patogenetycznym z grupy wpływów zewnętrznych — jest zawód. Znaczenie wykonywanego zawodu polega w tym wypadku na nadmiernych wysiłkach określonych stawów i mięśni, i nie raz zdarza się, że lekarz rozpoznaje zawód chorego na podstawie znalezionych zmian w stawach. W związku z tem zwracam jeszcze uwagę na wybitną pracę Platęgo z Hamburga, poświęconą sprawie wpływu zawodu na zniekształcające zapalenie stawów (*arthritis deformans*).

Podstawy anatomo-patologiczne niemieckiego mianownictwa i podziału schorzeń gośćcowych przy-

czyniły się wielce do postępu na polu nauki o gościcu. Obecnie wśród wielu młodych badaczy niemieckich dojrzeła przekonanie, że badanie biologiczne musi być wysunięte na plan pierwszy. Kto czyta referaty z 22-go Zjazdu Towarzystwa ortopedystów niemieckich, kto uważnie śledzi prace Zimmera z kliniki Biera oraz wielu innych, ten dojść musi do przekonania, że wobec świetnie ugruntowanych badań Niemców, wkrótce oczekiwać należy wyników ostatecznych, opartych na metodycznych badaniach zjawisk kliniczno-fizjologicznych w związku z ich znaczeniem w rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłych schorzeń gośćcowych.

Z rękopisu niemieckiego przełożył Jan Srebrny.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału psychiatrycznego Szpitala na Czysłem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. A. WIZEL).

Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci.

Podał
Roman MARKUSZEWICZ (Warszawa)
Asystent oddziału.

Badanie pamięci odbywa się zazwyczaj w dwóch kierunkach: po pierwsze badamy trwałość uzyskanych już uprzednio pojęć i wiadomości, po drugie stwierdzamy zdolność zapamiętywania, t. j. przyswajania sobie tych wyobrażeń lub faktów, które osoba badana winna zapamiętać podczas samego badania. W ten sposób odróżniamy pamięć faktów minionych i pamięć przeżyć nowych: wyodrębnienie bowiem tych dwóch kategorii pamięci jest wskazane i ze względu na to, że w różnych chorobach psychicznych każdy z tych rodzajów pamięci ulega zaburzeniom w sposób swoisty. Zdolność zapamiętywania (Wernicke), czyli pamięć przeżyć podczas badania (Bleuler) badamy zazwyczaj w ten sposób, że osobie badanej mówimy szereg cyfr i następnie co pewien czas sprawdzamy, czy osoba badana, z którą tymczasowo mówimy o rzeczach innych, może nam powtórzyć powiedziane jej cyfry. Wykonywując powyższe badania, zauważyłem, iż błędy, które popełniają pacjenci, stale się powtarzają, przyczem udaje się stwierdzić pewną prawidłowość w niedokładności zapamiętywania. Wobec tego podjąłem badania specjalne, ażeby na podstawie większego materiału klinicznego zanalizować dokładnie owe błędy zapamiętywania.

Badanie odbywało się w sposób najprostszy, jakim zazwyczaj posługujemy się przy badaniu zapamiętywania w przypadkach psychoz organicznych*). A więc podawałem pacjentowi szereg cyfr, od czterech do sześciu, w zależności od stopnia

*) Pod pojęciem psychoz organicznych w ścisłym tego słowa znaczeniu rozumiemy, zgodnie z Bleulerem, takie choroby umysłowe, które polegają na rozlanej redukcji substancji mózgowej (por. E. Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie). W pracy więc niniejszej używam terminu „psychozy organiczne”, jako skrót terminu „psychozy organiczne w ścisłym tego słowa znaczeniu”.

zaburzenia pamięci poszczególnego przypadku, i następnie prosiłem pacjenta o powtórzenie tych cyfr w tym samym porządku, w jakim one zostały połówkowane przezemnie. Jeżeli pacjent powtórzy błędnie, wówczas mówiłem ten sam szereg cyfr jeszcze raz (w niżej przytoczonych protokołach badań powtórzenie przeze mnie szeregu cyfr oznaczone jest znakiem —:—). Starałem się powtarzać pacjentowi zadanie tak długo, dopóki pacjent nie powiedział szeregu cyfr poprawnie. Następnie po 15, po 30 sekundach i wreszcie w odstępach czasu coraz to dłuższych prosiłem pacjenta o powtórzenie podanego mu szeregu cyfr (czas liczony był od ostatniego powtórzenia pacjenta). W międzyczasie rozmawiałem z pacjentem w tym celu, ażeby utrudnić osobie badanej powtarzanie w myśl zadania. W rozmowie tej atoli nie były poruszane ani sprawy afektywne, ani nie mówiliśmy o innych liczbach, ażeby nie utrudniać w ten sposób pacjentowi zapamiętywania szeregu podanych mu przezemnie cyfr.

I. Przypadki porażenia postępującego.

Przedewszystkiem badałem chorych, cierpiących na porażenie postępujące, gdyż zazwyczaj u tych chorych badamy zaburzenie zapamiętywania. Badałem wielokrotnie 18 przypadków porażenia postępującego, tak, że rozporządzam przeszło 80 protokołami badań. Przytaczam tutaj dla przykładu parę następujących protokołów:

Przypadek Nr. 1: H. P., mężczyzna, l. 57.

P.p. (postać otępieniowa):

*) 2, 7, 5, 9, 3	2, 5, 7, 9, 3
	—:—
	2, 7, 5, 9, 3
	po 10 sekundach:
	2, 7, 5, 9, 3
	po 20 sek.:
	2, 7, 5, 3, 9
	po 30 sek.:
	2, 7, 5, 3, 9
	po 45 sek.:
	2, 5, 3, 7, 9
	po 60 sek.:
	2, 3, 7, 9

*) Cyfry, które znajdują się po lewej stronie linii pionowej, oznaczają zadanie, — natomiast cyfry, znajdujące się po prawej stronie, oznaczają odpowiedź pacjenta.

Analizując odpowiedzi pacjenta, widzimy, że pacjent w pierwszym powtórzeniu umieścił 5 na miejscu 7. Po powtórzeniu przezemnie zadania (—), pacjent reprodukuje prawidłowo szereg cyfr. Dopiero po 20 sekundach popełnia on przy powtórzeniu błąd, polegający na umieszczeniu 3 przed 9, podobnie jak uprzednio umieścił 5 przed 7. Tenże błąd popełnia pacjent po 30 sekundach. Po upływie 45 sekund zmienia pacjent jeszcze bardziej szereg cyfr zadania, wstawiając 7 między 3 a 9, a dzięki temu przypomina sobie cyfrę 3, która w zadaniu była na ostatnim, t. j. na piątym miejscu, po upływie 20 sekund jako czwartą, zaś po 45 sek. jako trzecią cyfrę. Wreszcie po upływie 60 sekund 3 zostaje przypominiana jako druga cyfra, i w ten sposób pacjent reprodukuje obecnie szereg cyfr, który tem się różni od zadania, że 5 zostaje opuszczona, zaś wszystkie pozostałe cyfry przedstawione są w porządku kolejnym. Błąd więc zapamiętywania polega w danym przypadku na przestawieniu 3, która pamiętana jest, jako następująca po 2, i na opuszczeniu 5, dzięki czemu 7 znajduje się tuż przed 9. Dzięki tym dwóm mechanizmom zaburzenia zapamiętywania szereg cyfr zostaje po upływie 60 sekund w ten sposób przez pacjenta powtórzony, że po cyfrze niższej następuje cyfra wyższa, i dzięki temu cyfry zostają zapamiętane w porządku kolejnym wstępującym:

Przypadek Nr. 2: H. J., mężczyzna, l. 40.

P.p. (postać manjakalna):

2. 7. 5. 9. 3	2. 5. 7. 3
	—
	2. 9. 5. 7. 9. 3
	—
	2. 5. 7. 9. 3
	—
	2. 5. 7. 9. 3
	—
	2. 5. 7. 9. 3
	—
	2. 5. 7. 9. 3
	po 15 sek.:
	2. 5. 7. 9. 3
	po 30 sek.:
	2. 5. 7. 9. 3
	po 45 sek.:
	2. 3. 7. 9. 3
	po 60 sek.:
	2. 3. 7. 9. 3
	po 75 sek.:
	2. 3. 7. 9. 3

W pierwszym powtórzeniu umieszcza pacjent cyfrę 5 przed 7. W drugim powtórzeniu obserwujemy bardzo ciekawe zjawisko: 9, która została opuszczona w pierwszym powtórzeniu, obecnie, po powtórzeniu przezemnie zadania, zostaje przypominiana, lecz nie po 5, jak być powinno, ale dopiero po 7, tak, że dzięki temu otrzymujemy kolejny szereg cyfr w porządku wstępującym: 5, 7, 9. Cyfra 9 jest reprodukowana w tymże szeregu cyfr jeszcze raz na miejscu drugim, t. j. tam, gdzie uprzednio była 7, która obecnie znajduje się na miejscu cyfry 9. Ponieważ owa cyfra 9 na drugim miejscu

jest tylko produktem zastępczym, zostaje więc ona w powtórzeniu trzecim opuszczona, tak, że pacjent pamięta prawidłowo tylko pierwszą i ostatnią cyfrę, — pozostałe natomiast cyfry są pamiętane w porządku kolejnym wstępującym. Przetawiony w ten sposób porządek cyfr jest tak silnie utrwalony w pamięci pacjenta, że powtarza on cyfry w tym samym porządku, nie zważając na to, że powtórzyłem mu zadanie 6 razy. Po upływie 45 sekund pacjent przypomina sobie na miejscu 5 cyfrę 3, tak, że otrzymujemy znowu szereg cyfr w porządku kolejnym wstępującym: 2, 3, 7, 9; poatem 3, jako liczba ostatnia, a wobec tego najłatwiejsza do zapamiętania, zostaje jeszcze raz przypominiana na końcu szeregu cyfr, t. j. na jej miejscu właściwym. Widzimy z tego, iż im słabszy jest engram, t. j. im silniejsze jest zaburzenie zapamiętywania, tem wyraźniej występuje skłonność do reprodukcji cyfr w porządku kolejnym wstępującym, aż wreszcie w przypadkach daleko zaawansowanego otępienia organicznego obserwujemy zwyczajne liczenie kolejne cyfr zamiast przypominania sobie poszczególnych cyfr. Widzimy to w następującym przypadku:

Przypadek Nr. 3: S. R., mężczyzna, l. 50.

P.p. (postać otępieniowa, silnie zaawansowana):

a) 2. 7. 5. 9. 4 | 2. 4. 5. 4. 5. 6. 7

b) 2. 7. 5	2. 4. 5... 6. 7. 8. 9. 10.
	—
	2. 7. 5
	po 3 sek.:
	2. 5. 7
	po 10 sek.:
	2. 5. 7
	po 20 sek.:
	2. 4. 7
	po 30 sek.:
	2. 7. 7. 8. 9. 10
	po 45 sek.:
	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10

Powtarzając zadania a) pacjent przedstawia cyfry w porządku kolejnym wstępującym: 2, 4, 5, — pozostałe zaś cyfry, t. j. 7 i 9 chory zapomniął, i otóż zamiast przypomnienia sobie zapomnianych cyfr zostaje wyzwolony mechanizm liczenia, tak, że pacjent, powtórzywszy dwie ostatnie cyfry: 4, 5, liczy automatycznie dalej: 6, 7.

Tenże sam mechanizm zaburzenia pamięci widzimy jeszcze wyraźniej podczas powtarzania zadania b): pacjent podaje trzy cyfry, chociaż błędnie, lecz jednakowoż w porządku kolejnym wstępującym: 2, 4, 5, — pamięta jednakże, że zapomniął jedną cyfrę (7), i otóż, nie będąc w stanie jej sobie przypomnieć, liczy od 5 do 10. Po powtórnem powtórzeniu zadania pacjent reprodukuje je dobrze, lecz już po trzech sekundach chory układa podane cyfry w szereg kolejny wstępujący. Po 20 sekundach zapamiętana zostaje tylko pierwsza i ostatnia cyfra, zaś między cyfry te wstawiona jest 4, a dzięki temu wstępująca kolejność cyfr nie zostaje zakłócona, chociaż cyfra środkowa

przypomniana jest błędnie. Po 30 sekundach zostaje opuszczona błędnie wspomniana cyfra 4, i tylko pierwsza i ostatnia jest wiernie przechowana w pamięci, natomiast zamiast zapomnianej cyfry zostaje wyzwolony mechanizm liczenia (7, 7, 8, 9, 10). Po 45 sekundach zadanie ulega zupełnemu zapomnieniu i w miejsce poszczególnych cyfr pacjent automatycznie liczy od 1 do 10. Widzimy więc, że początkowo przy zapominaniu zadania podane cyfry zostają przestawione w porządku ich kolejności wstępującej, przyczem nadmienić należy, że przestawienie to cyfr jest tem dokładniejsze, im silniejsze jest zaburzenie pamięci w danym przypadku; jeżeli zaś zaburzenie zapamiętywania jest bardzo daleko posunięte, wówczas przejawia się dążność do automatycznego liczenia tem wyraźniej, im bardziej ulega zapomnieniu podany szereg cyfr. Obserwujemy to na przykładzie b): po 30 sekundach pacjent rozpoczyna liczenie, począwszy od ostatniej jeszcze w pamięci przechowanej cyfry 7; natomiast po 45 sekundach, a więc wówczas, gdy zadanie uległo zupełnemu zapomnieniu, pacjent liczy, począwszy od 1. Automatyczne liczenie nie jest wyrazem braku zrozumienia przez pacjenta żądania badającego: widzimy bowiem, iż pacjent stara się nawet po upływie 20 sekund powtórzyć możliwie wiernie tylko trzy cyfry

Ze względu na to, że powyższe objawy zaburzenia zapamiętywania stwierdziłem we wszystkich badanych przez siebie przypadkach, proponuję dla dogodnej a krótkiej charakterystyki tych objawów nazwać je w sposób następujący: dążność do automatycznego liczenia zamiast reprodukowania poszczególnych podanych cyfr, nazywać będziemy objawem automatycznego liczenia; dążność natomiast do przestawiania podanych cyfr w ten sposób, że powstaje szereg cyfr, w którym każda następna jest większa od poprzedzającej ją, — nazwiemy objawem kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym, przyczem owo przestawienie cyfr może być całkowite lub tylko częściowe, w zależności od stopnia zaburzenia pamięci.

Objaw automatycznego liczenia występuje tylko w daleko posuniętych zaburzeniach zapamiętywania; w miarę jak zaburzenie to przejawia się w stopniu słabszym, stwierdzamy, że objaw automatycznego liczenia ustępuje, a pozostaje jeszcze tylko objaw kolejnego zapamiętywania cyfr. Obserwowaliśmy to w przypadku Nr. 3: po przebyciu kuracji zimniczej poprawiła się pamięć chorego, co widzimy z badania zapamiętywania c)

badanie c):

2, 7, 5	2, 7, 5
	po 10 sek.:
	2, 5, 7
	po 20 sek.:
	2, 5, 7
	po 30 sek.:
	2, 5, 7
	po 45 sek.:
	2, 5, 7

W miarę jak poprawa stanu psychicznego chorego po kuracji zimniczej postępowała, otrzymaliśmy przy badaniu zdolności zapamiętywania jeszcze lepsze wyniki:

badanie d):

2, 7, 5, 9	2, 5, 7, 9
	—
	2, 5, 7, 9
	—
	2, 5, 7, 9
	—
	2, 5, 7, 9
	—
	2, 7, 5, 9
	po 15 sek.:
	2, 7, 5, 9
	po 30 sek.:
	2, 7, 5, 9
	po 60 sek.:
	2, 5, 7, 9

Porównyując wyniki badań d) i c) z badaniem b), stwierdzamy zupełnie wyraźną poprawę zdolności zapamiętywania chorego: uprzednio bowiem (badanie b) pacjent, powtarzając trzy cyfry, wykazywał już po upływie 3 sekund objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym, zaś po upływie 30 sekund — objaw automatycznego liczenia; obecnie natomiast (badanie d) podczas powtarzania czterech cyfr stwierdzamy objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym dopiero po upływie 60 sekund.

Widzimy więc, że te dwa objawy zaburzenia zapamiętywania, t. j. objaw kolejnego zapamiętywania cyfr i objaw automatycznego liczenia są wskaźnikami dwóch stopni zakłócenia pamięci. Dzięki więc tym dwóm objawom jesteśmy w stanie dokładnie określić zaburzenie zapamiętywania, uzyskując w ten sposób miernik obiektywny poprawy lub pogorszenia pamięci. Stwierdzamy to również na następującym przypadku:

Przypadek Nr. 4: J. Z., mężczyzna, l. 34.

P.p. (postać maniakalna).

Badanie a): daleko posunięte zaburzenie zdolności zapamiętywania:

2, 7, 3, 5	2, 3, 4, 5, 6
	—
	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Stwierdzamy tutaj objaw automatycznego liczenia.

Badanie b): po kuracji zimniczej wystąpiła częściowa remisja:

2, 7, 3, 5	2, 7, 5
	—
	2, 7, 3, 5
	po 15 sek.:
	2, 7, 5, 3
	po 30 sek.:
	2, 5, 7, 3
	po 45 sek.:
	2, 5, 6, 7
	po 60 sek.:
	2, 5, 7, 2

Stwierdzamy tutaj objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym, — natomiast objaw automatycznego liczenia przejawia się w stopniu bardzo słabym (po upływie 45 sekund).

Badanie c): poprawa stanu psychicznego chorego postępuje.

2, 7 3, 5	2, 7, 3
	—
	2, 7, 3, 5
	po 15 sek.:
	2, 5, 7, 3
	po 30 sek.:
	2, 5, 7, 3
	po 60 sek.:
	2, 5, 7, 3

Stwierdzamy obecnie tylko objaw kolejnego zapamiętywania cyfr, przyczem należy podnieść, że nawet ten objaw nie występuje zupełnie wyraźnie, gdyż chory przestawia tylko 5 przed 7, — natomiast 3 pozostaje na swem miejscu, a więc nie jest reprodukowana po 2, jak to stwierdzaliśmy w silniejszym zaburzeniu zdolności zapamiętywania. Widzimy więc z tego, że częściowo wyrażony objaw kolejnego zapamiętywania cyfr jest oznaką najlżejszego stopnia zaburzenia zapamiętywania.

Należy obecnie zwrócić uwagę na jeszcze jedno zjawisko: podczas badania b) chory przypomniał sobie cyfry po upływie 15 sekund w innym porządku, niż obserwowaliśmy dotychczas, mianowicie: 2, 7, 5, 3, — kolejność więc cyfr jest tutaj nie wstępująca, lecz zstępująca. Zjawisko tej odwróconej kolejności cyfr spotykaliśmy w paru przypadkach:

Przypadek Nr. 5: Z. P., mężczyzna, l. 34.

P.p. (postać otępieniowa)

2, 7, 5, 8, 3	2, 7, 5, 8, 3
	po 15 sek.:
	2, 7, 8, 5, 3
	po 30 sek.:
	2, 8, 7, 5, 3
	po 45 sek.:
	2, 8, 7, 6, 3
	po 60 sek.:
	2, 8, 7, 6, 3

Obserwujemy tutaj stopniowe przestawienie cyfry 8, która w podanym szeregu znajdowała się na czwartym miejscu, przy powtórzeniu po upływie 15 sekund przesunięta zostaje na trzecie miejsce, zaś po trzydziestu sekundach na drugie miejsce. Cyfra 2, jako pierwsza cyfra dobrze zapamiętana, pozostaje na swem miejscu. Z chwilą, gdy 8 utrwala się w pamięci na drugim miejscu i po niej następuje 7, — przejawia się dążność do automatycznego liczenia i dzięki temu po upływie 45 sekund po cyfrze 7 następuje 6 zamiast 5 i w ten sposób otrzymujemy szereg cyfr: 2, 8, 7, 6, 3. Widzimy z tego, że i objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku zstępującym jest również ściśle uzależniony od objawu automatycznego liczenia.

Czem jest spowodowany objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku zstępującym? Na pytanie to uzyskamy łatwo odpowiedź, jeżeli poddamy dokładnej analizie zadanie w przypadku Nr. 5. Widzimy bowiem, że wystarczy przestawić tylko jedną cyfrę 8, ażeby otrzymać zstępujący szereg

cyfr. Znacznie trudniej byłoby otrzymać z danego szeregu cyfr szereg wstępujący: należałoby bowiem przestawić 3 po 2 i jednocześnie 7 przed 8, co stanowczo jest znacznie bardziej skomplikowane. Przekonywamy się więc, że omyłkowość zaburzenia pamięci posługuje się najłatwiejszym środkiem, ażeby osiągnąć taki szereg cyfr, bądź wstępujący, bądź zstępujący, który znajduje się w najbliższym związku z procesem automatycznego liczenia. Zasadniczo bowiem kolejność liczenia zachowana jest, niezależnie od tego, czy liczymy w porządku wstępującym, czy zstępującym.

Analogiczny mechanizm widzimy również w następujących przypadkach:

Przypadek Nr. 6: J. M., mężczyzna, l. 48.

P.p. (postać manjakałna).

2, 9, 5, 7, 3	2, 9, 7, 5, 3
	—
	2, 9, 7, 4, 2
	—
	2, 9, 7, 4, 3

Również i w tym przypadku należy przestawić tylko jedną cyfrę 7, ażeby otrzymać kolejność cyfr zstępującą.

Przypadek Nr. 7: J. B., mężczyzna, l. 37.

P.p. (postać otępieniowa).

2, 9, 3, 7, 5	2, 7, 9, 5
	—
	2, 9, 7, 5
	—
	2, 9, 5, 7, 3
	—
	2, 9, 7, 5, 3
	—
	2, 9, 7, 5, 3

Początkowo w przypadku tym przestawiona jest 7 i umieszczona przed 9; ażeby jednakowoż otrzymać szereg cyfr w porządku wstępującej kolejności, należałoby oprócz 7 przestawić również 3 i 5. Wobec tego próba w tym kierunku zostaje zaniechana, i pacjent reprodukuje zadanie w postaci szeregu cyfr, przestawionych w porządku kolejności zstępującej, gdyż dla osiągnięcia tej ostatniej kolejności wystarczające jest przestawienie tylko jednej cyfry, t. j. 3, na miejsce ostatnie.

Widzimy z powyższych przykładów, że charakter kolejności cyfr, t. j. kolejność wstępująca lub zstępująca, uzależniona jest od właściwości szeregu cyfr zadania, albowiem mechanizm omyłek zapamiętywania zasadniczo przejawia się w dążności do automatycznego liczenia. W ogólności da się powiedzieć, że, jeżeli po pierwszej małej następuje największa cyfra danego szeregu, lub szereg cyfr zstępujący daje się łatwiej osiągnąć, niż szereg wstępujący, wówczas zazwyczaj otrzymujemy przy powtórzeniu zadania kolejność zstępującą, chociaż prawo to nie jest bez wyjątków.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Współczesny stan nauki o środkach odżywczych.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

(Dokończenie).

Preparaty białkowe zostały wprowadzone przede wszystkim w praktyce niemowlęcej. Należy tutaj zauważyć, że obok wszystkich powyżej wyłożonych wskazań w ciągu ostatnich lat kilkunastu, preparaty sernikowe znalazły ogromne zastosowanie w djetetycznym leczeniu zaburzeń odżywiania u osesków. Sprawa stosowania białka w odżywianiu niemowląt jest jaskrawym przykładem tych przeobrażeń, jakim ulegała nauka o zaburzeniu odżywiania u osesków. O ile przed nie tak dawnym czasem obawiano się u dzieci przede wszystkim obcego gatunkowo białka i podawano im mleko krowie przeważnie w zbyt silnych rozcieńczeniach, a nawet za pomocą różnych procedur starano się zupełnie usunąć rzekomo trudny do strawienia sernik z pokarmu, o tyle obecnie kazeina stała się tutaj jednym z najpotężniejszych czynników djetetycznych.

Punktem wyjścia dla stosowania sernika w zaburzeniach odżywiania u osesków jest przeciwfermentacyjne działanie w kiszkiach i przeciwstawianie przez to procesowi fermentacyjnemu procesu gnilnego.

Wprowadzone do terapii dziecięcej przez Finkelsteina i Mejera mleko białkowe posiada tak znaczne trudności w przygotowywaniu, że wkrótce wystąpiła konieczność zastępowania go przez preparaty kazeinowe, gotowe. W ten sposób sernik stał się doskonałym, często niezastąpionym środkiem djetetycznym w praktyce niemowlęcej.

Podawanie przetworów sernikowych wskazane jest przede wszystkim w tych przypadkach, gdzie istnieje skłonność do procesów fermentacyjnych, i gdzie przewód kiszkiowy reaguje na każde zwiększenie ilości węglowodanów kwaśną biegunką. Okazało się bowiem, że w środowisku białkowym wywołujące fermentację działanie cukru znacznie mniej się daje odczuwać. Nie jest przytem jeszcze ostatecznie stwierdzone, czy ten wpływ przeciwdyspeptyczny właściwy jest głównie białku, czy też również i wapniowi sernika; faktem jest, że przez dodawanie do pokarmu preparatu sernikowego, osiągamy wybitne uspokojenie się objawów podrażnienia kiszki, zwłaszcza, gdy idzie o niestrawność o charakterze kwaśnej fermentacji.

Preparaty węglowodanowe pod względem swej liczby przewyższają znacznie preparaty białkowe. Jednakże ich djetetyczne znaczenie jest znacznie ograniczone przez to, że już te z pokarmów nasyconych, które są głównymi nosicielami węglowodanów, pozwalają przez odpowiedni dobór i przyrzą-

dzenie staranne uczynić zadość wszelkim wymaganiom żywienia chorych. Jedynym tu wyjątkiem są mączki, używane przede wszystkim w praktyce dziecięcej, oraz preparaty słodowe.

Tak zwane „mączki dla dzieci“ oprócz zastosowania u niemowląt i małych dzieci, podawane są w katarach żołądka, uporczywej nadkwaśności, wrzodach żołądka i kiszki oraz ciężkich stanach ogólnych.

Skład tych mączek jest nader różnorodny i skombinowany; obok dekstrynizowanej w większej części skrobi zawierają one domieszki białka i tłuszczu.

Obok mączek, przedstawicielami środków odżywczych (węglowodanowych) są preparaty słodowe, otrzymywane przez cukrzenie skrobi w kilkukrotnym jęczmieniu za pomocą diastazy.

Do preparatów słodowych zalicza się wyciąg czyli ekstrakt słodowy oraz cukier słodowy czyli maltozę. Aczkolwiek maltoza stanowi główną część składową ekstraktu słodowego, oba te pojęcia nie są równoznaczne, gdyż ekstrakt obok maltozy zawiera i inne składniki.

Do djetetyki ekstrakty słodowe zostały wprowadzone przez wielkiego chemika Liebiga jeszcze w połowie ubiegłego wieku.

Dawniej przypisywano preparatom słodowym różne swoiste własności i, być może, zbyt to je reklamowano. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w ekstrakcie słodowym posiadamy środek odżywczy, który dzięki swej łatwej przyswajalności, smakowi i obfitej zawartości kaloryj nie da się zastąpić przez żaden inny węglowodan. Należy dodać, że wiele preparatów słodowych zawiera znaczną ilość witamin, przede wszystkim witaminy B i C, a nawet witaminy A. Ekstrakt słodowy należy więc do najbardziej na polecenie zasługujących środków odżywczych i wzmacniających; nawet i w poważnych cierpieniach żołądka i kiszki jest on prawie zawsze dobrze znoszony.

Lecz podobnie jak się rzecz miała z preparatami sernikowymi, również i preparaty słodowe znalazły ogromne zastosowanie w djetetyce wieku niemowlęcego. Początek tego pokarmu dla osesków sięga również czasów Liebiga, który pierwszy użył go dla swych wnuków. Pierwotny przepis znakomitego chemika został z czasem udoskonalony i do potrzeb współczesnych przystosowany.

Znaną obecnie taką mieszkanką jest zupa słodowa Kellera, przy której przyrządzaniu mieszanina rozszczipionej skrobi zostaje w postaci t. zw. ekstraktu słodowego Löfflunda poprostu rozpuszczona w wodzie i dodana do mleka.

Oryginalna zupa Kellera jest mieszaniną, która posiada wartość odżywczą, równą normalnemu mleku.

Soxhlet, pod nazwą: „Soxhleta ulepszona zupa Liebiga“, wprowadził do użytku mieszaninę dekstryny z maltozą w postaci proszku, który

można wprost zamiast cukru dodawać do mleka. Również i znany „cukier odżywczy“ Soxhleta jest preparatem, złożonym z dekstryny i maltozy, zawiera 41% dekstryny, 52% maltozy i 25 % soli kuchennej); dzięki przewadze dekstryny nad cukrem słodowym ma on mniej rozwalniające działanie.

Preparatem polskim równoznacznym z „cukrem odżywcym“ jest Malton. będący kombinacją dekstryny z maltozą o typie powyżej opisanych preparatów.

Podawanie mleka ze słodem wskazane jest u takich niemowląt, które przy stosowaniu zwykłych mieszanek mlecznych, pomimo dostatecznego dowozu kaloryj, nie przybierają na wadze.

Również ten rodzaj pokarmu nadaje się wymienienie do dokarmiania źle prosperujących dzieci przy piersi.

Jak to już było wspomniane, cała nauka o środkach odżywczych i o ich stosowaniu weszła w nowy okres z chwilą coraz większego rozwoju nauki o witaminach. Ażeby ocenić ważność tego faktu, powinniśmy przede wszystkim zrozumieć i ocenić trafnie stosunek, jaki zachodzi między teorią dodatkowych składników pokarmowych a ilościową stroną nauki o żywieniu. Ilościowy bowiem sposób ujmowania pokarmów dał nam możliwość mierzenia i dozowania energii, jaka jest konieczna dla organizmu i jaka daje mu się dostarczyć wyłącznie drogą pożywienia; fakt ten stał się czynnikiem pierwszorzędnej wagi dla całej tej gałęzi wiedzy.

Tymczasem nauka o witaminach wprowadza nowe pojęcia. Dowodzi ona, że dwie substancje pokarmowe, które wykazują jedną i tę samą ilość energii, niekoniecznie muszą posiadać jednakową obсолютnie wartość odżywczą dla organizmu. Tak, na przykład, jednakowe co do zawartości kaloryj ilości masła i tłuszczu wieprzowego przedstawiają zupełnie różną wartość witaminową; znajduje się to w zależności od faktu, że tuczenie świń odbywa się przeważnie drogą podawania im węglowodanów; a wskutek tego biały tłuszcz wieprzowy nie zawiera prawie zupełnie witaminy A.

Również i przy ocenie jakościowej wartości odżywczej różnych rodzajów białka występuje ich nierównomierność pod tym względem.

Widzimy więc, że pojęcie wartości odżywczej nie może być już ujmowane jednostronnie, nie może być określane wyłącznie przez wskaźnik kaloryczny, ale musi być w najwyższym możliwie stopniu uwzględniany poziom jakościowy.

Zasada izodynamji Rubnera już w chwili swego powstania ograniczona była do pewnego stopnia przez znane wówczas nieodzowne jakościowe właściwości pokarmu. Już wtedy rozumiano, że zamiana pokarmów na podstawie ich równej wartości kaloryjnej możliwa jest dopiero po nasyceniu zapotrzebowania organizmu nieodzownymi dla wzrostu jego substancjami; tą drogą wytworzyło się pojęcie *minimum* białka.

Obecnie pojęcie minimalnej dla życia koniecznej ilości białka, które niedawno tak silnie zaprzętało umysły higienistów, straciło na swym wyłącznym znaczeniu.

Określenie minimalnej a nieodzownej ilości witamin jest silnie utrudnione przez niemożność chemicznego izolowania tych ciał; jednakże wła-

śnie fakt ich wielkiego rozpowszechnienia a także ich silnego działania i jednocześnie nieszkodliwości pozwala nam nie troszczyć się o dokładne dozowanie tych dodatkowych składników pożywienia.

W każdym razie, jak twierdzi Stepp, mamy wszelką podstawę do przypuszczania, że *optimum* dowozu witamin do organizmu mocno oddalone jest od tej minimalnej ilości, która zaledwie wystarcza do zapobiegania występowaniu objawów chorobowych. Doświadczenia na zwierzętach dowodzą wyraźnie, że przy podawaniu tym ostatnim niewielkiej względnie ilości witamin udaje się wprowadzić powstrzymać wystąpienie charakterystycznego schorzenia czyli odnośnej awitaminozy, ale, bądź co bądź, żywotność tych zwierząt stoi poniżej tych, które otrzymują obfity dowóz witamin. Byłoby więc rzeczą wielkiego znaczenia dowiedzieć się, jak się rzecz ma u ludzi.

Zdaniem Steppa dowóz witamin u ludzi podlega bardzo znacznym wahaniom indywidualnym. Jedni spożywają w ciągu całego roku znaczne stosunkowo ilości pokarmów surowych w postaci owoców, sałat, niegotowanego mleka; sposób przytem przyrządzania podawanych im potraw jest tego rodzaju, że zachowuje znaczną część zawartych w pożywieniu witamin.

Inni znowu nie jadają prawie zupełnie surowych owoców, mięso i jarzyny które konsumują, są przez długotrwałe gotowanie zupełnie pozbawione dodatkowych składników pokarmowych; również i pszenne pieczywo, które im podają, może nie posiadać właściwych witamin. Tak więc zachodzą ogromne różnice indywidualne w żywieniu się poszczególnych jednostek, których pokarmy pod względem kalorycznym mogą być jednoznaczne. Aczkolwiek u tej drugiej kategorii ludzi nie dochodzi do występowania wyraźnych objawów awitaminozy, to jednakże można przypuszczać, że sprawność ich stoi poniżej tych jednostek, które spożywają dostateczną ilość witamin.

Nie tak dawno dopiero dowiedzieliśmy się, że pokarmy nasze nie tylko kaloryjnym wymaganiom powinny odpowiadać, » oto pojawiły się już prace, nawet doświadczałe, dowodzące, że i od sposobu przyrządzenia potraw, niezależnie nawet od zawartości w nich witamin, bardzo wiele zależy. Niedawno Friedberger, na podstawie obserwacji i subtelnie przeprowadzonych doświadczeń na zwierzętach wykazał dobitnie, że między pożywieniem świeżem, gotowaniem niedługo, a pokarmem, poddanym uprzednio długotrwałym procedurom kuchennym, przegrzanym lub podegrzanym, zachodzą ogromne różnice zarówno co do nasycenia, jak i wartości odżywczej dla organizmu, różnice, przemawiające niezmiernie na korzyść pierwszego z nich. Zwierzęta, karmione takimi przegrzaniem, pobieranymi z restauracji potrawami, pożerały bez porównania więcej pokarmu, aniżeli zwierzęta, którym podawano świeżo przyrządzone jedzenie, a wynik był wręcz odwrotny; krzywe wagi ciała i zjedzonych ilości pokarmu przebiegały odwrotnie proporcjonalnie.

Z doświadczeń Friedbergera wynika, że w istocie swej dobre pożywienie ulega przynajmniej sześciokrotnemu i więcej pogorszeniu przez zbyt długotrwałe ogrzewanie, a pokarm, krótko gotowany, pod względem tych liczbowo przedstawio-

nych własności przewyższa jeszcze pokarm zupełnie surowy.

Te własności pożywienia nie polegają na obecności witamin, przynajmniej ze znanych nam dotychczas, gdyż dodawanie ich w ilościach dostatecznych nie wpływało na zmianę objawów u zwierząt; tymczasem skrócenie czasu gotowania potraw wnet pociągało za sobą zupełną poprawę.

W szeregu następnych doświadczeń wykazał Friedberger, że zmniejszenie się wartości odżywczej pokarmów, wywoływane przez gotowanie, należy położyć na karb koagulacji białka przy ogrzewaniu. Badacz ten dowodzi, że wynalezienie gotowania pokarmów przez człowieka należałoby postawić prawie obok odkrycia alkoholu, tytoniu i innych trujących używek.

Należy wspomnieć jeszcze, że do nieodzownych substancji pokarmowych obok niektórych składników nieorganicznych, jak fosfor i żelazo, należą i pewne kwasy aminowe, których organizm nie jest w stanie wytwarzać syntetycznie; są to fenyloamin, tryptofan, tyrozyna, cystyna i lizyna, konieczne dla młodych organizmów.

Znaczenie wszystkich powyżej wspomnianych składników pokarmowych oraz faktów, zdobytych na drodze doświadczałnej, a niezupełnie jeszcze wyjaśnionych, jest niezmiernie wagi dla racjonalnej diety w ogólności, a dla środków odżywczych w szczególności. Niezmiernie liczne prace, wykonane w ciągu kilku lat ostatnich, dowiodły, że od szeregu substancji pokarmowych, których istnienie właśnie dopiero niedawno zostało stwierdzone, zależą najważniejsze funkcje organizmu, jak wzrost, rozmnażanie się, przejawy odporności. Tych zdobyczy wiedzy nie można ominąć, gdy się dąży do uzyskania istotnie skutecznych preparatów odżywczych, których skład coraz więcej staje się zagadnieniem naukowym; godnym intensywnej pracy. Im bardziej celowy i obmyślony jest ten skład, tem bardziej oszczędne może być stosowanie środka, a jednocześnie działanie jego silniejsze.

To też, zdaniem niektórych badaczy, w miejsce preparatów, obejmujących tylko jeden składnik, należy stosować preparaty złożone, które, w zależności od ich użycia, mogą podnosić zawartość tych czy innych substancji.

Tak np. zjawily się już środki, składające się z organopreparatu substancji mózgowej, skombinowanego z wielowartościowymi witaminami oraz z wapniem, żelazem, hemoglobina i rozpuszczalnym białkiem mlecznym.

Znaczenie lipidów dla przemiany materii komórki mózgowej coraz więcej jest uznawane i oczywiście znajduje coraz szersze zastosowanie w odpowiednich preparatach; wpływ dodatni mózgu i rdzenia kręgowego, jako środka odżywczego, w poszczególnych przypadkach chorobowych nie ulega wątpliwości, ale i tu sposób przygotowania preparatu odgrywa pierwszorzędną rolę.

Jest jeszcze jeden fakt znamienity w dziedzinie nauki o dodatkowych składnikach pożywienia, który zostaje obecnie z wielkim pożytkiem przyswajany dla celów produkcji środków odżywczych. Jest to t. zw. „jekoryzacja”. Okazało się, że dzia-

łanie przeciwrzywiczne tranu i naświetlanie lampą kwarcową może być również osiąganę przez podawanie zwierzętom i dzieciom naświetlanych promieniami ultrafioletowymi: oleju bawełnianego i lnianego, mleka kobiecego i krowiego, roztworu cholesterolu, przyczem płyny te nabierają zapachu i smaku, przypominającego tran ryb.

Ostatni krok w zakresie nauki o witaminach przeciwrzywicznych zawdzięczamy Windausowi, który po szeregu odnośnych doświadczeń zdołał wreszcie wyodrębnić substancję w postaci dokładnie chemicznie określonej ergosteryny, która pod wpływem promieni ultrafioletowych staje się środkiem przeciwrzywicznym działającym już w minimalnych ilościach.

Jeżeli nawet obecnie jeszcze nie jest wyjaśniony ostatecznie proces, jaki dokonywa się z ergosteryną przez naświetlanie, to, zdaniem Windausa, należy przypuszczać, że idzie tu o przejawy polimeryzacji czy izomeryzacji. Ze przechodzenie substancji ze stanu biologicznie nieaktywnego w stan biologicznie aktywny bez zmiany jej składu chemicznego możliwe jest przez przegrupowania atomowe, tego dowodem są badania Baudisch'a i Welo nad aktywnymi związkami żelaza.

Ze między wchłanianiem się soli mineralnych w ustroju a jednoczesnym z nimi podawaniem witamin istnieje nader ścisły związek — tego dostatecznie dowiodły doświadczenia Houlberta, Baccaraniego i in. oraz obfite obserwacje Sauerbrucha i jego współpracowników. Coraz też częściej dają się słyszeć głosy o możliwości występowania metali fizjologicznych w postaci aktywnych. Pierwszorzędnym zaś czynnikiem przy tworzeniu się aktywnych, niestających, podobnych do witamin związków jest energia promienista.

Na podobieństwo witamin działa też prawdopodobnie wątroba w anemii złośliwej, i Murphy i Minot stawiają z tego względu to cierpienie narówni z awitaminozami. Z doświadczeń McCollum i jego współpracowników wynika, że witamina E, w kiełkach zbożowych zawarta, okazuje wybitny wpływ na asymilację żelaza w ustroju zwierzęcym.

Wszystkie powyższe wywody dowodzą w sposób dobitny, jaka przyszłość czeka, być może, jeszcze naukę o szeroko pojętych środkach odżywczych.

Wiemy, jak wielka jest już dziś ich produkcja; ale tembardziej żądać należy, ażeby produkcja ta przy wytwarzaniu nowych środków odżywczych trzymała się drogi ściśle naukowej, gdyż tylko w takim razie zapewnione jest racjonalne ich stosowanie i istotna wartość przy łożu chorego.

Przewrót, który dokonywa się w oczach naszych w całej nauce o odżywianiu, jest tylko jednym z przejawów zjawiska bardziej ogólnego. Na tem miejscu należy przytoczyć pisane niedawno słowa jednego ze współczesnych biologów (M u c h): „Właściwie biologja ludzka dopiero się zaczyna. Wszędzie właściwie stoimy u progu rzeczy nowych, i badacz po upływie najbliższych lat dwudziestu z trudnością będzie się mógł porozumieć z badaczem z przed ostatnich dwudziestu lat”.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

G r u ż l i c a .

CALMETTE ET GUERIN. Okres limfatyczny zakażenia gruźliczego u bydła. (Recueil de Med. Vet. Tom. 104. Luty 1928).

Jałówki, uodpornione zapomocą szczepu BCG i szczepione po upływie 20 dni dożylnie 5 mgr. zjadliwych prątków gruźliczych, są po upływie 3—9 miesięcy i nawet później jeszcze całkowicie wolne od zmian gruźliczych (kontrola sekcyjna), a jednak w gruczołach chłonnych zawierają jeszcze żywe i zjadliwe prątki. Zarazek nie został przeto zniszczony, aczkolwiek uległ fagocytozie. Autorzy postanowili zbadać, czy prątki gruźlicze, zjadliwe, znoszone bezkarnie przez organizm zakażony, mają charakter nieszkodliwych saprofitów, czy też żyją i rozmnażają się. W tym celu zaszczepili oni szereg jałówek zupełnie zdrowych i niereagujących na tuberkulinę, minimalną dawką prątków gruźliczych zjadliwych, a mianowicie 0.0001 mgr., co stanowi ok. 4.400 prątków. Dawka taka sprowadza nieznaczny obrzęk gruczołów chłonnych bez śladu guzków; zwierzęta szczepione reagują na tuberkulinę dopiero po upływie miesiąca. Jeżeli zwierzęta przez cały czas dalszego doświadczenia będą zabezpieczone od zakażeń wtórnych, wówczas zmiany gruczołowe ustąpią, i po roku może nawet zniknąć odczyn tuberkulinowy. Zwierzęta, zabite w tym okresie, nie mają żadnych zmian gruźliczych, a jednak gruczoły oskrzelowe zawierają żywe i zjadliwe prątki. Świnki, szczepione zawiesiną z tych gruczołów, dostają szybko gruźlicy. Wiadomo skądinąd, że świnki, szczepione tą samą dawką, t. j. 4.400 prątkami, dostają gruźlicy o przebiegu bardzo powolnym i giną dopiero po upływie 6—8 miesięcy. Ponieważ zaś u jałówek szczepionych z pewnością tylko część wprowadzonej dawki pochłonięta została przez gruczoły oskrzelowe, przeto musimy przyjąć, że prątki, wprowadzone do ustroju, zdołały rozmnożyć się i to stosunkowo w znacznym stopniu. Prawdopodobnie prątki BCG, wprowadzone do ustroju, zachowują się tak samo. Jałówki, szczepione niemi, reagują na tuberkulinę po upływie miesiąca, stan ten utrzymuje się krócej lub dłużej i wreszcie ustępuje. Pomimo to odporność nie ustępuje i trwa jeszcze wtedy, gdy zwierzę nie reaguje na tuberkulinę. Dzieje się to dlatego, że ustrój, już niereagujący na tuberkulinę, zawiera jeszcze żywe prątki. Noworodek ludzki, tak samo jak nowonarodzone cielę, jeżeli przychodzi na świat w środowisku gruźliczym, ulega bardzo wczesnie zakażeniu w stopniu mniejszym lub większym, zależnie od przedsięwziętych środków ostrożności. Cielęta są w tym względzie znacznie mniej wrażliwe od dzieci, i dlatego u nich współżycie prątka z ustrojem ustala się daleko wolniej, czego wyrazem jest późniejsze występowanie odczynu tuberkulinowego. Tak samo i gruźlica, jako choroba, występuje u cieląt później, a okres utajony trwa dłużej. Nawiasem powiedziawszy, to właśnie sprawia, że metoda Banga, oparta wyłącznie na odczynie tuberkulinowym, jest na dłuższą metę bezskuteczna. Z tego wszystkiego wynika, że racjonalne zwalczanie gruźlicy opiera się z jednej strony na wczesnym uodpornieniu prątkami BCG przed upływem 15 dni po urodzeniu, oraz na usunięciu cieląt w pierwszym okresie poszczepiennym z otoczenia gruźliczego i na żywieniu ich mlekiem wolnym od prątków gruźliczych.

Z. Sz.

GUERIN. Notatka o zapobieganiu gruźlicy bydłowej za pomocą BCG. (Recueil de Med. Vet. Tom 103 Nr. 9).

Systematyczne doświadczenia nad okresem, po którym szczepienie BCG wywołuje odporność, dowodzą, że dzieje się to dopiero po 20 dniach. Sztuki, zakażone w okresie wcześniejszym, zapadają na gruźlicę.

Z. Sz.

GUERIN. Uwagi o okresie limfatycznym zakażenia gruźliczego u bydła. (Recueil de Med. Vet. 1928).

Sprawa zakażeń utajonych odgrywa w gruźlicy bydła pierwszorzędą rolę. Autor zajął się badaniem doświadczalnym tej sprawy, szczepiąc minimalnymi dawkami prątka gruźliczego w ilości 0.0001 mgr. hodowli zjadliwej cz. ok. 4.400 prątków. Jałówki miały 6—8 miesięcy, były wolne od gruźlicy i były przez cały czas doświadczenia zabezpieczone od zakażenia gruźliczego. Na 6 jałówek szczepionych 5 reagowało dodatnio na tuberkulinę po upływie 2-ch miesięcy. Od tej chwili zaczynają się różnice indywidualne. Po 6 miesiącach reagują tylko 4, a po roku tylko 3. W tymczasie zwierzęta zostały zabite. 5 było wolnych od gruźlicy, 6-te miało w obu płucach pod opłucną kilkanaście ognisk wielkości ziarna grochu, wypełnionych treścią ciągnącą się, białozielonkawą, zamkniętą w tkance bliznowatej, niewykazującej żadnego odczynu zapalnego. Świnki, szczepione tą treścią, nie zapadły na gruźlicę. U tego samego zwierzęcia znaleziono na przekroju gruczołu oskrzelowego typowe ognisko gruźliczej wielkości ziarna konopnego. Świnki, zaszczepione niem, dostały gruźlicy. Z pozostałych zwierząt 4 zawierały w gruczołach oskrzelowych prątki gruźlicze, zjadliwe dla morskich świnek. Tylko jedna jałówka miała gruczoły wolne od prątków zjadliwych. Jałówka ta reagowała wybitnie po 2 miesiącach, dała reakcję wąpliwą po 6 miesiącach i ujemną po roku. Tak więc z 6 jałówek, zakażonych przed rokiem, 1-na miała gruźlicę wyraźną, 2 reagowały na tuberkulinę i miały prątki zjadliwe w gruczołach, 2 nie reagowały na tuberkulinę, lecz również miały zjadliwe prątki, wreszcie jedna tylko nie reagowała na tuberkulinę i wolna była od prątków zjadliwych. Z tego jeszcze nie wynika, ażeby i ona była całkowicie od prątków wolna, gdyż na to trzeba by zbadać wszystkie gruczoły chłonne. Doświadczenie powyższe rzuca ciekawe światło na znaczenie odczynu tuberkulinowego i uwidatnia również różnicę co do łatwości zakażenia, jaka zachodzi między dzieckiem, a cielęciem. U dzieci, jak wiemy, odczyn tuberkulinowy ustala się wcześniej i trwa bez przerwy, natomiast u cieląt możliwe jest istnienie żywych i zjadliwych prątków w ustroju, niereagującym na tuberkulinę.

Z. Sz.

Choroby dróg moczowych.

P. M. ASHBURN. Epidemia białkomoczu. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1928 № 7).

Autor, lekarz wojskowy, stwierdza, że od czasu do czasu zdarzają się przypadki białkomoczu bez żadnych objawów chorobowych, w szczególności bez zajęcia widocznego nerek. Przypadki te mogą nawet przybierać charakter nagminny, jak np. w r. 1925/6.

Wszystkie przypadki miały miejsce u osób zdrowych i pracujących; żadnych objawów choroby, poza białkomoczem, nie dało się u nich stwierdzić; ciśnienie krwi było normalne. Białkomocz nie był w żadnym związku z jedzeniem, ubiorem, rodzajem i stopniem pracy, pogodą lub porą roku, bardzo rzadko też z pozycją ciała. Większość przypadków dotyczy ludzi młodych, lecz prawdopodobnie dlatego tylko, że tacy przeważnie byli badani (wojsko). Wogóle białkomocz występował w wieku od 17 do 50 lat.

Żadnych danych co do migdałkowego pochodzenia białkomoczu nie uzyskano. Poza białkomoczem niekiedy występuje ograniczenie czynności wydalania barwnika, co wcale nie oznacza rokowania niepomyślnego. Brak klinicznych objawów zapalenia nerek zresztą nie oznacza, że tego zapalenia z pewnością nie było. Anatomicznie nie dało się zbadać żadnego przypadku. W każdym razie ewentualne zapalenie musiałyby być bardzo lekkiego stopnia. Etiologia sprawy pozostaje nieznana. Przy-

padki nagminne trwały przeważnie bardzo krótko (84%). Pojedyncze przypadki ciągnęły się do 6—12 miesięcy i dłużej. Jeden przypadek nieepidemiczny trwał do 4 lat.

Białkomoc ortostatyczny jest poniekąd już objawem ustępowania cierpienia i krokiem naprzód ku poprawie. Leczenie jest zbyteczne; we wszystkich przypadkach poprawa nastąpiła samoistnie.

B. Goldstein.

K. BUJNIEWICZ. Moja teoria wytwarzania się moczu. (Wraczebnoje Obozrenje Nr. 1, 1928 r.).

Opierając się na badaniach klinicznych, autor wygłasza następującą teorię wytwarzania się moczu:

- w kanalikach wydziela się woda i chlorek sodu,
- w kłębkach moczniak, kwas moczowy i t. d.
- w kłębkach wsysa się woda i chlorek sodu.

Autor dowodzi, że istniejące teorie Ludwiga i Bowman-Heidenhaina nie zgadzają się z przebiegiem klinicznym chorób nerkowych, jego zaś teoria zgadza się z nią w zupełności.

S. Lewinson.

HAGER i MAGATH. O powstawaniu kamieni w pęcherzu moczowym. (Journ. of the Am Med. Ass. 1928 Nr. 4).

Autorom udało się wytworzyć u zwierząt doświadczalnie w pęcherzu moczowym kamienie sposobem następującym: Wywoływano uszkodzenie śluzówki pęcherza wlewaniem alkoholowego roztworu kwasu salicylowego. Następnie wprowadzano

24 godzinną hodowlę *proteus ammoniae*. Drobnoustroje te wywołują rozpad mocznika na amoniak, strącają sole grupy ziem alkalicznych, głównie węglany i fosforany magnezu i wapnia.

Strąty te osiadają na uszkodzonych miejscach śluzówki, z czasem jednak odrzuwają się i tworzą wolne kamienie.

Zwierzęta, którym nie wprowadzono, po wywołaniu podrażnienia salicylem, hodowli odmienca lub też wprowadzano hodowlę laseczniaka okrężnicy, nie wykazywały ani owrzodzeń ani kamieni.

Co się tyczy domniemanego wpływu witamin. A na powstawanie kamicy u człowieka, autorzy uważają, że brak witaminy. A, wywołując obniżenie odporności wobec zakażeń wogóle, sprzyja poniekąd powstawaniu kamicy pęcherzowej nie będąc jednakże bezpośrednią jej przyczyną.

B. Goldstein.

BÉLA RADÓ. O pozajelitowym leczeniu powikłań rzeżączki. (Zeitschr. f. Urologie B. 21. H. 8).

Autor podaje wynik stosowania 1% i 2% roztworu koloidalnego siarki w 18 przypadkach powikłań rzeżączki, przeważnie zapalen przyjądrza. Autor stosuje siarkę w zastrzykiwaniach podskórnych codziennie lub co drugi dzień, zastrzykiwania te nie są bolesne, ciepłota po nich podnosi się nieznacznie. Po 2—3 zastrzykiwaniach sprawa została zlikwidowana.

S. Lewinson.

Wskazówki praktyczne.

— F. Mras z powodzeniem używa w leczeniu upławów u kobiet chloraminy, wzgl. ginekloriny do przepłukiwań, zaś silargelu (przetworu srebra) do zasypywania pochwy.

(W. Kl. Woch. 1928. Nr. 13).

— Weltz zastosował z dobrym skutkiem diatermię w przypadku słabych bólów porodowych, w którym inne środki zawiodły.

(D. m. Woch. 1928. Nr. 22).

— W celu wzmocnienia macicy w okresie porodowym stosuje E. Solms przetwór skombinowany, składający się z kwebrachiny, efedryny i strychniny pod nawą Tonopleon. Rodzące otrzymują przed rozpoczęciem okresu poporodowego, jeszcze podczas wydobywania płodu, stosownie do wagi ciała ponad lub poniżej 100 funtów, $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$, albo $\frac{3}{4}$ —1 gr. tonopleonu w postaci zastrzyknięcia podskórnego.

(D. m. Woch. 1928 Nr. 23).

— Gehrt stosował w ciągu 9 miesięcy u 100 dzieci Vigantol z doskonałym wynikiem w krzywicy oraz zapobiegawczo.

szczególnie u bliźniąt i przedwcześnie urodzonych. Ważne jest dostateczne dawkowanie, które zimą oraz w zakażeniach powinno być zwiększone (około 20 kropel dziennie). U dzieci, przedwcześnie urodzonych, należy rozpocząć stosowanie vigantolu już w 2 miesiącu życia. Dobre wyniki otrzymywano także u dzieci nierachitycznych — w zapaleniu płuc i innych zakażeniach. Działania szkodliwego nigdy nie spostrzegano.

(D. m. Woch. 1928. Nr. 23).

— Soldin i Leszer stosowali u starców kłowych Spirozid z bardzo dobrymi, nie ustępującymi działaniu stowarsolu wynikami.

(D. m. Woch. 1928. Nr. 23).

— Jako nowy środek przeciwkrzywiczny poleca Hahn Karnolaktynę, przetwór, przygotowywany z mleka naświetlanego i mięsa wołowego. Doświadczenia na zwierzętach dały wyniki dobre. Działanie przeciwkrzywiczne tego przetworu nie ustępuje działaniu tranu. Karnolaktyna pobudza łaknienie.

(M. m. Woch. 1928. Nr. 22).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Sprawozdanie za rok 1927.

Członków Towarzystwo liczy 20. Zebrania odbywają się 1 raz na miesiąc.

Na zebraniach koledzy-członkowie T-wa wygłosili następujące odczyty, referaty i komunikaty.

1. Rechniowski.

1) Z kazuistyki ginekologicznej. 3 przypadki guzów macicy operowanych z demonstracją preparatów.

2) 2 przypadki ostrego przedziurawienia wrzodu żołądka.

3) Przypadek torbieli krwistej szyi (z demonstracją).

4) Przypadek kamicy żółciowej, rozpoznawanej fałszywie.

5) Przypadek niedrożności jelit pochodzenia wyrostkowego.

6) Wykład: O przepuklinach żelazgowych.

7) Wykład: Nowotwory ogona końskiego z przytoczeniem przypadku operowanego w szpitalu św. Trójcy w Piotrkowie.

2. Tennenbaum Szymon. Komunikaty:

1) Leczenie róży zastrzykiwaniami mleka.

2) Nowazuról jako środek moczopędny.

3) Objawy ze strony ściany brzucha przy rozpoznawaniu apendicitis.

4) Zmiany skórne w zależności od zmian w narządach wewnętrznych.

5) Czy wolno dawać naparstnicę przy objawach stenokardji.

6) Przypadek appendicitis, rozpoznawany jako wrzód dwunastnicy, potwierdzony Roentgenem.

3. Truszkowski. Komunikat.

1) Niezwykłe powikłania przy leczeniu angiomy sposobem znaczkowym.

4. Tennenbaum Zygmunt. Komunikaty:

1) Przypadek ciała obcego w krtani (drucik dentystyczny).

2) Przypadek polipów nosa (demonstracja).

- 3) *Przypadek Highmoritis.*
4) *Demonstracja migdałów podniebiennych, usuniętych operacyjnie.*

5. Grünberg.

- 1) *Przypadek polipów macicy.*

Zebrań ogólnych było 7. Zebrań Zarządu 2.

Towarzystwo dało inicjatywę do wznowienia działalności Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Piotrkowie.

Sprawozdanie za kwartał I r. 1928.

26 stycznia 1928 r. na rocznym zebraniu sprawozdawczym dokonano wyborów nowego Zarządu i komisji Rewizyjnej. Przez aklamację na prezesa Tow. ponownie wybrano kol. Stefana Rechniowskiego. Do Zarządu wybrano kol. Kobosa Henryka, Kowalewskiego, Tennenbauma Szymona i Krajewskiego Stefana. Do komisji rewizyjnej kol. Lewita, Bąkowskiego i Truszkowskiego.

W pierwszym kwartale roku bieżącego odbyły się trzy zebrania miesięczne:

99-e — dn. 26.I

poświęcone sprawozdaniu za rok ubiegły i wyborom.

100-e — dn. 28.II.

- 1) Szokalski zakomunikował o spostrzeżonym w swej praktyce przypadku *rodzinnej skazy krwotocznej*, dotyczącej matki i dwojga kolejno nowonarodzonych dzieci, i ze strony matki 2-ch siostr i 3-ch braci.

Dyskusja:

Tennenbaum S. wybiera kilka czynników patogennych skazy krwotocznej.

Weinricher mówi o nowych sposobach leczenia skazy krwotocznej, jak naświetlanie promieniami „X” śledziony i szpiku kostnego, podawanie preparatów jajnika i trzustki.

- 2) Tennenbaum S. komunikuje o przypadku *duszniczy bolesnej*, leczzonej z dobrym skutkiem naparstnicą, i porusza sprawę racjonalności stosowania naparstnicy w tych przypadkach duszniczy bolesnej, które przebiegają z osłabieniem czynności serca i obniżeniem ciśnienia krwi.

3) Rechniowski demonstruje preparat usuniętego operacyjnie wraz z jądrem worka przepuklinowego olbrzymiej przepukliny pachwinowej uwięzionej, gdzie podczas operacji znaleziono w worku przepuklinowym prócz płynu przepuklinowego w ilości pół miednicy jeszcze: metr świeżo uwięzionych pętli jelita cienkiego, oraz starą zawartość worka, pokrytą licznymi błonami rzekomymi, a mianowicie: połowę prawą poprzecznicy, całą wstępną, kątnicę oraz metr krętnicy. R. mówi o wielkich trudnościach i niebezpieczeństwie wprowadzania tak olbrzymiej zawartości przepuklinowej do jamy brzusznej w razie uwięzienia i sądzi, że w tych razach wypadłoby nieraz ograniczyć się jedynie do usunięcia uwięzienia z pozostawieniem zawartości w worku przepuklinowym.

101-e — 30.III.

- 1) Tennenbaum S. demonstruje chorobę, u której rozpoznaje *niedokrewność złośliwą*. Objawy: wychudzenie, bledność powłok i błon śluzowych, bóle w dołku podsercowym, biegunka, powiększenie wątroby. Badanie krwi: ciałek czerwonych 2.400.000; białych 6.500, hemoglobiny — 55%, poikilocytoza. Rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlicą, nowotworem złośliwym i niedokrewnością złośliwą. Leczenie — dietetyczne, mało tłuszczów, dużo witamin, podawanie wątroby. Przelewanie krwi daje wyniki przemijające.

2) Rechniowski demonstruje chorego z *przemiłotem schorzeniem gruczołów chłonnych przepłytkowych* po stronie lewej szyi. Rozpoznanie — trudne, wahało się pomiędzy *periostritis alveolaris*, *perichondritis laryngea tuberculosa*, *actinomycosis* i *lues*; to ostatnie cierpienie stwierdzono po wyraźnym cofnięciu się objawów dopiero po energicznym zastosowaniu leczenia swoistego. R. cytuje pracę Cabochę, tyczącą się omawianego schorzenia gruczołów, którego umiejscowienie z tyłu i z boku połyku (*adenitides retro-et latero-pharyngeae*) spotyka się jedynie w przemiłocie i w pewnych razach może stanowić objaw rewelacyjny tego cierpienia.

3) Rechniowski demonstruje chorego 20-letniego, któremu z powodu upartych objawów *kamicy żółciowej* (ból napadowy, żółtaczka przemijająca, dreszcze i podniesienia ciepłoty) dokonał cięcia brzuszego, podczas którego pomimo napiętego woreczka żółciowego nigdzie w drogach żółciowych kamieni nie znalazł. Dokonał wtedy cholecysto-gastro-stomii, po której objawy chorobowe ustąpiły.

W wykładzie, który nastąpił po tej demonstracji, dał R. krótki przegląd poglądów chirurgów lyońskich na ciemną sprawę tej t. zw. kamicy żółciowej rzekomej. Objawy, z nią związane, mogą zależeć bądź od zapalenia przewlekłego niekamicyowego woreczka żółciowego, i wtedy wskazana jest cholektomia (Villard), bądź od przeszkody w przechodzeniu żółci przez drogi żółciowe odprowadzające, spowodowane już to nadmierną gęstością samej żółci (Cotte, Villard), już to zatarasowaniem dróg odprowadzających: załamanie woreczka żółciowego lub *ductus cystici* (czemu sprzyja obecność kresczki przy woreczku żółciowym, czyli *vesicule flottante*), bliżej nieokreślone wrodzone przeszkody w odpływie żółci z woreczka żółciowego do *ductus choledochi* (zrosty wewnątrz wątrobowej, pewien niekorzystny wrodzony układ zastawek — Villard). W tych razach konkurują dwa zabiegi: *cholecystectomy* (Villard) i *cholecystostomia* (Santy). Wreszcie przeszkody w przebiegu *ductus choledochi*, jak *atresia choledochi* (1 przypadek Cotte'a), *pancreatitis chronica* (2 przypadki Cotte'a, 1 — Bernarda), niekiedy bliżej nieokreślone (1 przypadek Patela). W tych przypadkach cholecysektomia nie może prowadzić do celu, jedynymi racjonalnymi zabiegami pozostają: cholecysektomia (Santy), sączkowanie *ductus hepatici* (Tarernier), cholecysektomia (Mathieu et Dujaner, Cotte, Berard, Patel) względnie cholecysektomia.

Sekretarz

S. Krajewski

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W paryskim tow. Chirurg. (22.II-28) omówił Mathieu przypadek, spostrzegany w Damaszku przez Lecercle'a, a dotyczący *kamieni pęcherzowych u małych dzieci*. W przypadku L. chodziło o dziecko 18-miesięczne. Choroba ta występuje w Syrii bardzo często, i o niej przedewszystkiem należy myśleć, jeśli istnieją jakieś zaburzenia ze strony pęcherza moczowego. W danym przypadku rozpoznanie zostało potwierdzone przez wynik prześwietlenia pęcherza promieniami X.

Flaudin zwrócił uwagę w tow. lek. szpitali paryskich (24.II-28) na częstotliwość występowania *odczynów gorączkowych w następstwie wstrzykiwań dożylnych*. Autor podał szereg spostrzeżeń, dotyczących wystąpienia gorączki do 39° lub 40° wskutek dożylnego wprowadzenia najrozmaitszych leków — zarówno swoistych, jak szczepionki, oraz nieswoistych, jak roztwór peptonu, surowica ludzka, roztwory koloidalne, woda destylowana i t. p. Te stany gorączkowe, którym towarzyszą zmiany hemoklastyczne, są następstwem zakłócenia równowagi we krwi fizyczno-chemicznej.

W tow. lek. szpitali lyońskich omówili Dumas, Froment i Mercier na posiedzeniu z dn. 14 lutego r. b. 2 przypadki *preagonalnego częstoskurczu napadowego*. Pierwszy dotyczył chorej z porażeniem połowiczym, u której w ciągu 10 ostatnich dni życia występowała napadowo przyspieszona czynność serca. W 2-gim przypadku chodziło o chorobę z wieloletnią kardiopatią oraz niedomogą sercową, u której na 8 dni przed śmiercią występował częstoskurcz do 180 uderzeń na minutę. W dyskusji zwrócił Gallavardin uwagę na trudności, następujące się przy ocenie klinicznej spostrzeganych zaburzeń w czynności serca — bez posiadania odpowiednich elektrokardiogramów. Bowiem tylko ekg. rozstrzygnąłby sprawę, czy mieliśmy tu do czynienia z rytmem przedsionkowo-komorowym typu Bouveret (czego G. zresztą w danych przyp. nie przyjmuje) lub też, co jest bardziej prawdopodobne, z częstoskurczem pochodzenia komorowego. Tachikardia przedsionkowo-komorowa nie jest zaburzeniem zbyt ciężkim; inaczej natomiast przedstawia się sprawa częstoskurczu komorowego, stojącego na pograniczu migotaniem komór. Podobne zaburzenia w czynności serca, pochodzenia komorowego, występujące na krótko przed śmiercią, spostrzegał przed laty również Parrot, który je określił jako „surtachycardie”. (Pr. Méd. Nr. 17/28 r.).

Ż. Św.

Odcinek.

Wrażenia z wycieczki do Leysin*)

Podał

M. SAIDMANN (Warszawa).

Pozwolę sobie dzisiaj podzielić się swemi spostrzeżeniami, które wyniosłem podczas mego pobytu w Leysin, powszechnie znanej miejscowości leczniczej dla chorych, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. Zgóry zastrzedz się muszę, że bawiłem w Leysie bardzo krótko i przez to z natury rzeczy uwagi moje będą luźne.

Miejscowość Leysin leży na wysok. 1500 metrów w bliskości jeziora Genewskiego, na wzgórzu, osłoniętym od południowych chłodnych wiatrów, ma więc Leysin klimat zupełnie łagodny, wiatry tam są bardzo rzadkie, posiada przeto pierwszorzędne warunki klimatyczne. W tych warunkach chorzy nawet zimową porą korzystają z pełnego słońca, tak np. w miesiącach par excellence najzimniejszych, to znaczy w grudniu, styczniu i lutym termometr w słońcu dochodzi do 50° C. Jak we wszystkich miejscowościach górskich, tak i w Leysin zjawia się śnieg w listopadzie, ale najsilniejsze opady śnieżne zjawiają się dopiero w II-iej połowie grudnia, trwają tylko parę dni, i zaraz potem następuje okres pięknej pogody.

Leysin składa się prawie z samych zakładów leczniczych i przedstawia się jako jedna duża klinika dla gruźlicy chirurgicznej. Pierwszy zakład dla helioterapii został tam urządzony przez Dr. Rollier w 1903 r., do tego czasu przybyło aż 35 zakładów leczniczych dla gruźlicy chirurgicznej. Materiał jest ogromny i różnorodny. Wszystkie te zakłady stanowią grupę pod nazwą „Sociétés des Etablissements placées sous la Direction Médicale du Dr. Rollier, albo Cliniques Chirurgicales du Dr. Rollier. Zakłady te są przeznaczone wyłącznie dla gruźlicy chirurgicznej, dla gruźlicy płucnej zaś istnieją nieliczne, położone nieco wyżej specjalne sanatoria pod nazwą Société de la Station Climaterique de Leysin.

Urządzenie zakładów.

Zakłady są skromnie, średnio i komfortowo budowane i urządzone. Małe (15 łózek), średnie (od 30–40 ł.) i duże (od 50–100 ł.). We wszystkich zakładach z wyjątkiem najbardziej komfortowych są ogólne sale, pojedyncze pokoje i pokoje dla 2 chorych. Następnie zakłady wyłącznie dla dzieci, i dorosłych, zakłady wyłącznie dla kobiet. Wobec tego, że chorzy przebywają w zakładach takich czasem parę lat, separacja taka staje się zrozumiała. Dwa najbardziej komfortowe zakłady i bardzo duże aż do 100 łózek Les Frens i Miremont należą do D-ra Rollier. W jednym z nich jest współcześnie urządzony zakład rentgenologiczny, pracownia i sala operacyjna. W tych dwóch zakładach pobyt jest bardzo drogi — od 60 fr. szw. dziennie — i jeszcze wyżej. W śred-

nich zakładach kosztuje 8–10–12 fr. dziennie za utrzymanie wraz z opieką lekarską. Są też b. skromne zakłady po 6 fr. dziennie.

Charakterystyczne dla tych zakładów jest to, że mają one wszystkie bardzo wygodne leżalnie, skierowane na południe z pięknym widokiem na góry i w ten sposób chorzy o każdej porze roku korzystają z pełnego słońca do ogólnego naświetlania.

Słusznie kliniki noszą nazwę „Sonnenklinik” kliniki słoneczne. Werandy są jakby przedłużeniem pokoju, i łóżko z chorym zostaje wysunięte na taras, tak, że pacjenci przebywają większą część dnia na powietrzu świeżym i grzeją się na słońcu. W nocy okna zostają otwarte, a centralne ogrzewanie jest stale czynne.

Leczenie i kierownictwo zakładów.

Jak już zaznaczyłem, wszystkie zakłady noszą nazwę Clinique du Dr. Rollier, ale faktycznie tylko dwa z nich są własnością D-ra Rollier, reszta należy do ludzi prywatnych, którzy traktują je jako przedsiębiorstwa handlowe, a kierownictwo nad wszystkimi temi zakładami ma Dr. Rollier razem ze swymi asystentami, którzy opracowują cały materiał. Dr. Rollier ma 10 asystentów, jeden z nich Dr. Ham jest dobrze wyszkolony jako chirurg, a drugi jako radiolog i prowadzi gabinet rentgenowski. Wszystkie zakłady są podzielone między asystentami w ten sposób, że każdy z nich w zależności od frekwencji chorych ma 100 i więcej chorych pod obserwacją i do leczenia. Asystenci odwiedzają chorych swoich co drugi dzień, opatrunki, a nawet wyciągi robią siostry, które są doskonale wyszkolone i mają w tym kierunku dużą rutynę. Dr. Rollier, jako kierownik wszystkich zakładów, odwiedza codziennie kilka zakładów, ale przy tej dużej liczbie sanatorjów i chorych widzi każdego chorego raz na 2 lub 3 tygodnie; w przypadkach ciężkich, na specjalne żądanie chorego lub rodziny częściej i to już w charakterze konsultanta. Właściwie cały materiał gruźlicy chirurgicznej jest skoncentrowany w rękach Dr. Rollier, można powiedzieć, jest jakby zmonopolizowany, on ma w Leysin to wyrobione nazwisko, i każdy pacjent z gruźlicą chirurgiczną, przyjeżdżający na kurację do Leysin, przyjeżdża wyłącznie do niego, tak, że nikt z lekarzy obok niego nie mógłby się tam w swojej praktyce uniezależnić. Stosunek D-ra Rollier do zakładów i asystentów pod względem materialnym jest taki, że płaci on swoim współpracownikom stałą pensję miesięczną od 250–1000 fr. szw. w zależności od kwalifikacji i od liczby lat asystentury danego lekarza. Dr. Rollier, jako kierownik zakładów, pobiera od 8–10% ogólnego rachunku, jaki chory płaci, tak np. jeżeli chory płaci 10 fr. dziennie, to Rollier dostaje z tego 1 fr. wygląda to niedużo, ale przytem mnóstwie chorych w Leysin — od 1000–1500 — zbiera się dla niego pokaźna suma miesięczna, przeciętnie ok. 1000 fr. szw. dziennie, prócz dochodów za specjalne dodatkowe wizyty i konsultacje.

*) Odczyt wygłoszony w Zrzeszeniu Lekarzy Rzecz. Polskiej.

Kilka słów o materjale i leczeniu.

Materiał gruźlicy chirurgicznej, jak już zaznaczyłem jest tam bardzo obfity i różnorodny, tak, można powiedzieć, iż Leysin przedstawia się jako wielkie zbiorowisko wszystkich klinicznych postaci gruźlicy chirurgicznej. Najwięcej widzi się tam chorych, dotkniętych gruźlicą stawów, i to najczęściej stawu biodrowego (*coxitis tuberculosa*), stawu kolanowego, skokowo-goleniowego, mniej łokciowego, próchnicą kręgów (*spondylitis*), wszystkie te cierpienia w postaciach pod względem klinicznym najróżnorodniejszych, zamknięte, początkowe, bez gorączki, bez ropy, zamknięte z ropniami, otwarte z przetokami z ropą i z dużą temperaturą. Następnie gruźlica miękkich części i wilk. Natomiast wcale tam nie widać gruźlicy gruczołów szyjnych (*Lymphadenitis colli*), a to dlatego, że ta postać gruźlicy daje się doskonale i dość prędko wyleczyć zapomocą naświetlań rentgenowskich. Następnie widać tam chorych dotkniętych krzywicą. Według obserwacji D-ra Rollier proces rekalkyfikacji kości odbywa się również pod wpływem helioterapii, jak w gruźlicy. Chcę tutaj zaznaczyć, że już inni autorzy Hess (New York), Pappenheimer etc. w swoich pracach o helioterapii również utrzymywali, że u rachityków pod wpływem słońca daje się zauważyć powiększenie się zawartości fosforu i wapnia we krwi.

Leczenie.

O szczegółach leczenia gruźlicy chirurgicznej mówić nie będę, ograniczę się tylko do tego, co jest najbardziej charakterystyczne pod względem leczenia w Leysin.

1) Przedewszystkiem leczenie jest ściśle zachowawcze, i to stanowi jeden z najważniejszych czynników tamtejszej kuracji. Osiągą się to głównie zarówno przez stosowanie czynników klimatycznych, jak i higienicznych, jakoteż za pomocą klimato-helioterapii i odpowiednich zabiegów ortopedycznych. Radykalne postępowanie za pomocą zabiegów chirurgicznych jest tam, i to słusznie, zupełnie zarzucone, z wyjątkiem przypadków, gdzie istnieje *indicatio vitalis*, np. w ropnych stanach zapalnych stawów z ciężkimi zakażeniami i z wysoką ciepłotą, gdy życie chorego jest zagrożone.

W gruźlicy stawu biodrowego unieruchamiają staw za pomocą odpowiednich opatrunków wyciągowych z przeciwwyciągiem, o ile zaś kończyna znajduje się w addukcji, dodają boczny wyciąg poprzez kolana. W gruźlicy stawu kolanowego wyciąg za pomocą plastra w górnej części podudzia, w razie jednoczesnego *genu valgum* lub *varum* jeszcze wyciąg boczny. Nie widzi się tam żadnych opatrunków gipsowych i przez to niema też wcale tych ciężkich zaników mięśni na kończynach chorych, jak zwykliśmy widzieć u nas po zdjęciu opatrunków gipsowych. W przypadkach *spondylitis* postępują rozmaicie w zależności od objawów klinicznych i od lokalizacji ogniska. W próchnicy kręgów części szyjnych unieruchamiają głowę zapomocą opaski, która idzie poprzez szczykę dolną do wezglowia łóżka, w *spondylitis* bez zniekształcenia kręgosłupa pacjenta układają w łóżku bez żadnego wyciągu i to na zwykłym twardym materacu. aby w ten sposób zapobiec wytworzeniu się

garbu. Natomiast w przypadkach *spondylitis* ze zniekształceniem kręgosłupa, pacjent zostaje odpowiednio ułożony: leży na brzuchu, miednica zostaje unieruchomiona za pomocą specjalnego paska, od którego idą znowu 2 opaski po bokach tułowia poprzez ramiona i poprzez całą długość ciała, gdzie zostają przymocowane do końca łóżka. Pod pierś chorego podkładają twardą poduszkę, i w ten sposób wytwarzający się garb z przodu (*lordosis*) staje się przeciwwagą dla istniejącego już garba z tyłu (*kyphosis*). W takiej pozycji chory może swobodnie jeszcze więcej się wyginać ku tyłowi, jest to więc względne unieruchomienie. W próchnicy z objawami uciskowymi na rdzeń stosują wyciągowy opatrunek u głowy i u nóg, a po uspokojeniu się procesu chorobowego zdejmują wyciąg i układają chorego, jak poprzednio. Leczenie próchnicy kręgów za pomocą gorsetu gipsowego lub celluloidowego zostało w Leysin zupełnie zarzucone, tak samo brutalny sposób wyprostowywania garbów, podany przez Calota. Również zaniechane zostało leczenie operacyjne zeszywnienia kręgosłupa metodą Albyego, Rollier wychodzi z założenia, że przy operacji Albyego chory musi najmniej 3 miesiące spokojnie leżeć w pozycji *lordosis* i co jest b. ważne—że jeszcze nic niewiadomo, jaki wpływ może mieć zabieg ten na rozwój kręgosłupa u dzieci. Zapalenie gruźlicze otrzewnej leczy się wyłącznie zachowawczo, bez cięcia brzuszego. Ropnie zimne, o ile są duże, zostają opróżnione za pomocą nakłucia, małe same się pod wpływem helioterapii wsysają, natomiast duże ropnie, które są bliskie pęknięcia, otwiera się.

Jak przebiega gruźlica chirurgiczna w Leysin.

Należy przedewszystkiem podkreślić i podziwiać cierpliwość i wytrwałość tych chorych, przebywających tam na kuracji; spotyka się tam chorych, którzy czekają na wyzdrowienie cały szereg lat 2—4 5 lat i jeszcze więcej, i, co jest ciekawe, że wszyscy zadowoleni są ze swego losu, nie widzą na twarzy tych chorych tego przygnębienia, które przywykliśmy widzieć u chorych, dotkniętych chroniczną gruźlicą chirurgiczną u nas. Wszyscy chorzy mają wesoły, dobry wygląd i żyją niezlomną nadzieją, że wreszcie wyzdrowieją, i wiedzą, że czas odgrywa ważną i decydującą rolę. Poza tem wyniki lecznicze zależne są od następujących momentów: wieku dziecka, stanu ogólnego i od wszystkich tych okoliczności, które wskazują na to, czy ognisko chorobowe jest jeszcze czynne, czy też znajduje się w okresie gojenia, albo w stanie utajonym. I na to zwrócił uwagę Dr. Rollier i jego współpracownicy, że proces gruźliczy u chorego, przybywającego do Leysin, nie od razu zatrzymuje się w swoim rozwoju, musi on dojrzeć i wtedy dopiero zaczyna się proces gojenia, tak, że chorzy, przybywający do Leysin z gruźlicą, dalej posuniętą, prędzej powracają do zdrowia, niż chorzy, u których proces gruźliczy jest dopiero w zaczątku swego rozwoju. Najprędzej i najlepiej o ile wchodzi w grę gruźlica stawów goją się formy maziowe z wysiękiem (kilka miesięcy), następnie gruźlica kości (kilka lat). Najgorzej goją się formy grzybowate (*fungus*), w tych przypadkach proces resorpcji i gojenia się nawet w Leysin trwa bardzo długo.

To objaśnia się tem, że wspomniana postać gruźlicy ma gorsze warunki krążenia, bardzo powoli i bardzo mało tworzy się tu toksyn, które następnie wnikają do ustroju, i przez to tworzenie się antytoksyn również jest słabe, a stąd słaba jest i reakcja ogólna, to też w tej postaci gruźlicy stawów radykalniej postępują, mianowicie, robią częste paklenizacje. W przypadkach gruźlicy kości następuje zupełne wyleczenie i w sensie anatomicznym i w fizjologicznym. Rentgenogramy, które widziałem w Leysin, wykazały kompletną regenerację kości i główek stawowych, które były przedtem poczęści zniszczone, a następnie pod wpływem helioterapii zregenerowały się w zupełności. Według Rolliera słońce działa, jako środek drażniący, i tak samo, jak transplantaty przy transplantacji kości, wywołuje zdrową tkankę granulacyjną, w której następnie wytwarza się dużo substancji kostnej.

Statystyka leczenia zachowawczego gruźlicy stawów zapomocą klimatu i helioterapii, podana przez D-ra Rolliera wykazuje ¹⁾ 80% wyzdrowień, z tego 75% z dobrą czynnością stawów, 12% polepszenia, 3% bez rezultatu, 5% śmiertelności (były to bardzo zaniedbane przypadki). Zdaje się, że te cyfry zupełnie wyraźnie przemawiają za helioterapią.

Technika helioterapii w Leysin.

Helioterapia jest w Leysin ściśle indywidualizowana i w zależności od tego, jak chory reaguje na działanie promieni słońca. Wiadomo przecież, że reakcja ogólna i miejscowa, towarzysząca helioterapii, zależna jest od różnych czynników: od odporności pacjenta, stanu jego zdrowia, od charakteru i umiejscowienia ognisk gruźliczych, od istnienia lub braku infekcji dodatkowej, od istnienia lub braku gorączki. Pacjent, przybywający do Leysin, zanim się poddaje helioterapii zostaje gruntownie zbadany, bada się również mocz, krew na hemoglobinę i leukocytozę, ciśnienie krwi. Po zbadaniu i ustaleniu rozpoznania zaczyna się przygotowanie chorego do kuracji słonecznej. Nie od razu wypuszcza się chorego na słońce. Rollier uważa za zasadniczy błąd naświetlać od razu chorego gorączkującego, osłabionego przez dłuższy pobyt w szpitalu albo w mieszkaniu, niedostatecznie wietrzonem. Zwykle postępują w ten sposób, że pierwsze parę dni pobytu w zakładzie trzymają chorego w łóżku, w pokoju, stopniowo otwierają okna, żeby powoli przyzwyczaić pacjenta do tego silnego górskiego powietrza, jakie jest w Leysin. Podczas następnych dni chorego wynoszą wraz z łóżkiem na werandę, albo na specjalnie urządzone solarjum i zostawiają go na słońcu, z początku krótko, potem coraz dłużej, a w końcu chory zostaje cały dzień na tarasie, o ile oczywiście pogoda na to pozwala. Zasadniczo zaczynają od naświetlania kończyn dolnych. Kończyny dolne, okolica neutralna organizmu, mogą być bez żadnego ryzyka naświetlane i można stąd wnioskować o tolerancji

chorego na słońce i otrzymać cenne wskazówki dla następnej kuracji słonecznej u danego chorego. Naświetlanie kończyn dolnych wywołuje przekrwienie tychże i wytwarza pewnego rodzaju odpływ krwi od organów klatki piersiowej i jamy brzusznej. Taka dekongestja doskonale działa na chorych, dotkniętych cierpieniami klatki piersiowej i jamy brzusznej.

A więc pierwszego dnia podlegają działaniu słońca stopy, trzy razy dziennie po 5 minut z 10-minutową przerwą, podczas której chory zostaje przykryty kołdrą albo białym prześcieradłem, drugi dzień 3 seansy po 10 minut stopy i od 3 do 5 minut podudzia również z 10-minutową przerwą między seansami, trzeci dzień 15 minut stopy, 15 minut podudzia, 10 minut uda i 5 minut brzuch, a następnie, powiększając codziennie seanse dla każdej części ciała o 5 minut, ale z przerwą 10-minutową,

Schemat jest zatem następujący:

	1-y dzień	2-i dzień	3-i dzień	4-y dzień	5-y dzień	6-y dzień
Stopy . .	5 m.	10 m.	15 m.	20 m.	25 m.	30 m.
Podudzie . .		5 m.	10 m.	15 m.	20 m.	25 m.
Uda . .			5 m.	10 m.	15 m.	20 m.
Brzuch . .				5 m.	10 m.	15 m.
Piersi . .					5 m.	10 m.
Plecy . .						5 m.

Głowa jest przykryta, na oczach okulary. Podczas całego okresu leczenia kontroluje się stan chorego: tętno, ciepłota i reakcja całego organizmu, przy najmniejszym objawie nietolerancji, czas naświetlania zostaje skrócony lub też naświetlanie zupełnie przerwane. O ile zaś, jak to najczęściej bywa, chory dobrze znosi dłuższe przebywanie na słońcu, to wtedy po upływie 10 — 15 dni kuracji słonecznej chory zupełnie nagi zostaje na słońcu godzinę całą i więcej bez przerwy. I z chwilą, kiedy skóra na całym ciele jest dobrze pigmentowana, wtedy nie grozi już więcej choremu żadne niebezpieczeństwo i może wtedy dużo godzin bez przerwy i bez żadnej szkody przebywać na słońcu — 2 — 3 i 4 godziny dziennie. Oczywiście, że nie we wszystkich przypadkach postępują według wyżej wymienionego schematu, technika naświetlania zmieniana zostaje w zależności od przypadku, od przebiegu choroby, od wrażliwości chorego, a wreszcie od reakcji jego na słońce. Co do reakcji, to może ona być ogólna i miejscowa. Reakcja ogólna, o ile ma być skuteczna, powinna pozostać w pewnych granicach, nie powinna być zbyt silna, gdyż normalna reakcja wzmacnia organizm, silna osłabia go. Małe podniesienie ciepłoty, nieznaczne przyspieszenie tętna, oddechu należą do objawów normalnych, jest to wyrazem koniecznej reakcji organizmu na słońce, które wywołuje przejściowe wzmoczenie procesów utleniania i przemiany materji. Natomiast znaczne podniesienie temperatury ciała, bicie serca, bóle głowy, bezsenność, brak apetytu — są to objawy silnej reakcji organizmu na słońce, których należy unikać przy kuracji słonecznej.

W końcu parę słów o odżywianiu chorych. Zwracają tam uwagę na dowóz pokarmów urozmaiconych i bogatych w kalorie. Dają mieszaną dietę,

¹⁾ Jeśli się porówna wyniki zachowawczego leczenia gruźlicy chirurgicznej przed wprowadzeniem antyseptyki, wyniki radykalnej operacji podczas koniunktury operacyjnej dla gruźlicy chirurgicznej z wynikami zachowawczego leczenia od czasu helioterapii, to musimy powiedzieć, że w gruźlicy stawów klimato—i helioterapia święci prawdziwie tryumfy.

dużo masła, jarzyny i owoce, mleka najwyżej do litra dziennie. Śniadanie: o 9 m. 30 — jajka, szklanka mleka, bułki i masło; co drugi dzień kleik owsiany, o 1-szej obiad, dużo jarzyn, szpinaku, marchewka, mało kartofli i mało mięsa. owoce, banany, pomarańcze, figi albo gotowane śliwki i jabłka; o godz. 4-ej podwieczorek — chleb z masłem, miód i dużo czosnku; o siódmej kolacja — ryż z mlekiem, kluseczki z mlekiem, kleik z mlekiem, jajka, sardynki, smażone kartofle, 1 szklanka mleka albo czekolada, kompot. Kawy i herbaty nie daje się wcale.

Przy tej sposobności chciałbym zaznaczyć, że moja wycieczka do Leysin, jako do specjalnej miejscowości leczniczej dla gruźlicy chirurgicznej, nie jest pierwsza, będąc młodym asystentem kliniki uniwersyteckiej w Krakowie, pojechałem podczas wakacji do Berck sur Mer we Francji, również powszechnie znanej miejscowości dla gruźlicy chirurgicznej, gdzie przebywałem przez 6 tygodni. Znajduje się tam prócz wielu innych zakładów dla gruźlicy chirurgicznej, słynny szpital „Hôpital Martime” wówczas na 1500 łóżek i szpital Dra. Callot. Na czele Hôpital Martime stał wtedy prof. Menard, jeden z najlepszych znawców gruźlicy chirurgicznej. Jako zupełnie młody lekarz, pojechałem do Berck sur Mer, aby zaznajomić się z metodami zachowawczymi leczenia gruźlicy chirurgicznej i przekonać się na miejscu o wpływie na nią helioterapii. Był to jeszcze okres, kiedy duża część chirurgów traktowała gruźlicę chirurgiczną, jako cierpienia lokalne, i, o ile wolno się tak wyrazić — znęcała się nad tą gruźlicą chirurgiczną. Operowało się na prawo i na lewo, robiło się artrektomję, rezekcję stawów, amputację i t. d., i ja moje pierwsze kroki, jako chirurg, robiłem po części na materiale gruźliczym. Były to gruźlicze

gruczoły na szyi, które się wtedy wyłącznie operacyjnie leczyło, i które asystenci z rozkoszą operowali, bo na terenie pod względem topografii i techniki operacyjnej dla młodego chirurga bardzo ciekawym. To też wówczas podczas moich pierwszych dni pobytu w Berck sur Mer, doznałem silnego wrażenia patrząc na kwitnący wygląd dzieci chorych, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną i leczonych wyłącznie konserwatywnie. Na moje pytanie skierowane do prof. Menarda, co robi się, że dzieci tutaj tak świetnie wyglądają, odpowiedź była krótka: wziął mnie pod rękę i zaprowadził na taras, pokazał mi niebo, powietrze i słońce i dodał: „voilà la thérapie”.

Będąc w Leysin lub w Berck sur Mer i patrząc na kwitnący wygląd i wspaniały nastrój chorych, na wyniki leczenia tych najrozmaitszych postaci gruźlicy chirurgicznej za pomocą klimatu i helioterapii. dochodzi się do smutnego przekonania, że naszym dzieciom, dotkniętym gruźlicą chirurgiczną wobec braku odpowiednich instytucyj leczniczych dzieje się wielka krzywda. Zadałem też sobie pytanie, czyby nie można było u naszych chorych z gruźlicą chirurgiczną za pomocą klimatu i helioterapii i odpowiednich zachowawczych metod leczniczych również osiągnąć dobre rezultaty. Mam wrażenie, że u nas społeczeństwo i lekarze z inicjatywą tym kierunku mają duże i bardzo wdzięczne pole pracy, że w rękach lekarzy leży zwalczanie szerzenia się tej strasznej plagi. Żyjemy w czasie wielkiej pracy socjalnej, dążącej do poprawy bytu i zdrowia klas mniej zamożnych. W dziedzinie więc tej mamy przed sobą piękne i szlachetne zadania. Przez stworzenie analogicznej placówki u nas, da się osiągnąć sukces w walce z gruźlicą chirurgiczną.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Działalność i zamierzenia Ligi Narodów a organizacja higieny¹⁾.

Podał

Dr. LUDWIK RAJCHMAN (Genewa).

(Dokończenie).

Mamy więc już 3 przykłady możliwości współpracy. Przykład 4: To, co się dzieje w przychodniach wenerycznych w Brazylii, stosuje się groso modo do Argentyny. Za naczelną zasadę unieszkodliwiania pacjenta, uważa się oddzielenie go. Z punktu widzenia leczenia jest to może i słuszne, ale z punktu widzenia poszczególnych chorych jest niesłuszne. Ciekawą jest rzeczą, że, kiedy się zapytałem, jaki jest odsetek zgłaszających się do przychodni, którzy do końca leczenia są w ewidencji przychodni, to odpowiadano, iż 20—30%. Wątpię, aby i w krajach, najbardziej rozwiniętych

kulturalnie, ten odsetek był większy. To znaczy, iż tutaj pomimo istnienia tych przychodni i wielkich ponoszonych kosztów z przychodni wraca 70—80% niezupełnie wyleczonych pacjentów. Otóż powiedziano sobie: trzeba temu zaradzić, o ile temu zaradzić można. Powiedziano sobie, iż temu zaradzić można na drodze współpracy fachowców na terenie międzynarodowym, tego nie można zrobić inaczej, dlatego, że żadne państwo nie przyjmie żadnych wskazówek zzewnątrz bez dostatecznej sankcji. Otóż za parę tygodni przygotowuje się konferencję, złożoną z przedstawicieli służby zdrowia Ameryki środkowej, na której nastąpią badania nad następującymi kwestjami:

1) jakie są wyniki, otrzymywane w tych przychodniach i zakładach, uzyskane w leczeniu, i jaka metoda, raczej jakie metody są stosowane metoda współczesnego leczenia kiły jest sprawą dopiero kilku lat, dała jednak najlepsze wyniki. Nie chodzi tu o standaryzację, chodzi o stwierdzenie faktu,

2) czy należy stanąć na stanowisku oddzielenia?

¹⁾ Odczyt w Państwowej Szkole Higieny w d. 17.I. 1928 r.

3) zastanowić się należy nad zagadnieniem, niepokojącym już nie północną Amerykę, ale i Europę, nad rzekomo zwiększeniem się przypadków kily we wszystkich Państwach europejskich. Jest to dość trudno stwierdzić, zaledwie w kilku krajach jest obowiązek zgłaszania chorych, i w tych krajach, jak np. Skandynawskich, daje się zauważyć wzrost liczby chorych. Jest to zagadnienie tak ważne, iż nie potrzeba dowodzić, dlaczego nad nim zastanowić się należy. Do badania tego zagadnienia brak nam materiału rzeczowego, a do tego jest niezbędna ścisła współpraca z tym nowym olbrzymim organizmem, który wyrósł w krajach europejskich, nowo zorganizowanych, po wojnie, i który rozwinął się niesłychanie z kasami chorych.

I jeżeli mi wolno zrobić przeskok i wrócić z powrotem do Europy, to pragnę zaznaczyć, że jeżeli weźmiemy pod rozagę kraje rolnicze, a w nich zastanowimy się nad stosunkami sanitarnymi w miastach i przejdziemy do okręgów uprzemysłowionych, to przekonamy się, iż dziś o działalności higieny bez ścisłego kontaktu z kasami chorych myśleć poprostu nie można. Dałem państwu przykład Urugwaju i mogę tylko powiedzieć, iż po licznych rozmowach i wymianie zdań, która się odbyła osobiście i za pomocą korespondencji, rząd Urugwaju zdecydował się wysłać na pół roku szefa swej służby sanitarnej dla zbadania kas chorych, i jak się je da zastosować do kraju, w którym tak olbrzymie świadczenia są łożone na służbę zdrowia.

Powtwarzam, jest niezbędna współpraca kas chorych. Jest ona nieodzowna i z innych powodów. Wszystkie nasze statystyki sanitarne oparte są dotąd głównie na liczbie przypadków śmiertelnych. Staramy się wyprowadzić wnioski, dotyczące stanu zdrowia kraju z liczby przypadków śmierci, i może dlatego często dochodzimy do wniosków paradoksalnych. Jest rzeczą niewątpliwą, iż krzywe śmiertelności na gruźlicę prawie na całym świecie idą w dół, i to nie dowód, żeby nie było gruźlicy, to dlatego, iż nie możemy opierać się tu na liczbie zachorowań, na nasyceniu gruźliczem rozmaitych krajów. Nie możemy inaczej zebrać tych danych, niż przy spółdzielcie kas chorych. Do zorganizowania tego spółdzielstwa, do ustalenia zasad, które powinny regulować tę współpracę kas chorych ze wszystkimi czynnikami, które służą zdrowiu, zarząd komitetu higieny powołał komitet parytatywny, złożony z 12 osób pod przewodnictwem szefa angielskiego, lorda Johna Newmana, w którym zasiada 6 reprezentantów kas chorych, a pomiędzy nimi i przedstawiciel polskiego związku kas chorych, p. Osioński, i 6 przedstawicieli służb zdrowia i zainteresowanych władz.

Chcę powiedzieć całkiem szczerze, iż głównym zadaniem tej komisji jest stworzenie stanu wzajemnego zaufania i na podstawie tego wzajemnego zaufania wspólnie opracować wytyczne, na zasadzie których możnaby przystąpić do zobopólnego wyzyskania wszystkich instytucji i wszystkich możliwych działań, które się znajdują z jednej strony w rękach ubezpieczonych, a z drugiej strony w rękach Państwa, samorządów oraz organizacji higienicznych. I jest nam niezmiernie przyjemnem, że do tej współpracy dało inicjatywę to Państwo wzorowe, o którym mówiłem, w Ame-

ryce południowej, aby tam przeprowadzić te wskazówki, do których dojdzie nasza komisja mieszana.

To anegdotyczne przedstawienie tej działalności zajęło tyle czasu, iż muszę już skończyć. Przed zakończeniem jednak chciałbym wskazać na pracę komitetu higieny, na kierunek, jaki został uchwalony na ostatniej sesji w jesieni, i który powodować będzie w znacznej mierze jego działalnością i przez następne lata. Jest to systematyczne studjowanie i systematyczna praca w tym zakresie, w jakim jest nam to dane, nad podniesieniem stanu higieny, zwłaszcza tego co się nazywa higieną wiejską. Jeżeli państwa interesuje ta sprawa, o której mówię, prosiłbym o zbadanie ostatnich kilku zeszytów miesięcznych naszych sprawozdań epidemiologicznych, aby się przekonać, jak wygląda krzywa duru brzuszowego w Europie. Jeżeli weźmiemy linję poziomą, mniejsza o to, ile wynosi współczynnik, to przekonamy się, iż poniżej tej linii z bardzo nieznacznymi odchyleniami znajdują się Anglja, Danja i Holandja, a powyżej niej wszystkie inne Państwa, nawet Niemcy będą wykazywały takie odchylenie, aby w r. 1926 dać wielką górę. Przekonamy się, iż we Włoszech w r. 1927 nastąpił bardzo wielki wyskok. Przekonamy się, że w Polsce to wychylenie mniej się powiększyło. Przekonamy się, że mniej więcej co 3 lata w całej Europie przeżywamy okres pandemii europejskiej. Jakie są przyczyny głębsze, społeczne tej pandemii europejskiej, o tem niewiele możemy powiedzieć. Pozwolę sobie nawiasem powiedzieć, iż w Warszawie w 87.000 mieszkaniach jednoizbowych mieszka 343.000 ludzi, a państwo wie, iż dur brzuszny przenosi się nie tylko drogą wodną, lecz i drogą zakażenia, i że jest to czynnik nie do pogardzenia.

Tak przedstawiała się ta sprawa w krajach rolniczych. Jeżeli podzielimy krzywą angielską na ludność miejską i wiejską, to wychylenia są kosztem ludności wiejskiej. Wychylenia tej krzywej są niewątpliwie stanem sprawdzenia kultury Państwa. Walka z dudem brzuszny nie jest rzeczą łatwą. P. Minister Składkowski w sposób niezmiernie energiczny zapoczątkował w Polsce przed paroma miesiącami tę walkę, i zarówno on, jak i jego współpracownicy przekonali się tylko, iż jest rzeczą bardziej trudną, niż to się wydawało napozór, wprowadzenie do zwyczaju ludności wykonywania zasad higieny indywidualnej. Zadanie, które stoi przed nami, nie jest zadaniem inżynieryjno-sanitarnem, jest zagadnieniem kultury higieny, jest ono częścią ogólnego zagadnienia podniesienia stopy życiowej pod względem cywilizacyjnym. Moment do inicjatywy był bardzo dobrze wybrany. Muszę specjalnie podkreślić, iż polski członek komitetu higieny p. Minister Chodźko złożył pod tym względem niesłychanie cenny materiał. Moment ten jest dlatego odpowiedni, że w Państwach europejskich, w większości krajów rolniczych, nie wyłączając Rosji Sowieckiej, istnieje dążność do poprawy bytu. W naszym zakresie nie możemy zrobić wiele, ale to, co robimy, robimy systematycznie. Rozpoczynamy w tym roku badania i podróże po kilku krajach Europy zachodniej, gdzie to zagadnienie higieny, kultury osiedli zostało rozwiązane. Moi koledzy badają Belgię, Niemcy, Francję, Danję, Holandję po wybraniu pewnych punktów dla zor-

jentowania się w tych wszystkich siłach żywotnych, które złożyły się na uzyskane wyniki. Zorganizowane zostaną w ciągu tego roku jedna, czy dwie grupy higienistów i inżynierów dla specjalnego śledzenia tego, co zrobiono na Zachodzie, oraz tego, co się zrobiło w krajach rolniczych Europy. Mam nadzieję, iż będzie to pierwsza podstawa do studjum mię-

dzynarodowego i tego, co się wydaje dziś naczelnym zagadnieniem zdrowia publicznego w Europie i w krajach rolniczych.

Panie Ministrze, z chęcią mówiłbym dalej, uważam jednak, iż pora jest zbyt późna, więc jeżeli Państwo pozwolą, na tem skończę.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	3/VI—9/VI	10/VI—16/VI
Dżuma	0	0
Ospa	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Cholera	0	0
Dur brzuszny	133 (zg. 7)	176 (zg. 13)
Dur rzekomy	1 (zg. 0)	0
Dur osutkowy	28 (zg. 0)	39 (zg. 3)
Dur powrotny	2 (zg. 0)	0
Czerwonka	23 (zg. 0)	14 (zg. 1)
Płonica	403 (zg. 44)	478 (zg. 26)
Błonica	118 (zg. 7)	135 (zg. 7)
Zapal. op. mózg. . .	27 (zg. 6)	25 (zg. 4)
Odra	739 (zg. 8)	593 (zg. 2)
Róża	54 (zg. 2)	62 (zg. 3)
Krztusiec	308 (zg. 9)	252 (zg. 8)
Malarja	39 (zg. 0)	50 (zg. 0)
Posoczn. połóg. . .	17 (zg. 5)	20 (zg. 7)
Trąd	0	0
Jaglica	473 (zg. 0)	450 (zg. 0)
Wąglik	0	1 (zg. 1)
Nosaczna	0	0
Włośnica	0	0
Wścieklizna	0	0 (zg. 2)
Zatrucie jad. kiełb. .	0 (zg. 1)	0
Choroba Heine-Medina	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne .	172 (zg. 58)	229 (zg. 54)

— Ministerstwo Spraw Wewn. (Depart. Służby Zdrowia) rozesała następujący Okólnik do PP. Wojewodów.

Z dniem 5 listopada r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie kurs pięciodniowy dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. Zapisy kandydatów przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (ul. Chocimska 24 w Warszawie) do dnia 1 listopada r. b.

Warunki przyjęcia, opłaty za kurs oraz za mieszkanie i utrzymanie są te same, co i na poprzednim kursie, poleconym okólnikiem Pana Ministra Spraw Wewnętrznych Nr. 158 z dnia 30 sierpnia 1927 za Nr. Z. H. 3929/27.

Powyższe dane zechce Pan Wojewoda podać do wiadomości wszystkim podległym urzędowi państwowym i samorządowym i, ewentualnie, zainteresowanym instytucjom, celem udzielenia jaknajwiększego poparcia w rozpoczętej akcji wyszkolenia sanitarnego inżynierów.

Program kursu załącza się.

Zastępca Dyrektora Departamentu
Służby Zdrowia
(—) Adamski

Załącznik.

Państwowa Szkoła Higieny

Rok szkolny 1928/29.

Trzeci kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów
(od 5 listopada do 11 grudnia 1928 r.).

Kierownik Kursu:

Inż. Mag. Zygmunt Rudolf

I. Dział ogólny

Godz.

Podstawy inżynierji sanitarnej	2	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Zagadnienia higieny publicznej	2	Doc. Dr. W. Bogucki
Planowanie miast i higieny mieszkań	4	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Higiena wsi	1	Dr. W. Chodźko
Statystyka i epidemiologia	5	Dr. M. Kacprzak
Walka z gruźlicą	1	Dr. Cz. Wroczyński.

II. Nauki przyrodnicze.

Bakterjologia	4	Dr. H. Sparrow.
Hydrobiologia	6	Inż. H. Przyłęcki.
Chemja sanitarna	6	Inż. A. Szniolis

III. Przedmioty techniczno-sanitarne.

Hydrologja	5	Prof. K. Pomianowski.
Osuszanie terenów	5	Prof. Cz. Skotnicki.
Wodociągi i kanalizacja	6	Prof. J. Radziszewski.
Oczyszczenie wody i ścieków	10	Inż. A. Szniolis.
Dezynfekcja wody	2	Prof. Sz. Dzierżkowski.
Eksploatacja wodociągu	2	Inż. T. Jaszczurowski.
Mleko	3	Doc. Dr. H. Ruebenbauer.
Usuwanie śmieci	4	Gen. Inż. E. Kątkowski.
Oczyszczanie miast	2	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji	4	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Budowa ulic i placów	3	Inż. M. Heine
Wentylacja i ogrzewanie	8	Doc. Inż. F. Bąkowski.
Higiena pracy	6	Dr. B. Nowakowski.
Dezynfekcja i dezynsekcja	4	Ppłk. Inż. St. Dobrowolski.
Deratyzacja	2	Doc. Ppłk. Dr. S. Szulc.

Zakłady użyteczności publicznej:

a) szkoły	3	Inż. Fr. Ejchhorn.
b) szpitale	2	Inż. Arch. F. Rakiewicz.
c) kąpieliska	2	Ppłk. Inż. St. Dobrowolski.
o) rzeźnie	2	Dr. Jan Kiszkiel.

Chłodnictwo	3	Prof. B. Stefanowski.
Bezpieczeństwo pracy	4	Inż. St. Rodowicz.
Oświetlenie	2	Inż. K. Gnoiński.
Walka z dymem	1	Inż. Mag. Z. Rudolf.

Wykłady nadprogramowe:

(popołudniowe ze specjalnem zawiadomieniem).

Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji	2	Inż. S. Skrzywan.
Głębokie studnie i ich wiercenie	2	Inż. M. Łempicki.
Rola ośrodków zdrowia w administracji sanitarnej	2	Dr. St. Tubiasz.
Gazownictwo	3	Dr. Inż. Szulc
Walka z gazami	2	Inż. J. Konopka.
	2	Mjr. B. Sypniewski.

Wycieczki:

1. Biuro regulacji miasta Warszawy.
2. Ośrodek Zdrowia w Mokotowie.
3. Stacja przepompowania ścieków.
4. Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki.
5. Filtry miejskie (oraz laboratorium).
6. Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny.
7. Zakład oczyszczania ścieków przy szkole powszechnej.
8. Rzeźnia miejska na Pradze (stary i nowy budynek).
9. Zakład utylizacyjny.
10. Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaskadzie.
11. Szpitale: Karola i Marii, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Ducha.
12. Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne.

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higieny ul. Chocimska 24, II piętro.

Wycieczki odbywać się będą co drugi dzień, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretariatu Szkoły.

— W tych dniach zakończony został w Państwowej Szkole Higieny I-szy czteromiesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych; prowadzony przez Inż. A. Szniolisa, kierownika Oddziału Inżynierii Sanitarnej Państwowej Szkoły Higieny.

Z pośród 35 słuchaczy świadectwa egzaminacyjne otrzymało 33.

Z ogólnej liczby słuchaczy 31 było delegowanych przez Wydziały Powiatowe Sejmików lub Magistraty; otrzymali oni płatne urlopy lub stypendja na koszty pobytu na kursie; pozostali słuchacze odbyli kurs na koszt własny.

Na kursie najwięcej słuchaczy było z Małopolski — 14; pozatem z Kongresówki — 11 (w tem 2-ch z Warszawy); z Poznańskiego — 4 i z Górnego Śląska — 1.

W trakcie kursu wpłynęły do Państwowej Szkoły Higieny zapotrzebowania z województw na kontrolerów, przygotowanych przez Szkołę, wobec czego słuchacze, którzy nie mieli jeszcze przydziałów, zostali przez Państwową Szkołę Higieny poleceni na te stanowiska.

— D. 7 b. m. odbył się uroczysty obchód pięćdziesięciolecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, którego program podaliśmy w numerze poprzednim. Pismo nasze reprezentował kol. Antoni Natanson. Sprawozdanie z uroczystego posiedzenia podamy w jednym z najbliższych numerów.

— Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej prosi nas o podanie do wiadomości ogółu lekarzy przytoczonej poniżej odezwy starosty w Mińsku Mazowieckim:

„Z powodu wyznaczenia przez Sejmik Mińsko-Mazowiecki w roku 1928/29 subdyum 100 zł. miesięcznie dla 2-ch lekarzy, którzy osiedliby się w jednej z osad tut. powiatu (os. Dobre, os. Kołbiel) uprzejmie proszę o powiadomienie o tem lekarzy,

chcących praktykować w tych osadach. Zgłoszenia należy kierować do tut. Wydziału Oświatowego.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego.

Starosta;

(—) T. Kowalski.“

— Wyszła z druku „Księga pamiątkowa I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Warszawie (26. V. — 29. V. 1927 r.)“ Treść „Księgi“ obejmuje: Program Zjazdu. Skład Komitetu Organizacyjnego i gospodarczego oraz poikomitów Zjazdu. Listę uczestników. Otwarcie. III posiedzenia naukowe wraz z dyskusją na tematy: a) „Twardziel na ziemiach słowiańskich.“ b) „Szczepienia ochronne i akcja zapobiegawcza przeciw płonicy i ocena wartości leczniczej surowicy przeciwploniczej.“ c) „Najwłaściwsze formy i metody administracji sanitarnej na ziemiach słowiańskich.“ Zamknięcie Zjazdu. Sprawozdanie z posiedzenia Centralnego Komitetu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy. Strona zewnętrzna „księgi pamiątkowej“ przedstawia stę okazałe.

— W czerwcu r.b. upłynęło 100 lat od daty urodzin Jana Nepomucena Czermaka, prof. fizjologii w uniwersytecie praskim Czermak wespół z prof. uniwersytetu wiedeńskiego Türckiem był twórcą laryngoskopji klinicznej. Długie lata toczył się spór, któremu z tych dwóch uczonych przypada w udziale zasługa wprowadzenia do kliniki tej nowej metody badania, — niewątpliwie należy się jednemu i drugiemu: Czermak obmyślił sposób badania krtani lusterkiem przy pomocy światła sztucznego, Türck zaś pierwszy opracował stronę kliniczną laryngoskopji. Czermak umarł w Lipsku w r. 1873.

— Niemiecki Komitet Centralny do badania i zwalczania raka obchodził d. 8 czerwca r. b. 25-lecie założenia berlińskiego Instytutu badania raka. Na posiedzeniu, temu obchodowi poświęconem, kierownik Instytutu Blumenthal mówił o „wynikach doświadczalnego badania raka“, zaś Roesle o „wynikach niemieckiej techniki sekcyjnej raka“. Przewodniczący Komitetu Kraus zawiadomił, że Instytut został upaństwowiony.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

Heinrich Higier. Zur Klinik der rezidivierenden Formen der Polyneuritis, Myelitis und Meningoencephalitis (Meningitis serosa, Pseudotumor cerebri). Odb. z Ztsch. f. die ges. Neur. und Psych. T. 104, z. 3.

Stanisław Kopczyński. Organizacja i stan pomocy dentystycznej w szkołach Rzeczypospolitej Polskiej. Odb. z „Wychowania Fizycznego“ 1928, z. 4.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 20 „Warsz. Czasop. Lek.“ na str. 492, szpalta lewa, pod tytułem artykułu D-ra Rajchmana opuszczono: (C.d.)

TREŚĆ: J. VAN BREEMEN Orientacja kliniczno-fizjologiczna w rozpoznawaniu przewlekłych schorzeń gośćcowych—R. MARKUSZEWICZ. Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci. — ST. KRAMSZTYK. Współczesny stan nauki o środkach odżywczych. (Str. zbior. dok.)—Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.—M. SAIDMAN. Wrażenia z wycieczki do Leysin.—L. RAJCHMAN. Działalność i zamierzenia Ligi Narodów a organizacja higieny. (Dok.)—Wiadomości bieżące.—Nadesłano do Redakcji.—Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. VAN BREEMEN. L'orientation physiologique dans le diagnostic et traitement des maladies rhumatismales chroniques.—R. MARKUSZEWICZ. Symptôme spécial dans les troubles organiques de la mémoire. ST. KRAMSZTYK. Les théories modernes sur les aliments. (Rev. gén. fin).—M. SAIDMAN. Les impressions du voyage à Leysin. L. RAJCHMAN. Les projets de la Société des Nations et l'organisation d'hygiène (fin).

 **Następny numer — podwójny — wyjdzie dnia 26 lipca r. b.**

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

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

www.dlibra.wum.edu.pl