

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. 25

WARSZAWA, 20 CZERWCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie we- wnętrznej a racjonalne ich leczenie.¹⁾

Podał

Dr. Med. Henryk HIGIER (Warszawa).

(Dokończenie — p. Nr. 24).

Zachorzenie czynnościowe nie jest bynajmniej równoznaczne z psychogennem, każda psychogenna nerwica jest funkcjonalna, ale bynajmniej nie każda choroba funkcjonalna jest psychogenna. Możliwość wpływania psychicznego na przebieg nerwicy nie oznacza bynajmniej jej natury neurogennej lub psychopochodnej i odwrotnie nieznaczny wpływ psychiki na kształtowanie się cierpienia wcale nie wyłącza tła psychopochodnego nerwicy, słowem, istnienie czynnika somatogennego nie wyklucza bynajmniej współistnienia psychogenego.

W tej wielkiej grupie nerwic przeto sugestia i hipnotyzm, psychagogika i psychoanaliza z ich wnikaniem w cały kosmos normalnych popędów, hamowań i instynktów osobowości, w całą dziedzinę konstytucji, *milieu* i czynników, wywołujących uraz psychiczny, w skomplikowany chaos konfliktów, zarówno zwycięsko zwalczonych jak nierozwiązanych, uwięzionych lub w sferę podświadomości zepchniętych, stanowią główną, jeśli nie wyłączną domenę terapeutyczną nerwicy, nawet tam, gdzie ona towarzyszy organopatji i gdzie — co bywa często — pokrywa ją sobą, wysuwając siebie na plan pierwszy.

Wielkie znaczenie psychiki w dziedzinie nerwic narządowych (p. H. Higier. *Vegetative oder viscerale Neurologie*. H. Fischer. 1912) najdobitniej uwydatnione zostało we wpływie jej

na chemizm i czynność ruchową żołądka (*achylia* i antyperystaltyka z jadłowstrętu, *anorexia* z *depressji*), na czynność serca, na napięcie naczyń obwodowych, wreszcie w laboratorjach na nerwicach eksperymentalnych (Pawłow), sztucznie u zwierząt wywołanych, gdzie bodźce fizjologiczne zastępować się udawało przez psychiczne, gdzie u hipnotyzowanych wmawianie zimna lub gorąca wprowadzało odnośne zmiany w napięciu mięśni naczyń (zaczerwienienie), muskulatury włosounoszącej (gęsia skórka), nerwów potowydzielniczych (pocenie); gdzie sugestia spożywania cukru, białka, tłuszczu wywołała przemijająco odnośne zmiany w ilościowym i jakościowym wydzielaniu fermentów (pepsyny, lipazy, dyastazy, trypsyny), oraz w grubym chemizmie soków żołądka, wątroby i trzustki, a nawet leukocytozę trawienną z następczą leukopenią krwi (Hansen, Heyer); gdzie po sugestji obfitego lub skąpego picia płynów stwierdzono poliurię względnie *urina spasitica*; gdzie pod wpływem wstrząsu następuje *frigiditas*, *vaginismus*, *dysmenorrhoea*, krwawienie, poronienie, mniejsza w tem miejscu o genezę, czy to wszystko odbywa się przez patologiczne odruchy warunkowe czyli kojarzeniowe, drogą odruchu bezwarunkowego, czy też na innej drodze. Faktem jest, że najwyższe instancje, psychiczna i wzruszeniowa, czyli korowa i podkorowa, wywierają swój wpływ bezpośredni na stację autonomiczną, nerwową, zaś pośrednio na niższe etapy, jak na układ reaktywny sekrecji wewnętrznej (*endocrinium*) i przemiany materji (metabolizmu) oraz na bardziej elementarny układ reaktywny rozkładu jonów i kolloidów.

W każdym razie, aczkolwiek psychika wielką odgrywa rolę w wielu nerwicach narządowych różnorodnego pochodzenia, to zasadniczo należałoby oddzielić czysto psychogenne od istotnych nerwic narządowych z neurogennie uitorowanem zakłóceniem funkcji. Również należałoby każdorazowo w mieszanych postaciach ustalić, czy przeważa upośledzenie na-

¹⁾ Odczyt wygłoszony w Tow. Medyc. Społecz. 10 maja 1929.

rzędu czy też konstytucja neurotyczna, czy pierwotnie dotknięta jest *psyche*, a wtórnie *soma* (brak łaknienia wskutek depressji i odwrotnie przygnębienie wskutek długotrwałego braku apetytu), tembardziej, że u konstytucjonalnych neuropatów często stan depresyjny ujawnia się w postaci nerwicy żołądka lub serca i jako taka długi czas błędnie leczony bywa.

* * *

Dwa zasadnicze pytania czekają jeszcze dotąd rozwiązania w dziedzinie nerwic narządowych:

1) Dlaczego u jednego nerwowca przez długi okres czasu ten, u drugiego ów narząd cierpi (serce, przełyk, sfera płciowa (*Organdetermination*)).

2) Dlaczego z dwu nerwowców, nerwicą tegoż narządu dotkniętych, jeden odczuwa upośledzenie tej, drugi owej czynności (*atonia, rumination, hypermotilitas, hypersecretio, hyperalgia*) przez długi szereg lat (*Formdetermination*).

Liczne czynniki, jak się okazało, wpływają zarówno na wybór narządu, jak na wybór czynności upośledzonej.

Czasem wystarcza przypadkowy uraz bez znaczenia w okolicy żołądka (*neurosis localis traumatica*) lub uraz psychiczny, nie odreagowany w porę, a zepchnięty w podświadomość (*neurosis psychica*).

Tę odmianę nerwicy spotyka się najczęściej w narządzie sercowo-naczyniowym który rządzi poniekąd rytmyką, tem podstawowem, zjawiskiem życiowem, tak dalece w psychice ludzkiej ważnem, że skłoniło niektórych neurologów do twierdzenia, iż „psychologia nerwicy jest to psychologia serca ludzkiego” (Kretschmer). Narząd wspomniany swoją czynnością prawidłową (*eurythmia psychica*) lub nieprawidłową (*extrasystole, tachycardia, arhythmia*) nie tylko decyduje o nastroju duchowym (lęk, przygnębienie), ale sam wybitnie podlega wpływom psychicznym, wzruszeniom, afektywnym (*palpitatio cordis, anaemia cerebri paroxysmalis, absence*).

Poważnym czynnikiem nerwicotwórczym są wydzieliny dokrewne, hormony gruczołowe. Wystarcza i tutaj przytoczyć nerwice sercowo - naczyniowe, kardio - angiotoksykozy (Herzhormon, Sinushormon, Kammerhormon, Trichterhormon Zuelzera, Haberlandta, Demmoora, Loewiego) w basedowizmie, Addisonizmie, akromegalii, śluzobrzęku, *status thymicolymphathicus, cachexia hypophysearis, insuffisance pluriglandulaire, multiple Blutdrüsensensklerosse*.

Nie bez pewnej słuszności mówi się (Katsch) również o alergji psychicznej, znamionującej nieprzewidywalne i nieobliczalne skutki reakcji podnietowej.

Idiosynkrazje i alergje widzimy wobec używek i pokarmów, wobec wpływów chemicznych, fizycznych i klimatycznych, wobec słońca i białka obcogatunkowego na każdym kroku. Co jednemu na zdrowie, drugiemu na chorobę „idzie”, mawiał setki lat temu chłop polski, który stale po zwykłych poziomkach dostawał swędzącej pokrzywki. „*Quod aliis cibus est, aliis est acre venenum*”, mawiał tysiące lat temu chłop rzymski,

który po rakach rumienił się na całym ciele i wymiotował godzinami. A mają te przysłowia ludowe zastosowanie nie tylko w sferze somatycznej, ale i duchowej (*neurosis hormonalis allergica, diathesis*).

Allergja pokarmowa, jako jedna z odmian diatezy alergicznej, powoduje obrazy chorobowe różne, nie tylko zespoły, naśladujące dysfunkcje żołądkowo - kiskowe, zapalenie wyrostka, owrzodzenie dwunastnicy, ale migrenę, gorączkę sienną, dychawicę oskrzelową i obrzęki naczyń ruchowe.

Nierzadkim czynnikiem nerwicotwórczym jest: zwykle naśladownictwo (nerwica imitacyjna) i

wzruszenie (nerwica afektywna), jakem się przekonać mógł niedawno u dwóch młodych nerwowców. Jeden, sąsiadując w szkole z migrenikiem, który zwymiotował bułeczkę z masłem podczas napadu bólu głowy, sam się nabawił nerwicy wymiotnej jedynie przy takimże daniu, zaś drugi, zwymiotowawszy śniadanie wskutek silnego afektu, połączonego z napadem bandyckim na mieszkanie, później lata całe po intensywnych wzruszeniach zwykł był wymiotować bardzo obficie.

Nader liczne znam odmiany nerwicy, w których działa:

wyobrażenie (nerwica wyobrażeniowa),

wspomnienie (nerwica ideacyjna),
fiksacja bezpośrednia pewnego mechanizmu neurotycznego (nerwica fiksacyjna) lub

warunkowe tegoż stabilizowanie w pojęciu psychoodruchów Pawłow - Bechterewa (nerwica warunkowa).

Jeden mój pacjent z długoletnią nerwicą dróg pokarmowych na samą myśl o jajach lub wołowinie (nigdy zaś o cielęcinie) dostawał uczucia nieprzepartych nudności, inny, lekarz z zawodu, od chwili popełnionej pomyłki gastronomicznej wymiotował stale na samą myśl o wieprzowinie.

Pewien pacjent mój z nerwicą żołądka w postaci zupełnego braku apetytu stale dostawał wymiotów, gdy słyszał dzwonek, sygnalizujący początek obiadu w pierwszorzędnym sanatorium szwajcarskiem z pierwszorzędnym table d'hôte. Tenże osobnik po powrocie z Szwajcarii, należąc w prowincjonalnym mieście do ochotniczej straży ogniowej, przy każdym sygnale dzwonkowym do pożaru przedewszystkiem — drogą odruchu warunkowego — dostawał silnych nudności i w tej sytuacji fizjologicznej dawał rozkazy jako komendant.

Inny wreszcie neurotyk mój, muzyk z zawodu, dostawał stale erekcji i nasieniotoku przy pieśniach Schuberta, po zerwaniu z narzeczoną, która podczas wieczornych odwiedzin często grywała tego kompozytora da capo. Znalazłem w materiale swoim neurotyczkę niemłodą, u której mimo usunięcia pęcherzyka żółciowego, pełnego kamieni, jeszcze długie miesiące po zabiegu powtarzały się wymioty przy byle wzruszeniu lub faux pas w djecie.

Katsch wspomina o oficerze, który podczas wojny w okopach przy każdym ataku nieprzyjacielskim dostawał silnych wymiotów, gdyż podczas pierwszego swego huraganowego ataku na bagnety musiał się kryć w dole kloaczny, gdzie smrodliwe powietrze wywołało wybuch wymiotny.

Jak dalece wyzyskać się daje przejście odruchów wegetatywnych, bezwzględnych w warunkowe, miałem możność przekonać się kiedyś na eksperymentalnym odruchu wazodylatacyjnym, na erekcji u wytresowanego psa. W portugalskim mieście portowym byłem przed dwudziestu laty obecny w trzeciorzędny tingl-tangu, pełnym podchoconych marynarzy, na przedstawieniu, gdzie wytresowany odpowiednio, urodziwy chart przy dźwiękach marsza weselnego Mendelssohna dostał silnej erekcji i rzucił się na odpowiednio przygotowaną i odpowiednio na kozetce ułożoną i w szaty ślubne ubraną „artystkę“, z pod ciemnej gwiazdy, z którą wykonał *lege artis coitus*, ku ogólnemu zadowoleniu na wpół pijanej publiczności, zachwycającej się modnym wówczas, a nowym dla tej spelunki marynarskiej *danse de ventre*, i bisem żądającej powtórzenia efektownego dla badacza psychofizjologa, podwójnie ciekawego numeru erekcyjnego.

Widzimy, że czasem tresura, innym razem organopatie (*cholecystitis, cystitis urinaria*) przygotowywały przez długi czas gotowość do odruchu (erekcja, wymioty, częstomocz), utorowały drogę (*Reflexbereitschaft*), a następnie już działały zwykle wzruszenie, samo wspomnienie, kojarzenie w sensie wywoływacza odruchu warunkowego. Chodzi tutaj o także utorowanie automatyzmu, odświeżanie reminiscencji, engramów, jakie znamy u tancerzy i łyżwiarzy, produkujących swoją sztukę automatycznie. W tych razach odgrywają dużą rolę, zwłaszcza w dziedzinie nerwic u ssawców i dzieci nietylko psychizm, na podłożu fobji lub na podłożu przydźwięku emocjonalnego zrodzony, ale i długotrwałość i wyszlifowanie toru odruchu warunkowego.

Niektóre objawy nerwicowe powstają drogą zwykłego odruchu (*neurosis reflectoria*) zbliżka lub z odległości np. *cardiospasmus* w początkach raka wpustu, *pylorospasmus* w schorzeniach gruczołu krokowego, *blepharospasmus* w cierpieniu limfatycznym nosa, *vesicospasmus* z jajnika schorzałego. Dość wymienić najbardziej znane odruchy intrawegetatywne i międzynarządowe: *reflexus cardio-oesophageus, pylorojejunalis, hepato-cardiacus, oculo-cardiacus*, aby zrozumieć obfitość możliwych zespołów nerwicowych o charakterze przemijającym.

Najtrudniejsze jest tłumaczenie patogenezy nerwic bólowych (*neurosis dolorosa*) w postaci *enteralgia genuina, neuralgia plexus solaris* i innych nerwobólów narządowych, w których chory czuje stale ściskanie w dołku, bóle kiszek, bóle serca i klatki, gorąco, zimno, bóle mięśni i nerwów. Może w tych przypadkach odgrywają rolę poważną zaburzenia naczyniowe, upośledzenie napięcia ich mięśni natury porażeniowej lub skurczowej, drażnienie czuciowych zakończeń nerwowych w łuku aorty, w naczyniach wieńcowych, żołądkowo-kiszkowych. Te ostatnie sprawy bólowe prowadzą nas do przypuszczenia, które ongi wypowiedziałem, że główną rolę w przewodnictwie bólu odgrywa układ sympatyczny.

Pokrewny jest poważny dział nerwicy naczyniowej, niesłusznie zwanej przez niektórych ogólnikowo nerwicą wegetatywną (Hess), diatezą czyli skazą naczyniową (Widal),

przełomem wegetacyjnym (Pal), w patogenezie swej jeszcze ciemniejszej.

Jak się przejawia ta nerwica naczynioruchowa (*neurosis vasomotoria*), zazwyczaj hormonalna, w okresie przekwitania podczas zaniku jajników u kobiet, wiemy wszyscy (*neurosis climacterica*).

Znacznie mniej znana jest też nerwica rodzinno-dziedziczna, a jeszcze mniej nerwica naczyniowa wieku dziecięcego (Selter-Swift-Feer), którą dokładnie u dzieci opisał Feer. Duży zespół objawów roślinnych, stanowiących istotę tej jednostki chorobowej (*neurosis vegetativa infantum*), jedni uważają za wynik choroby zakaźnej, zakłócającej czynność wielogruczową (Deuber), inni za wynik histologicznie stwierdzonego przedwczesnego rozwoju rdzenio-szpikowej części nadnercza i jej hiperfunkcji.

Najdokładniej znamy czysto naczyniową postać tej nerwicy, która w swej odmianie samoistnej czyli pierwotnej popularna jest wśród lekarzy jako *hypertonia essentialis non symptomatica*, również jako napadowa nerwica wazomotoryjna z nadciśnieniem krwi przebiegająca, a zależna od współdziałania 3 czynników: nerwowego, dokrewnego i humoralnego, których poszczególne role w obrazie klinicznym (zmiennosc zabarwienia skóry, dermatografizm, nadwrażliwość tkanek na ból) określić i wyodrębnić nie łatwo. Pomijam w tem miejscu różniczkowanie jej od hipertonii wskutek nefrozy lub epinefrozy.

Obok stałych cech chwiejności układu autonomicznego są cechy przemijające, napadowe w postaci przełomów, *crises*, które różne dają objawy i zespoły, zależnie od lokalizacji skurczu naczyń: a) na obwodzie (akroparestezje Schultze'go, *asphyxie locale et doigts morts* Raynauda, bledosc skóry, dreszcz nerwowy), b) w sercu (*angina pectoris nervosa* Nothnagla s. *vasomotorica*), c) jelitach (bóle, *crises gastriques*, bębnica), d) czaszce (zawrót głowy, migrena, *scotoma*, omdlewanie), e) nerkach (*urina spastica, polyuria, pollakisuria*) i f) narządach moczopłciowych.

* * *

Jak rozpoznać i jak leczyć nerwicę narządową jeśli jej prawo obywatelstwa na całej linii uznajemy, mniejsza o nazwę, jaką ją ochrzcimy (gastroza, enteroza, kardioza, angioza), jeśli się zasadniczo nie zgadzamy na stanowisko wykreślenia nerwic (*Abbau der Organneurosen*) narządowych z nozografji głównie z tego względu, że niewprawny djagnosta poważnie nieraz popełnia błędy rozpoznawcze w pograniczu organiczno-funkcjonalnem, jak się nie zgadzamy na wykreślenie muzyki z listy sztuk pięknych na tej zasadzie, że poroniony artysta fałszywe często bierze tony.

Liczne objawy przedmiotowe, podawane przez różnych dawnych i nowszych autorów, a mające charakteryzować je, przytoczę niżej, jako, zdaniem mojem, dla klinicysty mniej ważne i posiadające drugorzędny walor.

Rozpoznanie nerwicy naogół należy do niełatwych, a wymaga dłuższej obserwacji, doświadczenia i wyszkolenia neurologicznego, a przede wszystkim dobrej znajomości interny, zastosowania metod djagnostyki wielowymiarowej i analizy

strukturalnej (Sommer, Birnbaum) oraz znajomości jej symptomatyki obiektywnej.

1) Powstaje nerwica narządowa odruchowo na podłożu choroby organicznej tegoż narządu, sąsiedniego lub nawet odległego, psychoodruchowo, hormonowo, wegetatywnie, alergicznie, psychogenie. Wielorakie pochodzenie czyli wieloprzyczynowość (*polygenia* Curschmana) daje jednak ostateczny wynik stale ten sam, zapewne wskutek swobodnego przesunięcia równowagi jonowej tkanek i wpływu tegoż na układ autonomiczny, na ten dziwny układ, który rządzi czynnością wszystkich narządów, nie wyłączając muskulatury dowolnej, a nawet tworzy nastrój psychiczny.

2) Nerwica narządowa nosi często — ale nie zawsze — charakter jednoobjawowy. Gdzie ona jest wielosiedliskowa, nie umiejscowiona, tam posiada swe podłoże w obrębie wszystkich narządów i czynności, kierowanych przez układ sympatyczny i parasympatyczny. Nieraz nerwica narządowa zmienia swoje siedlisko lub też, uogólniając się, łączy się z analogicznymi cierpieniami innych narządów (*asthma bronchiale*, *oedema exsudativum neuroticum*, *angiospasmus generalis*, *neurosis cordis*, *urina spastica*) czyli daje odczyn wegetatywno - nerwowy na całym przebiegu, na wszystkich piętrach układu autonomicznego od obwodu do ośrodka.

W wyjątkowych razach zachowuje się nawet czysty typ objawów wyłącznie wagotonicznych lub wyłącznie sympatykotonicznych (w jednym moim przypadku okresowe ślinienie i wymioty kilkodziennie, w drugim *cardiospasmus*, *bradycardia*, *asthma bronchiale*), co sobie w obrębie kanału pokarmowego usiłowałem tłumaczyć wyzwalającym się w większej lub mniejszej ilości w ścianie kiszki produktem przemiany materji, choliną, hormonem elektywnym układu parasympatycznego (Hess), dającym hipertonię n. błędnego czyli wagotonię czystą.

Rzadki też jest zupełnie czysty typ atonji względnie skurczu mięśni gładkich (skurcz mięśni oskrzelików, oddźwiernika, aparatu moczopłciowego, naczyń obwodowych i mózgowych) zależnie od tego, czy wyładowanie energii nerwowej odbywa się drogą układu sympatycznego czyli hamującego lub też drogą n. błędnego czyli pobudzającego.

3) Charakterystyczna jest dla nerwicy narządowej w obrazie klinicznym pewna przesadność, groteskowość i aplastyczność, niezgodne naogół z somatyką i typowością organopatii. Wszystkie te cechy uwydatniają się również w specyficznie zabarwionej anamnezie i w zachowaniu się swoistem pacjenta.

4) Nerwica narządowa jest nietypowa też w swoim początku, przebiegu i zejściu: zaczyna się nagle lub stopniowo, przemija czasowo lub znika bez śladu, wraca lub trwa niezmiennie dziesiątki lat, poddając się łatwo różnym wpływom zewnętrznym.

5) W nerwicy narządowej ułatwiają rozpoznanie poszczególne objawy podmiotowe, a zwłaszcza przedmiotowe, jak:

a) objawy ogólnej nerwowości neurotyka (punkty bolesne, uczucie ucisku głowy, bezsenność);

b) objawy zaburzenia równowagi autonomicznej (dermografizm, *pulsus paradoxus*, zmienność zabarwienia skóry, hipertonia naczyniowa, objawy Erbena, Aschnera, Fuchsa, Strohmayera, Czermaka, Hess-Eppingera¹, odgrywające rolę w djaгностиyce pomocniczą, nie decydującą;

c) objawy upośledzenia formułki dokrewnej (typ dokrewno - tężyczkowy) z wybitnie wzmożoną, łatwo stwierdzalną pobudliwością galwaniczną mięśni gładkich i dowolnych (Hopmann);

d) objawy współistniejące, z odległych dzielnic narządowych pochodzące (*urticaria*, *coriza vasomotoria*, *asthma bronchiale*);

e) objawy koïncydencji zaburzeń ruchowych i czuciowych, wydzielniczych i odruchowych w poszczególnie dotkniętym narządzie.

* * *

Terapia nerwic narządowych jest nie mniej trudna od ich djaгностиyki. Niedaleki od prawdy jest Schultz-Hencke, mówiąc o tych nerwicach, że należą one nie do t. zw. prostych maszyn, jak dźwignia, równia pochyła i walec w fizyce, lecz do złożonych, jak lokomotywa lub statek parowy, dla których niema gotowej formuły. Cały problem patogenetyczny nerwic narządowych, jak go wyżej skreśliłem, posiada wybitne znaczenie dla naszego postępowania terapeutycznego.

Kto uznaje odczyny narządowo - neurotyczne, kto obserwuje nadbudowę czynnościową w ogromie cierpień organicznych (*aphonia spastica* u tuberkulika, *extrasystole* i *tachycardia paroxysmalis* u sercowego organika), kto widzi nerwicę pochodzenia anafilaktycznego, alergicznego i hormonalnego, odruchowego i psychorefleksologicznego, neuro- i psychogennego i t. d., — ten nie będzie leczył według dawnego sztucznego schematu podręcznikowego hidropatją lub nasiadówkami, metodą pseudonaukową Kneippa lub Lahmana, naukową Freuda, Stekla lub Adlera, elektroterapią i odpoczynkiem papaweryną i adrenaliną, atropiną i ergotaminą, mniejsza o to, czy ten schemat otrzymał, czy nie aprobatę poważnej tradycji lekarzy praktyków, lecz będzie przede wszystkim indywidualizował patogenetyczno - etiologicznie, różniczkował poszczególną formę nerwicy.

Wobec nerwowości osobnika unikać należy, mojem zdaniem, zasadniczo polipragmazji farmaceutycznej, zazwyczaj zbędnej i drogiej, zbyt niej terapii lokalnej, krwawej czy bezkrwawej, zabiegów i rękoczynów miejscowych, częstych przemysłów żołądka, miesiąca jajników lub okolicy serca, psychoforowania cewki tylnej, przypalania wzgórką nasiennego i t. p., o czym pisałem obszerniej wielokrotnie (patrz: Lekarz a lecnicstwo. Warsz. Czasop. Lek. 1928. — Oszczędne a racjonalne przepisywanie lekarstw. Warsz. Czasop. Lek. 1926).

Główną troskę skierujemy w stronę wpływania na konstytucję, wzmożoną pobudliwość układu autonomicznego, psychikę chorego, aby nie tworzyć zeń sztucznie hipochondryka (*hypochondria medicogenetica*).

Mani wrażenie, że błędny jest pogląd, ogólnie i powszechnie panujący, zabraniający neuropatom

funkcjonalnym odwiedzania miejscowości kuracyjnych, przeznaczonych dla organików np.: nerwicomcom sercowym jazdy do Nauheim lub Krynicy, nerwicomcom żołądkowym do Karlsbadu lub Vichy, nerwicomcom bólowym do Ciechocinka lub Johannisbadu. Ci ludzie najlepiej się poprawiają w tych właśnie kąpieliskach i uzdrowiskach, badach i kurortach, właściwie o wiele więcej od istotnych sercowych i żołądkowych, artrytyków i reumatyków, oni szerzą sławę i śpiewają hymny na cześć tych wód, obfitujących w sole mineralne, gaz kwasowęglowy, substancje radowe, gdyż oni się przede wszystkim szybko i dobrze tam poprawiają, skąd organicy wracają zazwyczaj z małym i przemijającym polepszeniem.

Jeśli organiczny chory istotnie się poprawia zgodnie z żartem ludowym, gdy odwiedza Ciechocinek lub Nauheim trzy razy z rzędu, a później rok rocznie, to neurotyk wynosi poprawę swoją nieraz już po jednorazowym pobycie tamże. Nikt, jak on, nie wierzy tak święcie w słuszność starego aforyzmu, wypowiedzianego ongi o preparatach leczniczych żelaza przez mądrego klinicystę Boerhavego, że: „W żelazie tkwi coś Boskiego, ale o wiele mniej w jego sztucznych wytworach, niż w źródłach naturalnych”. A takie źródło naturalne lepiej leczy go od zamkniętego sanatorium.

Nie mam potrzeby dowodzić, że do radykalnego usunięcia automatyzmów neurotycznych i wprowadzenia mechanizmów myślowych normalnych, do wyłączenia stanów natrętnych, lękowych, tu i owdzie konieczny jest pobyt chorych w zamkniętych zakładach i sanatoriach, stosowanie izolacji i terapii wychowawczej (Charcot), metody perswazyjnej (Déjérine), dialektycznej czyli korektywnej (Dubois), terapii zajęciowej, gimnastyki woli, reedukacji ducha (Janet), ćwiczenia myślowego (Oppenheim), sugestji na jawie (Bernheim) i w stanie hipnotycznym (Forel), auto-sugestji (Coué), metody odreagowania (Breuer) i wstrząsu (Liébault), charakterologii (Klage), psychologii indywidualnej (Adler), psychoanalizy (Freud) w różnych jej odmianach w połączeniu z psychagogiką (Kretschmer) i innymi metodami par excellence psychoterapeutycznymi.

Naogół poddają się lżejsze nerwice każdej psychoterapii, wszędzie w klinice i ambulatorjum zastosowane, cięższe zaś nerwice narządowe i bardziej skomplikowane pod względem patogenetycznym psychonerwice wymagają wielkiej psychoterapii. Ale właśnie ta ostatnia wymaga w ocenianiu wyników dużej uwagi i wielkiej dozy krytycyzmu, jak tego dowodzą w Niemczech odnośnie krytyki indywidualnej psychologii Adlera, Wattera, Stoltenhofs, Bühlera, Schultzenhenkesa, a u nas ostatnio szczegółowa krytyka freudyzmu S. Higiera¹⁾.

Gdzie wchodzi w grę sprawy anafilaktyczno-allergiczne i hormonalne, tam odpowiednio alkaloidy farmakodynamiczne, sympatyk-wagotoniczne, opoterapia w tej lub owej formie święcą tryumfy, przynoszą dużą ulgę, zapobiegając lub lecząc.

Gdzie poważną rolę odgrywają czynniki społeczne i zawodowe, będziemy się z nimi liczyli, gdyż jeden z neurozów traumatycznych leczy się dobrze w sanatorium, drugi, gdy mu wy-

placamy odszkodowanie, a trzeci, gdy go pozbawiamy wypłaty rent miesięcznych.

W dziedzinie nerwic seksualnych należy uwzględniać wpływ walki egocentryzmu z moralnymi pojęciami natury hamującej, wpływ konfliktu różnych popędów z etyką, różnych instynktów samozachowawczych pierwotnego człowieka z wymaganiami kultury i życia społecznego. Dzięki konwersjom tworzą się nerwice lękowe, a przy procesie konwertowania chodzi, nie zawsze — jak mniema Freud — o Nichtsehenwollen, lecz, jak sądzi Stekel, o Nichtsehenkönnen.

Trudno zająć określone stanowisko wobec nowszej hipotezy Dattnera i Jaensch'a postępującej wpływ psychoanalizy we wspomnianej wyżej grupie psychonerwic lękowych, zależnej od uposzczenia oddychania wewnątrztkankowego, a poddającej się leczeniu jodem i tyreoidyną.

Kończąc artykuł, musimy przyznać, że nauka o nerwicach prezentuje się obecnie nieco inaczej, a nawet zupełnie inaczej, od tej klasycznej, jaką nam przekazali w spadku dawni i niedawni mistrze w swych monografiach i podręcznikach (Charcot, Leyden, Pitres, Oppenheim), nie uwzględniający wzajemnego ustosunkowania: 1) endogenno-konstytucjonalnego podłoża, 2) wywołującego czynnika egzogenego, 3) psychoodruchowego momentu, 4) gotowości hormonalno - alergicznej i wreszcie 5) tła psychicznego osobnika. Indywidualizowanie odgrywa wielką rolę nie tylko w patogenezie i diagnostyce, ale też w prognozie i terapii zarówno nerwicy ogólnej jak psychonerwicy i nerwicy narządowej.

PIŚMIENICTWO.

Literatura zagraniczna nerwic, psychonerwic i nerwic narządowych jest tak olbrzymia, a i piśmiennictwo nasze z trzech dawnych zaborów tak obfite, że nie robię nawet usiłowań przytaczania go w tem miejscu, cytując jedynie kilka własnych prac z tej dziedziny, w których czytelnik znajdzie bliższe wskazówki, dotyczące tego tematu.

Przyczynek do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej (*Neurosis traumatica*) oraz jej symulacji. *Gazeta Lekarska* 1893 r. Wiener medizin. Presse 1893. — Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie. *Aerztl. Central Anzeiger*, 1895. *Medycyna* 1895. — W kwestji etyologii i istoty nerwic czynnościowych. *Krytyka Lekarska* 1898. — Zur Pathogenese der Hysterie und Neurasthenie und ihrer Stellung zu Stoffwechselanomalien. *Die Heilkunde*, 1900. — Z terapii neurastenji piciowej. *Kronika Lekarska* 12, 1904. *Neurol. Centralblatt* 6, 1904. — Uczucie bólu w narządach wewnętrznych. *Gaz. Lek.* 18, 1912. — Obecny stan nauki o stosunku układu nerwowego do narządów trawiennych. *Gazeta Lekarska*, 13-14, 1912. — Vegetative oder viscerale Neurologie. *Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie*, Wyd. S. Fischer, Jena, 1912. — Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego. *Medycyna*, 1913 № 3-14. — Z neurologii serca i naczyń. *Medycyna i Kronika Lekarska*, 1913. — Z dziedziny przesądów i błędów dyagnostycznych neurochirurgji polowej. *Medycyna*, 1915. — Vegetativ neurology. *Monographie* Wyd. S. E. Jelliffe, New-York, 1919. str. 194. — Zur Klinik der Impotentia generandi ejaculatoria. *Münchener medizinische Wochenschr.* 1923, № 40. S. 1248 u. 1249. *Polska Gaz. Lek.* 1924.35. — Konstytucjonalizm, humoralizm i neurowegetatyzm w nowoczesnej medycynie wewnętrznej. *Odbitka z księgi jubileusz. Bechterewa* XI. 1926. — Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1925-1926. — Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1925.5. — Der Schmerz als sympathische Erscheinung und seine Stellung zum animalen und vegetativen Nervensystem im allgemeinen. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* 89. H. 4. 1926. *Polska Gaz. Lek.* 1926. 20. — Lekarz a lecznictwo (*Hypochondria iatrogenetica*). *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 1928. — Niemoc piciowai bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa. *Książnica-Atlas*. — *Wykład Lekarski* Nr. 5, 1928.

¹⁾ S. Hieger. *Ogólne podstawy freudyzmu w świetle krytyki*, 1929.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza.
(Ordynator: Doc. Dr. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

W sprawie dodatniego odczynu Wassermanna w zwalniającem zapaleniu wsierdza (*endocarditis lenta*) bez zakażenia kiłowego.

Podał

Dr. med. FELIKS MICHAŁEC, asystent Oddziału (Warszawa).

Odczyn Wassermanna częstokroć wypada dodatnio pomimo kiły. Jednak ten odczyn posiada tak wybitnie suggestywne własności, że mimo woli wpływa bardzo silnie na ujęcie poszczególnych przypadków i powoduje rozpoznanie kiły tam, gdzie jej nie ma. W takich przypadkach stosowanie specyficznej kuracji często bywa nawet szkodliwe dla chorego. Do cierpień, w których przebiegu odczyn Wassermanna może być dodatni, należy i zapalenie wsierdza (*endocarditis lenta*), o czym kilkakrotnie wspomniano w piśmiennictwie zagranicznym, a u nas szczególniejszą uwagę na tę sprawę zwrócili Landau i Held.

Niżej przytoczony przypadek może posłużyć za doskonałą ilustrację, jak należy być ostrożnym w dopatrywaniu się tła kiłowego w schorzeniach wsierdza jedynie tylko dlatego, że odczyn Wassermanna wypadł dodatnio.

Dnia 19. X. 28 r. zgłosiła się na oddział chora K. K., lat 38, służąca, panna, ze skargami na uczucie niepokoju i kołatania serca oraz na ból w dołku podsercowym. Dolegliwości te potęgają się głównie przy najlżejszym wysiłku fizycznym, przyczem występuje dość znaczna duszność; w stanie spokoju duszności nie odczuwa. Jednocześnie miewa stały ból głowy i tępy ból w okolicy prawego podżebrza. Leczy się od 2-ch lat z przerwami. Przed 1/2 rokiem przebywała w szpitalu Dz. Jezus, gdzie dostała jedną kurację specyficzną wobec dodatniego odczynu Wassermanna z surowicą krwi. Po wypisaniu się leczyła się ambulatoryjnie w Kasie Chorych, ale więcej specyficznych kuracji nie otrzymała. Stan chorej naogół poprawiał się. Przeszła pracować od czasu pobytu swego w szpitalu Dz. Jezus. Przed 3 tygodniami, jakoby w związku z przebyciem jakiejś krótkotrwałej choroby zakaźnej z dreszczami i podniesioną temperaturą ciała, stan pogorszył się tak, że już nie może wstać z łóżka.

Ze strony organów oddechowych i przewodu pokarmowego skarg chorej nie wypowiada. Długotrwałych wyniszczających chorób nie przechodziła. Możliwość zakażenia się kiłą stanowczo odrzuca. Wysypek na skórze nie zauważała nigdy, jak również i owrzodzeń. W dzieciństwie przechodziła odrę i szkarlatynę.

Zaburzeń ze strony menstruacji nie miewa. Odbyla jeden poród przed 5 laty. Płód donoszony, żywy — dziecko krost, wysypki, żółtaczkę, wodogłowia i t. p. nie miało, zmarło po kilku miesiącach z powodu biegunki. W ciążę więcej nie zachodziła, nie roniła. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny.

Chora przytomna, o wyglądzie schorowanym. Ciężota 37,30. Błada, z brunatnosinicznym odcieniem. Spojówki i błona śluzowa jamy ustnej blade. Twarz nieco nalaną. Wybitne tętnienie naczyń dogłowych. Sinica kończyn dolnych i górnych,

głównie na łokciach, dłoniach i stopach. Palce dłoni i stóp pałeczkowate. Odżywienie mierne, gruczoły niemacalne. Na skórze wysypek, blizn i owrzodzeń nie ma, z wyjątkiem blizn poporodowych na skórze brzucha.

Klatka piersiowa wydłużona, płaska, kąt międzyżebrowy ostry. Wypuk wszędzie jawny, oddech prawidłowy, tylko nieco drobnych rzężeń w dolnych odcinkach płuc po obu stronach.

Uderzenie koniuszkowe serca w VI przestworze międzyżebrowym, rozlane. Pomruk koci. Tętnienia w okolicy dołka podsercowego brak. Serce powiększone: lewa granica sięga lewej linii pachowej, prawa na 1—1 1/2 palca od linii mostkowej prawej, górna w IV przestworze międzyżebrowym. Nad wszystkimi uściami słychać po 2 szmery, przyczem szmer skurczowy lepiej wyrażony, trący, najwyraźniejszy nad aortą. II ton nad tętnicą płucną wzmożony. Akcja serca miarowa, tętno wysokie, chybkie, 120 na min. Ciśnienie tętnicze 115/30. Wątroba sięga na 3 palce poniżej pępka, twarda, tkliwa, o brzegu ostrym. Śledziona wystaje z pod łuku żebrowego przynajmniej na 2 palce w postaci wydłużonego, dość zbitego twor. przyczem jest bolesna na ucisk. Płynu w jamie brzusznej nie ma. W okolicy obu kostek nieznaczne sine obrzęki. W jamie ustnej i krtani zmian nie stwierdzono.

Odruchy zachowane, niewzmoczone, odruchów patologicznych nie stwierdzono. Wzrok, słuch i władze umysłowe zachowane. Badanie moczu poza śladami białka nie patologicznego nie wykazało; w osadzie ani krwinek, ani wałeczków nie znaleziono.

Badanie krwi:	Hb — 60% (S a k l i)	Wzór N — 68%
	C. c. k. 3.400 000	L. — 24%
	b. c. k. 3.600	M. — 8%
	wskaźnik 0,9	E. — 0%

Posiew krwi jałowy. Reakcja Wassermanna wybitnie dodatnia (+++).

Podczas pierwszych dni pobytu chorej na oddziale, t. j. w czasie przeprowadzania powyższych badań — ciepłota ciała dochodziła czasami do 38,5°, pozostając jednak przeważnie na poziomie 37,2° — 37,8°. Główne skargi dotyczyły jedynie uporczywego bólu głowy i bólu w okolicy wątroby. Duszności nie miała. Dziureza w granicach od 400,0 — 800,0 cm. sz. Stolce naogół regularne. Obrzęki bardzo nieznaczne koło kostek.

Pomimo tego, że miało się do czynienia z dość typowo przebiegającym przypadkiem zwalniającego zapalenia wsierdza, na co wskazywała przewlekłość sprawy, stałe podwyższenie ciepłoty, zmiany nad zastawkami, głównie nad aortą, wtórna anemja, zawał w śledzionie i t. p. — jednak wobec dodatniego odczynu Wassermanna i wobec tego, że już raz kuracja specyficzną była przeprowadzona, poprzedni kierownik oddziału przypuszczał, że ma się tu do czynienia albo ze schorzeniem serca na tle kiłowym, albo raczej z współistnieniem kiły aorty z *endocarditis lenta*. Ponieważ stan nerek nie dawał wyraźnych przeciwwskazań do przeprowadzenia kuracji specyficznej, zalecono chorej takie leczenie (1 raz na tydzień neosolutan a 0,3 i wciarki).

Niezadługo zauważono, że w czasie kuracji stan chorej stopniowo się pogarszał. Wystąpiły objawy zastoinowe w płucach, zjawiała się duszność, bezsenność, obrzęki na kończynach dolnych zwiększyły się, wystąpił obrzęk twarzy, płyn w jamie brzusznej, *anasarca* na skórze brzucha i krzyża, w moczu wystąpiło wyraźne białko (0,3%) — w osadzie po 1—2 wałeczków ziarnistych w p. w. oraz krwinki do 8—12 w p. w.

W tym czasie nastąpiła zmiana na kierowniczem stanowisku oddziału. Nowy kierownik (Doc. Dr. Semerau-Sie-

mianowski) po zapoznaniu się z przypadkiem zwrócił uwagę, że reakcja Wassermann'a może być odczynem, niebędącym w związku ze sprawą luetyczną, i uznał sprawę zwalniającego zapalenia wsierdza za wyłączną i jedyną. Wobec tego zalecił odstawić leczenie swoiste i przejść na kurację, zwalczającą objawy niedomogi mięśnia sercowego: przetwory napaści i środki moczopędne. Powtórne badanie krwi na odczyn Wassermann'a, dokonane w tym czasie, dało wynik ujemny (— — — —). Po przerwaniu kuracji na krótki czas nastąpiła poprawa. Samopoczucie chorej poprawiło się, objawy duszności cofnęły się, chora lepiej sypiała i t. d., lecz już po tygodniu nastąpiło ponowne pogorszenie i nasilenie zjawisk niedomogowych z podniesieniem się temperatury do 38,6°, wreszcie chora po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu zmarła wśród objawów zupełnej niewydolności serca.

Na stół sekcyjny zmarła była dostarczona z rozpoznaniem:

Endocarditis chronica lenta exulcerans ad v. v. aortae. Insuff. cordis cum stasi venosa universalis. Tumor lienis dolens embolicus. Glomerulonephritis embolica. Anaemia secundaria.

Rozpoznanie anatomopatologiczne (Prosektor dr. Siedlecki).

Thromboendocarditis ulcerosa v. v. aortae. Hypertrophia excentrica cordis totius, praecipue sinistri. Cicatrices myocardi. Induratio fusca, oedema pulmonum. Tumor lienis follicularis et infarctus lienis. Glomerulonephritis subacta et cicatrices post infarctus renum. Induratio et steatosis hepatis. Anasarca circa malleolos, ascites, hydrothorax ambilateralis, hydropericardium. Adhaesiones pleurales. Cicatrissatio tonsillarum. Defectus appendicis vermicularis. Anaemia universalis. Sectio partialis.

A zatem wynik badania pośmiertnego potwierdził w zupełności rozpoznanie kliniczne, przyjmujące zapalenie wsierdza, jako przyczynę zmian sercowych i uznające wszystkie zjawiska krążeniowe za skutki pośrednie i bezpośrednie zakażenia. Jakichkolwiekby zmian kiłowych w obrębie serca i wielkich naczyń, mimo specjalnie zwróconej na to uwagi prosektora, nie stwierdzono. Również w wielkich narządach mięsnych, specjalnie w wątrobie, śledzionie i nerkach, nie zauważono — przy bardzo dokładnem badaniu — zmian, wskazujących na przebycie kiły.

Sprawa możliwości dodatniego odczynu Wassermann'a w przebiegu *endocarditis lenta* była omawiana na ostatnim 12 zjeździe lekarzy i przyrodników polskich (Księga pamiątkowa 12 Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, str. 349) z powodu artykułu A. Landaua i Helda „O dodatnim odczynie Wassermann'a w przebiegu powolnego zapalenia wsierdza (*endocarditis lenta*)”. — Autorzy podają, że na 30 przypadków powolnego zapalenia wsierdza otrzymali w 10 przypadkach dodatni odczyn Wassermann'a, — z tego w 7-iu przypadkach bez żadnych, ani klinicznych, ani anatomopatologicznych objawów kiły, a tylko w 3-ch przypadkach stwierdzono kiłę, jako równorzędne schorzenie z *endocarditis lenta*. Autorzy są zdania, że *endocarditis lenta* sama przez się może dać dodatni odczyn Wassermann'a w skutek zmian koloidalnych we krwi takich chorych. W dyskusji doc. Semerau-Siemianowski stał na stanowisku, przyjętem przez autorów, opierając się na własnych spostrzeżeniach, i objaśniając możliwość powstawania dodatniego odczynu Wassermann'a zmianami w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, co może doprowadzić do takich odchylen w krwi

chorego, jakie są potrzebne do dodatniego odczynu Wassermann'a. Tego samego zdania był Iltelson, który utrzymuje, że zaburzenia w krążeniu, jakie w *endocarditis lenta* zachodzą, mogą spowodować różnorakie zmiany we frakcji globulinowej surowicy, skutkiem czego odczyn Wassermann'a może wypaść dodatnio. Prof. Orłowski natomiast zaznaczył, że na 50 przypadków — odczyn Wassermann'a ani razu nie wypadł dodatnio.

Możliwość zależności dodatniego odczynu Wassermann'a jedynie tylko od zapalenia wsierdza dałaby się ująć pod kąt widzenia układu siateczkowo-śródbłonkowego. Już w samym mechanizmie powstawania zapalenia wsierdza układ siateczkowo-śródbłonkowy może odgrywać dość znaczną rolę, o czym z naszego oddziału pisał niedawno Dr. Rasolt. Z kolei sam ten układ podlega zmianom wskutek wadliwych warunków krążenia. Z prac zaś Rosenthala, Standenatha, Siegmunda, Bielinga i innych nad blokowaniem układu zwierząt wynika, że ten układ wywiera doniosły wpływ na powstawanie w organizmie ciał odpornościowych. To się odbija na stanie frakcji globulinowej, jako na czynniku, związanym z owymi ciałami odpornościowymi. Zaburzenia więc w układzie siateczkowo-śródbłonkowym mogą łatwo doprowadzić do takiego stanu dyspersji i łatwych wypadalności globulin, jaka zdaniem Hirszfelda jest konieczna dla dodatniego odczynu Wassermann'a. Jeżeli więc „zablokować” zmieniony przez chorobę układ siateczkowo-śródbłonkowy i przez to wyeliminować jego wpływ na zachowanie się globulin w surowicy, to odczyn Wassermann'a mógłby wypaść ujemnie.

Podobną koncepcją dałoby się wytłomaczyć to, co zaszło z naszą chorą. Początkowo dodatni odczyn Wassermann'a — po 18 wcierkach i 4 zastrzyknięciach salwarsanu a 0.3—ujemny. Stało się to może dzięki „zablokowaniu” rてcią i salwarsanem układu siateczkowo-śródbłonkowego (w sensie znacniejszego zmniejszenia jego terytorjów) i przez to samo zmniejszenia jego wpływu na stan surowicy. Łącznie z takim działaniem w stosunku do reakcji surowicy nastąpiło przez kurację rてcio-wo-salwarsanową ograniczenie ilościowe tkanki układu siateczkowo-śródbłonkowego, co zmniejszyło zdolności obronne ustroju i spowodowało znaczne pogorszenie stanu chorej. Takie ujęcie sprawy wyjaśnia nam zniknięcie dodatniego odczynu Wassermann'a, jak i raptowne pogorszenie stanu chorej. Wogóle byłoby ciekawem rozpatrzyć, czy reakcja Wassermann'a występująca w niekiłowych sprawach chorobowych, jak n. p. w malarji, nie powstaje na tle tego samego mechanizmu. Zagadnienie to jest przedmiotem dalszych badań na naszym oddziale.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Hirszfeld: Stan współczesny serodjagnostyki kiły. Medycyna dośw. i społeczna 1924 rok tom II zeszyt 5 — 6.
- 2) Landau i Held: O dodatnim odczynie Wassermann'a w przebiegu powolnego zapalenia wsierdza (*endocar. lenta*) Med. dośw. i społeczna rok 1925 tom V zeszyt 3—4.
- 3) Landau i Held: Księga pamiątkowa 12 zjazdu przyrod. i lekarzy polskich str. 349.
- 4) Rasolt: O roli układu siateczkowo-śródbłonkowego w powstawaniu zapalenia wsierdza. Warszawskie Czasop. Lekarskie rok 1928 N, 43.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowe kierunki w nauce o żywieniu.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa)

(Dokończenie p. — Nr. 24.)

Jedno z najbardziej dominujących miejsc w dziele Mc. Colluma i Simmondsa zajmuje sprawa czynników, wpływających na proces karmienia niemowląt. „Rozdział traktujący o matce podczas ciąży i okresu karmienia — pisze Mc. Collum — porusza zagadnienia, które były właściwie nicia przewodnią przy tworzeniu pracy o „Nowej nauce o żywieniu”. Rozdział ten wskazuje drogę, prowadzącą do wynalezienia środka przeciw jednemu z najważniejszych źródeł ludzkich cierpień i słabości”. Zdaniem uczonego amerykańskiego, tu tkwi jedna z największych omyłek cywilizacji, którą wykryły dopiero badania ostatnich kilku lat, wykazawszy ścisłą zależność, jaka zachodzi między pożywieniem karmiącej matki a jej pokarmem.

Aż do chwili, gdy nauka o żywieniu narzuciła nam zrozumienie ważności doboru pokarmowego, uważano jako zupełnie zrozumiały fakt, że każdy pokarm, dostarczony przez gruczoł piersiowy, posiada zupełnie dobre własności. Tymczasem na szeregu krzywych, obrazujących wyniki doświadczeń na licznych pokoleniach karmionych przez matki szczurów, zdolał Mc. Collum wykazać, jak bardzo wpływa na wagę i rozwój młodych szczurów jakość pożywienia matki. Wynika stąd, że idealne mleko daje się otrzymać wtedy, gdy to pożywienie składa się z wysokowartościowych protein, obfitej ilości witamin, dostatecznej zawartości składników mineralnych oraz węglowodanów i tłuszczów, jako źródła energii.

Z doświadczeń Mc. Colluma można wyciągnąć wniosek, że karmienie piersią, jako ochrona zdrowia niemowlęcia, posiada swoje granice, i że określone są one warunkami odżywiania się matki. Żadne witaminy nie mogą być syntetyzowane przez gruczoł piersiowy i muszą być dostarczane w pożywieniu, którym żywi się matka, przyczem badania amerykańskie dowiodły, że pokarm kobiece zawiera przeważnie mniejsze ilości witaminy B, aniżeli mleko krowie (Kennedy, Palmer i Schlutz 1923).

Ciekawe i nie bez znaczenia dla pedjatrii są takie obserwacje badaczy amerykańskich, jak np. spostrzeżenia pani Hartwell (1922), która doszła do wniosku, że drgawki u karmionego piersią potomstwa występują wtedy, gdy pokarm matki zawiera nadmierne ilości białka. Kilku autorów opisało ten stan u ssących młodych szczurów i stwierdziło, że występuje on wtedy, gdy pokarm zawiera bardzo mało witaminy B. W roku 1928 Hoobler opisał objawy chorobowe, które wystę-

pują u niemowląt przy niedostatecznej ilości witaminy B w pokarmie. Taka hipowitaminoza jest dość częsta i wyraża się brakiem łaknienia, utratą wagi, sztywnością rąk, nóg i karku, bladością, niską zawartością hemoglobiny i niepokojem. Ze zaś mleko kobiece naogół mniej obfituje w witaminę B, aniżeli mleko krowie, więc i hipowitaminoza taka, choćby słabo wyrażona, jest częstsza, aniżeli się dotychczas przypuszcza. Hoobler poleca podawanie niemowlętom nawet młodszyemu witaminy B w postaci drożdży, i to zarówno karmionym naturalnie, jak i sztucznie. W tem miejscu należy zauważyć, że i awitaminoza A zaczyna na siebie zwracać większą uwagę. Opisana przez Blocha *Dystrophia alipogenetica* wyraża się nie tylko w objawach ocznych — w „kseroftalmji”, ale i w takich objawach ogólnych, jak pierwotna i wtórna niedokrewność (Koessler), zatrzymanie się wzrostu i upadek odporności (powstawanie u niemowląt zapalenia miedniczek nerkowych).

Ilość białka w pożywieniu matki karmiącej nie może być niższa od pewnego *minimum*, aby zapewnić prawidłowy rozwój potomstwa, które wraz z przeciwnym wykazuje wielką śmiertelność. Zawartość w mleku czynnika C przeciwskorbutowego zależy wyłącznie od świeżej paszy, jaką otrzymuje zwierzę dojne, a stwierdzone przypadki skorbutu u dzieci, karmionych piersią, stanowią najbardziej krańcowy przykład swoistego niedoboru pokarmowego matki pod względem jednego czynnika djetetycznego.

Obok białka i witamin niezmiernie ważną rolę w procesie karmienia piersią grają składniki mineralne w pożywieniu karmiącej, a przede wszystkim dotyczy to związków wapniowych. I tutaj Mc. Collum i jego współpracownicy w szeregu klasycznych doświadczeń wykazują hamujący wpływ niedoboru wapniowego zarówno na rozwój i wagę potomstwa, jak i na stan zdrowia karmiącej matki.

Niezmiernie wybitnym wskaźnikiem fałszywego odżywiania się jest również według szkoły amerykańskiej stan zębów. Rozwój i zachowanie zdrowych zębów — to zdaniem Mc. Colluma jest w zasadzie problem djetetyczny. Za poparcie tego twierdzenia służą nam zarówno liczne doświadczenia na zwierzętach, jak i wyniki badań stanu uzębienia narodów pierwotnych, dzieci szkolnych i t. d. Na rozwój zębów i na ich budowę wpływają przede wszystkim takie czynniki, jak obecność w pokarmie rozpuszczalnych w tłuszczach witamin, jak zawartość w nim związków wapniowych a również i wzajemny stosunek do siebie tych dwóch czynników.

Bogaty, zebrany na zwierzętach materiał doświadczalny starają się Mc. Collum i Simmonds zastosować do problemów odżywiania się ludzi,

aczkolwiek zdają sobie sprawę, że już same warunki długiego okresu wzrostu u człowieka dają mu możność wyrównania szkód, wyrządzonych jego ustrojowi przez wadliwy pokarm. Autorowie amerykańscy stwierdzają, że aż do ostatnich lat żaden z badaczy zagadnień, związanych z żywieniem się ludzi, nie mógł należycie obejmować całego zakresu tej nauki i nie podawał należytego oparcia naukowego. Dopiero poznanie gruntowne wyników badań biologicznych i przeniesienie ich na szeroką dziedzinę porównawczą tych dietetycznych zwyczajów, jakie cechują ludy, żyjące w różnych epokach i różnych strefach klimatycznych globu, mogły dać nam istotne wskazania co do wartości tego czy innego systemu żywienia.

Człowiek pierwotny konsumował wszystko, co mogło być dlań jadalne, więc, oprócz mięsa zwierząt, ptaków, ryb, również jaja, owady oraz wszelkie części roślin. Egipcjanie już za czasów najdawniejszych dynastji spożywali mięso. Narody pasterskie żywiły się przedewszystkiem mlekiem, i, jak twierdzi Mc. Collum, temu przedewszystkiem zawdzięczają swe zalety rasowe.

Żydzi biblijni stanowią dobry przykład narodu, który żył prawie wyłącznie z produktów zwierzęcych. Dzięki temu odznaczali się sprawnością fizyczną i byli dostatecznie silni i agresywni, by zawładnąć posiadłościami sąsiadów. Przykłady tego rodzaju są liczne w dziejach ludzkości. Typem dzielnego i fizycznie doskonałego ludu są arabowie, trudniący się pasterstwem. Podróżnicy, którzy w ostatnich czasach badali te plemiona i ich sposób żywienia się, charakteryzują beduinów pustyni, jako szczupłych, nieznużonych koczowników. Ich pokarm stanowi przedewszystkiem mleko i niewielkie ilości mięsa, zbóż i daktyli. W okolicach rolniczych dochodzą tu jeszcze niektóre owoce, jak np. melony. Podstawą dobrostanu fizycznego tych plemion arabskich jest obfite spożywanie mleka; gdyby żywili się wyłącznie mięsem, zbożem i owocami sprawność ich wnetby się zmniejszyła. Mc. Collum przytacza zdanie nauki współczesnej, która uważa arabów za najsilniejszą i najsłabszą pod względem fizycznym rasę na ziemi. Już De Larrey, lekarz Napoleona w wyprawie do Egiptu i Syrii znalazł, że stan fizyczny arabów jest pod każdym względem doskonalszy, aniżeli europejczyków.

Obfite spożywanie mleka jest w ogólnym zwyczaju u ludów Afryki północnej, Mezopotamji, Arabji, państw Bałkańskich i znacznych przestrzeni Azji. Tam, gdzie liczba zwierząt mlekodajnych jest znaczna w stosunku do ludności, i gdzie produkty mleczne stanowią główny pokarm tej ludności, tam wszędzie bez wyjątku daje się spostrzeżać dobry rozwój fizyczny.

Jednym z najbardziej uderzających przykładów, które potwierdzają teorie, oparte na wynikach doświadczalnych, są stosunki i zwyczaje dietetyczne w Indjach Wschodnich. Okazuje się, że w tym kraju różnych ras i religij, ludy pasterskie przewyższają wszystkie inne pod względem siły, zdrowia i męskości. W tych okolicach Indji, gdzie żywienie ludności składa się przeważnie ze zbóż, jest rozwój fizyczny najsłabszy: klasycznym przykładem tego są mieszkańcy Bengalji, żywiący się ryżem.

Rzadko spotykana mieszanina ras, jaką stanowi sobą ludność Indji, przedstawia pole do różnych spostrzeżeń porównawczych. Tak np. krzywica, której zależność od promieniowania słonecznego wyraża się choćby w występowaniu tego schorzenia tylko między 40 a 60 stopniem szerokości północnej, w Indjach poraża tylko dzieci klas wyższych, wyznających Islam. Dzieci te przez surowe religijne przepisy, t. zw. „purdah”, zmuszone są przez pierwsze dwa — trzy lata życia do nieopuszczania przyciemnionych pokoiów, podczas gdy dzieci klas niższych w pełni korzystają z dobroczynnych promieni słonecznych.

Nader ciekawym narodem z punktu widzeniażywienia są eskimosi. Pokarm ich zawiera niewiele wapnia i nadmiernie wiele fosforu; stosunek taki tych dwóch czynników wywołałby w strefie umiarkowanej w zwykłych warunkach dietetycznych objawy patologiczne ze strony układu kostnego. Wśród eskimosów jednakże zupełnie nie spotyka się ani szkorbutu, ani krzywicy, a stan ich zębów przewyższa wszystkie inne żyjące dziś na ziemi grupy ludzkie. Eskimosi nie używają prawie zupełnie żywienia roślinnego; oprócz mięsa, spożywają wiele jaj ptaków morskich, a szczególnym ich przysmakiem jest wątroba wszelkich zwierząt oraz gruba skóra wieloryba.

Również ciekawy obraz przedstawiają sobą islandczycy. Naród ten do połowy wieku 19-ego żywił się wyłącznie produktami zwierzęcymi, używając wiele masła, które ongi było pieniądzem obiegowym. Od najdawniejszych czasów, od 9-go wieku poczynając, nieznaną tam była zupełnie próchnica zębów. Mc. Collum podaje sprawozdanie podróżnika Burtona, który opowiada, że od czasu, jak w wieku 19-tym zaczęto tam używać wiele przywożonego zboża, rozpowszechniła się wśród mieszkańców próchnica.

Wiadomo, że zwierzęta mięsożerne żywią się wyłącznie tkankami innych zwierząt i odznaczają się prztem znakomitym stanem wszystkich swych cech fizycznych. Tymczasem na podstawie spostrzeżeń należy dojść do wniosku, że dietetyczne własności mięsa, pochodzącego z mięśni, które stanowią najbardziej rozpowszechniony pokarm mięsny ludzi, podobne są do takichże własności ziarn zbożowych.

Brak zatem mięsu zwykłemu dostatecznych ilości składników mineralnych, jak wapń, sól, chlor i trzech najważniejszych witamin. Otóż przyczyna tego polega na różnicy, jaka zachodzi pomiędzy mięsem, pochodzącym z mięśni, a mięsem z tkanek gruczołowej. Tu leży tajemnica dobrostanu fizycznego eskimosów, którzy szczególnie uwzględniają wątrobę, a także i wartość fizyczną zwierząt mięsożernych, które jak tego dowodzą obserwacje, pozerają przedewszystkiem organy gruczołowe swej zdobyczy. Młodych lwiat nie udawało się pomyślnie hodować w niewoli, dopóki zamiast mięsa z mięśni nie zaczęto im podawać wątroby, tłuszczu i kości lub całkowitych drobnych zwierząt. Za najlepszy, najbardziej uderzający przykład, dowodzący słuszności poglądów na zależność typu ludzkiego od żywienia, uważają Mc. Collum i Simmonds Indjan amerykańskich. Wszyscy, którzy mieli sposobność obserwowania Indjan w ich stanie pierwotnym, jednogłośnie stwierdzają, że sta-

nowili oni typy o niezwykle „wysokim poziomie fizycznym. Ale w ciągu dwóch pokoleń z małemi wyjątkami ulegli oni ogromnemu zdeklasowaniu się. Przyczyna tego leży wyłącznie w zmianie ich sposobu żywienia, które stało się zupełnie inne od czasu, gdy zamieszkujały przeznaczone dla nich t. zw. terytorja rezerwowe. Niema — jak mówi Mc. Collum — żadnej innej grupy ludności, wśród której byłaby gruźlica więcej rozpowszechniona aniżeli wśród tych poza miastem żyjących Indian. Jako poddani rządowi, otrzymywali oni pieniądze i ziemię, nie interesowali się jednak rolnictwem, a produkty spożywcze zakupywali w odpowiednich sklepach. W miejsce spożywanych przez nich dawniej świeżego mięsa bawolego oraz różnorodnych produktów roślinnych, konsumowali obecnie zwykłe mięso rynkowe oraz duże ilości mąki, cukru i konserw różnego rodzaju. Przy tem pożywieniu, jakim się wogóle ludność w Ameryce żywi, zaczęli zapadać masowo na gruźlicę. Mc. Collum podkreśla, że te objawy wystąpiły u Indian nie wskutek zetknięcia się z cywilizacją, ale przez zmiany ich zwyczajów djetetycznych. Przykład ten to jeden z dalszych dowodów, że jednym z głównych czynników, które człowieka cywilizowanego doprowadziły do stanu upośledzenia fizycznego w porównaniu z jego barbarzyńskimi przodkami — jest charakter jego pożywienia.

Autorowie amerykańscy starają się dowieść, że w porównaniu z żywieniem klimat nie może mieć takiego decydującego znaczenia dla zdrowia ludzkiego. Inaczej trudno byłoby zrozumieć wszelkie braki fizyczne i choroby, jakim podlegają ludzie, żyjący właśnie w najlepszych warunkach klimatycznych, jakie posiadają północno-wschodnie części Stanów Zjednoczonych i Anglja, w przeciwieństwie do doskonałego stanu fizycznego Arabów i plemion pasterskich Azji, przebywających w daleko mniej przyjaznych warunkach klimatycznych.

Dzieci japońskie, urodzone w Ameryce, dzięki temu, że żywione są inaczej, aniżeli w swej ojczyźnie, wykazują w każdym wieku większy wzrost, aniżeli dzieci, wychowane w Japonji. Objaw ten, zaobserwowany u dzieci japońskich, urodzonych i wychowanych w Kalifornji, zgadza się zupełnie w wynikami doświadczalnemi, otrzymanemi przez Mc. Colluma i Simmondsa na kilku następujących po sobie pokoleniach szczurów.

W roku 1920 Phillips i Howell ogłosili wyniki swoich spostrzeżeń nad djetetycznymi zwyczajami różnych ras zamieszkujących Stany Zjednoczone. Poddali oni szczegółowym badaniom sposób żywienia się Włochów, Żydów i Negrów. Phillips i Howell dochodzą do wniosku, że przyczyny małego wzrostu i braku sił wśród dzieci badanych przez nich rodzin leżą w niedostatecznej zawartości składników mineralnych otrzymywanego przez nie pożywienia.

W roku 1921 Gillett poddała badaniom porównawczym sposób żywienia się w New-Yorku rodzin włoskich, żydowskich, litewskich i murzyńskich i obliczyła prawdopodobny niedobór pokarmowy każdej z tych djet narodowych. Okazało się, że ogólne dane ilościowe wykazują prawdopodobny niedobór pokarmowy wapnia i witamin w pożywieniu Włochów i Negrów i takież niedobór żelaza i witamin w pożywieniu Żydów i Litwinów.

Ogólny wynik przedstawionych tu w zarysie badań doświadczalnych dowodzi, że dobór pokarmu jest dla zwierząt czynnikiem pierwszorzędного znaczenia, jeżeli idzie o ich wzrost, płodność i długość życia. A szczególną trudność w doborze tym stanowi zapewnienie dostatecznej ilości wapnia i witamin. Te same czynniki z dodaniem jeszcze należytego rodzaju spożywanego białka stanowią o wartości pokarmu ludzkiego bez względu na rasę i warunki klimatyczne.

Wspomniane już było, jak pod wpływem postępów technicznych w rolnictwie i młynarstwie zmienił się w ostatnich dziesiątkach lat sposób żywienia się ludów cywilizowanych. Te zmiany, jakie w ciągu tak krótkiego względnie czasu zostały dokonane w zwyczajach djetetycznych europejczyków i amerykańców, stanowią według Mc. Colluma i Simmondsa jedyny w swoim rodzaju eksperyment w zakresie odżywiania się ludzi. „Eksperyment ten — powiadają autorowie amerykańscy — został przeprowadzony w skali, obejmującej całe narody, nad djetą, według której nie próbował jeszcze nigdy żyć żaden naród w historii. Wyników takiego eksperymentu nie można było w żaden sposób przewidzieć, gdyż nieznane były własności djetetyczne poszczególnych środków żywności, a potrzeby pokarmowe ustroju rozumiane były tylko częściowo. Jednakże doświadczenie, osiągnięte w ciągu dwóch pokoleń z djetą, złożoną z białego pieczywa, mięsa, cukru i kartofli z małemi, lecz w ogólności niedostatecznemi dodatkami potraw, mogących wyrównać niedobory głównych składników pokarmowych, coś niecoś już pokazało. Pokazało ono mianowicie, że tego rodzaju sposobowi żywienia się można z zupełną pewnością przypisać niektóre wpływy ujemne, tłumacząc je jako wywołane przez niedostateczne odżywianie się. Wszystkie ogłoszone i rozporządzone publikacje uprawniają, zdawałoby się, do tego, aby złożyć na karb nieprawidłowości naszej narodowej djetę takie objawy, jak wielkie rozpowszechnienie się złego stanu odżywiania dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, wadliwy rozwój kości, złe żęby i nieprawidłowy sposób trzymania się; a za nieprawidłowem żywieniem się na dalszym planie postawić należy znieprawiony apetyt i zamięłowanie do słodczy”.

Mc. Collum i Simmonds twierdzą, że u przeciętnego współczesnego Amerykanina istnieje wyraźna tendencja do spożywania pokarmu, który posiada następujące cechy charakterystyczne. Zawiera on mianowicie niedostateczną ilość wapnia, zbyt wiele fosforu w stosunku do tegoż wapnia, zbyt mało witaminy A i D i w niektórych wypadkach witaminy C.

Tym odkryciom i hasłom szkoły amerykańskiej wtórują zupełnie od nich niezależne i samostnie powstałe dążenia i kierunki europejskie. Dla profesora von Wenda z Helsingforsu ziemia jest jednym wielkim grobowcem wymarłych gatunków, a to wymieranie było w większości wypadków skutkiem zmienionych warunków żywnościowych, działających zwolna, ale stale w tym kierunku. Zdaniem von Wenda zdolność przystosowywania się świata zwierzęcego jest zbyt ograniczona i powolna aby móc podążać za przeobrażeniami, zachodzącymi w świecie roślinnym

pod wpływem zmian klimatycznych oraz za wywoływaniem przez to warunkami żywienia. Człowiek ma za sobą bardzo długą historję na ziemi, wynoszącą w każdym razie powyżej 100,000 pokoleń, a tymczasem nowoczesny system żywienia się narodów cywilizowanych trwa zaledwie nieskończenie małą częśćkę tego okresu. Nic więc dziwnego, twierdzi Wendt, że przewód pokarmowy człowieka zachował dotąd swój pierwotny charakter, przystosowany do pożywienia roślinnego.

Główna zmiana w sposobie żywienia się współczesnych narodów cywilizowanych polega, zdaniem Wendta, na ogromnym wzroście konsumpcji mięsa, który dobitnie wyraża się w danych statystycznych. A więc współczesne nasze pożywienie o wiele więcej obfituje w białko, aniżeli pożywienie pokoleń dawniejszych, które przytem było prawie zupełnie wolne od kwasu moczowego. Nasz obecny pokarm zawiera, zdaniem Wendta, tak wielkie ilości kwasu moczowego, że w dniu spożycia znacznych ilości mięsa ustrój nie jest w stanie wydzielić tego kwasu. Dalszą osobliwością obecnego pożywienia jest, że przy spalaniu w organizmie pozostawia ono kwaśny popiół, podczas gdy pożywienie naturalne pozostawia popiół obojętny albo słabo zasadowy.

Sprawa kwasoty lub zasadowości pokarmu stanowi jedno z najbardziej spornych zagadnień w zakresie współczesnej nauki o żywieniu. Krańcowym zwolennikiem i propagatorem teorii szkodliwości nadmiaru „kwaśnego” pożywienia jest Ragnar Berg; głosi on zasadę, że prawdziwie zdrowy pokarm musi zawierać nadmiar składników zasadowych, których źródłem są przeważnie potrawy pochodzenia roślinnego. Aczkolwiek teoria Berga o stosunku zasad i kwasów w pokarmie jest mocno kwestjonowana przez szereg autorów, jak Noorden, Hermannsdorfer i inni, to jednak przedstawiciele tego kierunku w wielu punktach zgadzają się z poglądami szkoły amerykańskiej. Podobnie jak i Mc. Collum, twierdzi Berg, że zarówno przewaga pokarmu mięsnego, jak i zbożowego w naszym pożywieniu, jest z natury swojej sprzeczna z potrzebami naszego ustroju.

Von Vendt, Berg, Hindhede i inni zwolennicy reformy żywienia w Europie wskazują na kolosalnie wzrastające w ostatnich czasach rozpowszechnianie się takich chorób ustrojowych, jak zwapnienie naczyń, rak żołądka i choroby nerek, i stawiają ten objaw w bezpośredniej zależności od współczesnego sposobu żywienia. Nadmiar białka prowadzi do podniesienia ciśnienia w naczyniach, jakie w tym stopniu zupełnie jest nieznane u narodów pierwotnych i żywiących się pokarmem roślinnym.

Sprawa wpływu rodzaju pożywienia na stan układu naczyniowego niedawno dopiero stała się przedmiotem istotnie ścisłych badań; w r. 1927 ukazała się praca Gänsslena z kliniki Otfrieda Müllera z Tubingi (por. Klin. Wochenschr. Nr. 17), dotycząca wpływu zmiany pożywienia na najbardziej obwodowe odcinki układu naczyniowego. Gänsslen użył metody kapillaroskopji i wykazał przy pomocy mikrofotografji, jak dalece zmienia się obraz naczyń włosowatych na różnych częściach ciała w zależności od mięsnego czy mlec-

no-roślinnego pożywienia. Gdy w pierwszym przypadku mamy do czynienia z silnem wypełnieniem krwią tych naczyń, dochodzącem do tworzenia się tętniaków włosowatych, w przypadku podawania przez czas pewien pożywienia jarskiego następuje odwrotnie — odciążenie układu włosowatego. Jednocześnie z tym objawem stwierdzał Gänsslen przy pokarmie mięsnym wzmożenie się ciśnienia w tętnicach, a spadek jego w naczyniach włosowatych; przy pokarmie mleczno-jarzynowym następował spadek ciśnienia krwi. Autor ten przypuszcza, że te charakterystyczne objawy, znajdujące odbicie swoje w bladym wyglądzie jaroszów i w charakterystycznym czerwonym zabarwieniu twarzy rzeźników, polegają na działaniu histaminy. Co się tyczy zaś objawów, występujących przy stosowaniu pokarmu roślinnego — to, być może, grają tu istotną rolę witaminy.

Wendt wskazuje również na zależności wpływu na ustrój witamin i hormonów od jakości pożywienia. W zaburzeniach równowagi kwasowo-zasadowej w znaczeniu przewagi kwasów w ustroju wytwarzają się, zdaniem tego autora, daleko gorsze warunki zarówno dla działania dopełniających czynników pokarmowych, jak i produktów wydzielniczych gruczołów dokrewnych. I to przypuszczenie uczonego finlandzkiego zostało już poniekąd potwierdzone na drodze doświadczalnej. Już w r. 1922 ogłosił Abderhalden wyniki swoich badań, w których stwierdził, że n. p. adrenalina i insulina wywierają zupełnie rozmaity wpływ na jeden i ten sam gatunek zwierząt w zależności od rodzaju podawanego im pożywienia. Tak u królików insulina i adrenalina wprowadzone pozajelitowo reagowały różnie w zależności od tego czy w pożywieniu przeważały anjony czy kationy. Insulina działała daleko silniej przy pożywieniu z paszy zielonej, aniżeli przy składającym się tylko z owsa; adrenalina tymczasem działała na zwierzęta karmione pokarmem kwaśnym daleko silniej, aniżeli rzecz się ma przy pokarmie zasadowym. Zagadnienie witamin pozostaje zdaniem Abderhaldena w najściślejszym związku z działaniem „inkretów”. W tem miejscu należy zwrócić również uwagę na stosunek do witamin grasicy, w której niektórzy badacze dopatrują się „centrali przemiany witaminowej”. Hypoteza ta opiera się na tem, że szczury, których wzrost został zahamowany przez karmienie ich pokarmem bezwitaminowym, zaczynają rosnać pod wpływem podawania im grasicy cielęcej. W końcu r. 1928 ukazała się praca Kornfelda i Nobla. (por. Klin. Wochenschr. Nr. 50) o wpływie rodzaju pokarmu na działanie tyroksyny, gdzie udało się stwierdzić, że świnki morskie, karmione paszą zieloną, wykazują daleko większą odporność względem tyroksyny i przetworów tarczycy, aniżeli świnki, karmione owsem i mlekiem. Pokarm zielony odbija się w sposób swoisty również i na podskórnem podawaniu tyroksyny. W ten sposób daje się potwierdzić doświadczalnie słuszność spostrzeżeń, dotyczących działania pewnych czynników pokarmowych przy organoterapii. (Czynnik C nie wchodzi tu w grę).

Wspomniani powyżej autorowie, a przede wszystkim Ragnar Berg oraz Winckel dążą do gruntownej reformy obecnego sposobu gotowania potraw, który pozbawia pokarmy przeważnej

części ich „życiodajnych” składników, t. j. zasad mineralnych i witamin.

Tak więc kierunek, jaki obecnie zaczyna w teorii i praktyce rozpowszechniać się w Europie, w ogólnych zarysach odpowiada nauce Mc. Colluma i jego współpracowników. I tu i tam dowodzi się szkodliwości nadmiernych ilości białka i jego częstej nieodpowiedniości, dalej wskazuje się na przeważający w pożywieniu brak składników mineralnych i niektórych witamin.

Jakie znaczenie ma racjonalna dieta w zapobieganiu i leczeniu chorób? W ostatnich czasach znane są metody dietetyczne, stosowane z powodzeniem przez pediatrów niemieckich Czernego, Finkelsteina i innych, a przed kilku laty zaczęła zdobywać sobie powodzenie dietetyczna metoda leczenia gruźlicy, wprowadzona przez Sauerbrucha, Hermannsdorfera i Gersona. Na znaczenie soli wapniowych w leczeniu gruźlicy wskazywali już dawno przed nimi Francuzi Robin i Binet. Wpływ witamin na przebieg tej choroby stwierdzili Heymann, Leichtentritt, Coulard, amerykańskie Gloyne i Page i inni.

„Wielu — powiada Mc. Collum — powątpiewa, czy istotnie nieracjonalne odżywianie ma coś wspólnego z wrażliwością na gruźlicę, ale istnieją mocne podstawy do ugruntowania tego poglądu. Doświadczenie uczy, że niema żadnego bardziej skutecznego środka leczniczego, aniżeli właściwe pożywienie, które przede wszystkim jest w stanie podnieść odporność pacjenta. Appleton wykazała, że mieszkańcy Labradoru i Nowej Faundlandji bardzo cierpią na gruźlicę, aczkolwiek przynajmniej pół roku przebywają na świeżym powietrzu w zdrowym klimacie; a czynnikiem, predysponującym do gruźlicy, jest tu prawdopodobnie nieodpowiedni sposób odżywiania.

Mc. Collum i Simmonds dochodzą do wniosku, że badania w zakresie nauki o żywieniu, jako gałęzi medycyny zapobiegawczej, dopiero teraz zaczynają okazywać swój wpływ, gdyż dopie-

ro w ostatnich latach wykryte zostały nowe i nieoczekiwane stosunki jakie zachodzą między pożywieniem i stanem zdrowia.

Ze tak jest w istocie, tego dowodem jest powstała latem r. 1928 w Berlinie „Międzynarodowa organizacja dla badań nad odżywianiem się ludów”. W odezwie, która wyłuszcza cele i zadania tej nowopowstałej organizacji, wskazuje się przede wszystkim na te zasadnicze zagadnienia, pytania i sprzeczności, jakie istnieją dotychczas w naszych wiadomościach o żywieniu się człowieka. „Wyrafinowanie kultury, postępy cywilizacji, techniki i komunikacji — głosi odezwa — pociągnęły za sobą daleko większe przemiany w zwyczajach dietetycznych narodów i ludzi, aniżeli wyniki badań czysto naukowych. Dzieje cywilizacji ludzkiej są jaknajściślej związane ze zwyczajami, panującymi w dziedzinie żywienia, i postępy naszego dzisiaj szego rozwoju kulturalnego, materialnego i technicznego powinny być należycie kontrolowane, aby nie zbaczały z prawidłowej drogi.

Zdrowiu ludzkiemu zagrażają często w sposób dotkliwy skutki niedostatecznego i nieracjonalnego pożywienia. Niebezpieczeństwa te powinny być w czas usunięte, a tam, gdzie zdołały już wyrzucić swój wpływ szkodliwy, powinny być zastosowane odpowiednie środki bądź na drodze oświaty, bądź prawodawstwa”.

Szczegółowy program „Międzynarodowej Organizacji dla badań problemów odżywiania” przedstawiony został przez Prof. Tadaso Saiki, dyrektora Państwowego Instytutu Żywnościowego w Japonii, przedstawiciela narodu, wśród którego stały niedobór pokarmowy zdołał silnie zaważyć na rozwoju fizycznym ogółu, lecz gdzie jednocześnie zrobiono już bardzo wiele w kierunku poprawy, i gdzie powstał już szereg instytucji, poświęconych temu zagadnieniu, a nawet specjalna szkoła nauki o żywieniu, kształcąca doświadczonych dietetyków na odpowiednie stanowiska.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Djagnostyka.

James T. CASE. O znaczeniu cholecystografji. (J. Am. Med. Ass. tom 92; Nr. 4. rok 1929).

Autor zwraca uwagę na zbyt mało rozpowszechnioną znajomość prawidłowej interpretacji cholecystografji.

Metoda ta bynajmniej nie ogranicza się do zwykłego stwierdzania kamieni żółciowych. Tak samo jak w opisie skiaskopji żołądka, należy zwracać uwagę na wszystkie szczegóły wyglądu pęcherzyka, sposobu wypełniania się tegoż, opróżniania, nieprawidłowości zarysu i t. p.

Autor, opierając się na materiale, obejmującym ok. 2500 przypadków, podaje technikę oraz systematykę cholecystografji, przyczem stosuje metodę wśródzylnych wlewań.

Nie wdając się w dyskusję co do samego znaczenia metody badania, które według autora jest ogromne, zaznacza on, że dla zrozumienia biegu badania należy sobie uprzytomnić następujące okoliczności: barwnik musi się dostać do krwiobiegu, potem do wątroby, wreszcie poprzez drogi żółciowe do pęche-

rzyka. Ażeby więc otrzymać prawidłowy zarys pęcherzyka, wszystkie powyższe warunki muszą być spełnione, t. j. barwnik rzeczywiście musi się dostać do krwi w ilości dostatecznej; wątroba musi być zdrowa i wydzielać normalnie; drogi żółciowe muszą być drożne. Dalej pęcherzyk musi umieć koncentrować barwnik, a także wydzielać go w czasie odpowiednim.

Dla ujednostajnienia terminologii autor proponuje następujące określenia:

„Kamień — dodatni” w sensie dodatniego wyniku badania w kierunku kamicy.

„Brak cienia” o ile cień pęcherzyka nie daje się dostrzec.

„Normalny”, kiedy pęcherzyk o zarysach normalnych zjawia się w porze właściwej na zdjęciu, a także znika zaraz po spożyciu jedzenia, zawierającego żółtka jaja i śmietanę.

„Patologiczny obraz bez kamieni”, który obejmuje wszystkie przypadki nienależące do żadnej z powyższych trzech grup.

Autor stosował z nielicznymi wyjątkami metodę wśródzylną. Ocena bowiem gęstości cienia zależna jest od ilości nagro-

madzonego barwnika, ta zaś jest wielkością stałą tylko w przypadku śródżylnego stosowania barwnika kontrastowego.

W przypadkach z rozpoznaniem — „kamień dodatni“, chodzi przeważnie o kamienie, które dają cień ujemny, t. j. miejsca jaśniejsze, a które w zdjęciu zwykłym cienia wogóle nie dają.

W przypadkach z rozpoznaniem „brak cienia“ okazywały się zwykle duże zmiany: duże kamienie, duże zmiany w ścianach pęcherzyka samego, niekiedy zmiany w drogach żółciowych; w 2 przypadkach zmian żadnych nie stwierdzono.

W 36 przypadkach „normalnego“ pęcherzyka ani razu nie znaleziono przy operacji kamieni.

W przypadkach z rozpoznaniem „patologiczny obraz bez kamieni“, znajduje się zmiany w kształcie (zarysach) pęcherzyka gęstości jego cienia, oraz czasie ooróżniania.

Zmiany kształtu zależą mogą od ucisku sąsiednich narządów, jak wątroby, zwłaszcza powiększonej, dwunastnicy, trzustki oraz gruczołów wrotnych. Mogą one zależą także od pooperacyjnych zmian, zrostów i t. p.

Słabość cienia pęcherzyka zależy (środkowa metoda) od niedostatecznej koncentracji żółci w pęcherzyku.

Zbyt późne zjawienie się cienia wskazuje raczej na zaburzenie czynności wątroby.

Nieznikanie natomiast cienia czasem zależy od ucisku gruczołów pozaotrzewnowych, niekiedy od ucisku złośliwego nowotworu trzustki na przewód wspólny — zastój mechaniczny. Pozatem wchodzi w grę zrosty. Niekiedy kamień w przewodzie pęcherzykowym może działać jako mechaniczny wentyl, utrudniając odpływ.

Przemieszczenie cienia pęcherzyka oczywiście zależy od zrostów, które utrzymują go w tej pozycji.

Grupa ta daje stosunkowo najwięcej niepewnych rozpoznań.

Reasumując powyższe, autor uważa, że w przypadkach kamicy musi być jedna z następujących odpowiedzi: kamień widoczny na zwykłym zdjęciu, kamień o obrazie ujemnym lub brak cienia pęcherzyka.

W przypadkach z rozpoznaniem obrazu patologicznego bez kamieni operacja nie jest konieczna, aczkolwiek może dać nieraz nadszpiegowany wynik.

B. Goldstein.

J. S. DIAMOND. O wartości oznaczania bilirubiny we krwi. (Am. J. of Med. Sciences. Tom 176, Nr. 3 r. 1928).

Autor określa ilość bilirubiny we krwi w praktyce ambulatoryjnej, u osób z przewlekłym zatruciem wątrobowym. Wobec stwierdzenia u takich chorych niewątpliwych cech *hepatitis* można przyjąć to cierpienie za stadium wstępne do marskości.

U szeregu osób, cierpiących na bóle migrenowe okazała się zwiększona bilirubinemia, jako wyraz zaburzenia czynności wątrobowej.

W obszernej grupie cierpiących wreczka żółciowego próba ma znaczenie tylko w okresach ostrych, jako moment różniczkowy.

W przebiegu żółtaczki kontrola bilirubinemi pozwala odróżnić żółtaczki nieżytowe od zamknięcia przewodów. W leczeniu kiły przetworami arsenu stan bilirubinemi wskazuje na stan wątroby (zatrucie).

W zastojach sercowych wzrost bilirubinemi odpowiada zmianom zastoinowym wątroby.

W niedokrewności złośliwej bilirubinemia jest duża i służy jako moment różniczkowy wobec niedokrewności wtórnych.

Podkwaśność żołądka, rak żołądka, białaczka i skazy krwotoczne dają zmniejszone liczby.

Rak wątroby daje wysokie wartości tylko w tym przypadku, kiedy uciska na drogi wyprowadzające żółć.

Wrzód trawienny, zapalenie wyrostka robaczkowego, schorzenia kiszki, nerek i płuc dają naogół wartości normalne.

Próba van den Bergha zachowuje swą wartość także w karotynemii i anemjach hemolitycznych. W ciężkich żółtaczkach trzeba wprowadzić pewną odmianę próby.

B. Goldstein.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

J. M. RABINOWICZ. Przemiana tłuszczowa w cukrzycy. (The Amer. Journ. of Med. Sciences. Tom 176, Nr. 4. 1928).

Autor przytacza przypadek cukrzycy, trwającej od 2 lat, w ciągu których pacjent otrzymywał po 80 jedn. insuliny dziennie.

Do szpitala przybył w stanie śpiączki. Mocz był charakterystyczny dla stanu komatycznego, zawierał bowiem dużo cukru, acetonu, białko i wałeczki. Cukier we krwi wynosił 0,769%. Odcz. dwuazowy na uremję ujemny. Cholesteryny 0,709%. Konsystencja i kolor surowicy przemawiały za lipemją bardzo wysokiego stopnia (analiza wykazała 11,6% tłuszczu).

Pomimo wszelkich wysiłków ratowniczych z podaniem insuliny, soli, środków nasercowych, pacjent zmarł.

Natychmiast po śmierci określono cukier we krwi, który wynosił 1%, zaś ilość tłuszczu we krwi 6,8%, co, przyjmując ilość krwi u pacjenta na równą 5 litrom, odpowiadałoby utracie około 240 gr. tłuszczu w ciągu 12 godzin. Wskazuje to na niezmierną ruchomość zasobów tłuszczu u diabetyków.

B. Goldstein.

A. J. PATEK. Hypotonia bulbi a śpiączka cukrzycza. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 6, r. 1929).

Mechanizm powstawania *hypotonia bulbi* w śpiączce cukrzyczej dotychczas nie jest znany. Wykazano doświadczalnie, że zastrzykiwanie hipertonicznych roztworów soli (do 40%) wywołuje obniżenie napięcia gałki ocznej. U psów, pozbawionych trzustki, również występuje *hypotonia bulbi*. Prawdopodobnie mechanizm powstawania tego objawu sprowadza się do zmian w ciśnieniu osmotycznym krwi. Nie stoi natomiast w żadnym związku z ciśnieniem krwi i nie posiada żadnego znaczenia prognostycznego.

W innych śpiączkach nie-cukrzyczego pochodzenia zjawisko to nie występuje. Nie występuje również w kwasicy cukrzyczej bez śpiączki, a znika wraz z ustąpieniem śpiączki. Stopień hipotonji może być rozmaity na obu gałkach ocznych.

Objaw ten dzięki swej stałości jest dość ważnym czynnikiem rozpoznawczym.

B. Goldstein.

J. H. SMITH. Kwasica cukrzycza a stany zapalne w obrębie jamy brzusznej. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 4 r. 1929).

Różniczkowanie pomiędzy stanami zapalnymi w obrębie jamy brzusznej a kwasicą śpiączkową u cukrzyczych jest rzeczą niełatwą, tembardziej, że można uważać, iż kwasica jest właśnie spowodowana przez sprawę zapalną w brzuchu, jeszcze nierozpoznaną.

Kryterjum leukocytozy i tutaj zawodzi, gdyż, jak się przekonano, w okresie śpiączki cukrzyczej można się spotkać z leukocytozą.

Szczególnie ważne jest rozpoznanie w przypadkach *appendicitis*, kiedy od rozstrzygnięcia tej kwestji zależy wszystko.

B. Goldstein.

E. KAUFMANN. Cukrzyca a uraz. Przyczynę do kliniki: *diabète bronzé* oraz *ostitis marmorosa*. (Klinische Wochenschr. str. 357. 1928).

Na bardzo ciekawym i klinicznie dokładnie obserwowanym oraz po autopsji makroskopowo i drobnowidzowo zbadanym przypadku autor stwierdza, popierając licznymi danymi

z piśmiennictwa, że dowodów pewnych związku cukrzycy z urazem dotąd nie posiadamy. Obserwacja Kaufmanna zasługuje z czysto klinicznego, stanowiska na uwagę przez to, że wykłady ją zabarwienie brązowe skóry i narządów wewnętrznych oraz t. zw. zachorzenie kośćca marmurowe czyli choroba Albers-Schönberga, którego bibliografia wykazuje zaledwie kilka przypadków.

Autor sądzi, że dominującą rolę swoją w cukrzycy trzustki dzielić musi nieraz z endogennym zaburzeniem czynnościowym szpiku kostnego, któremu gotów jest przypisywać w danym przypadku wybitną anemię, sklerozę endostalną i niezwykłą hemachromatozę.

H. Higier.

ZUCKERSTEIN i STREICHER. Własności krwi w moczowce cukrowej i insulina. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. B. 161—5—6 1928).

Liczba ciałek białych w cukrzycy nie odbiega od normy, natomiast liczba limfocytów wzrasta, przyczem w przypadkach lekkich więcej, niż w ciężkich. W stanach cukrzyczych bardzo ciężkich stwierdzano nawet limfopenję. Pod wpływem insuliny liczba limfocytów wzrastała się we wszystkich bez wyjątku przypadkach. W lekkich przypadkach cukrzycy nie stwierdzało się przesunięcia obrazu neutrofilów w lewo, występowało ono natomiast w przypadkach ciężkich i zawsze jednocześnie z kwasicią krwi i moczu.

Liczba trombocytów w cukrzycy jest zmniejszona, nie zależy to od hiperglikemii i acidozy i nie zmienia się pod wpływem insuliny.

Krzepliwość krwi jest zmniejszona, insulina pozostaje tu bez wpływu. Przyczyna zmniejszonej krzepliwości tkwić może w zaburzeniach czynności wątroby lub zaburzeniach koloidalnych osocza, polegających na zahamowaniu przejścia drobin dużej dyspersji do małej (co w normie zmniejsza rozpuszczalność włókien i sprzyja jego wypadaniu), lub wreszcie w zaburzeniu czynności gruczołów dokrewnych.

Lepkość krwi stoi w ścisłym związku z cukrzycą i jest wprost proporcjonalna do stopnia hiperglikemii. Zależy to od zwiększonej objętości krwinek w hiperglikemii. Szybkość opadania krwinek nie jest dla cukrzycy charakterystyczna. Insulina przedłuża znacznie czas opadania krwinek może w zależności od tego, że pod wpływem insuliny zmniejsza się ilość cholesteryny i globulin we krwi chorych na cukrzycę.

R—t.

E. C. EMERSON, Ustąpienie cukromoczu po cholecystektomji. (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 21, r. 1928).

Autor opisuje przypadek cukrzycy u osoby, cierpiącej na kamicy żółciową; cukrzyca ustąpiła zupełnie po dokonaniu cholecystektomji.

Autor objaśnia to w ten sposób, że zmiany pęcherzyka pociągają za sobą zmiany w obrębie trzustki o charakterze *pancreatitis interstitialis*. Usunięcie ogniska zakażenia powoduje niejednokrotnie zniknięcie objawów cukrzycy.

B. Goldstein.

Choroby dzieci.

∞ Prof. Dr. Karol JONSCHER. Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych. (Medycyna w monografiach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych). Zeszyt VIII. Warszawa 1928, str. 132.

Książka została napisana przez autora z określonym celem, do którego dostosowana jest jej treść i rozmiar. Jonscher zetknął się blisko ze skutkami błędów, czynionych przez lekarzy specjalistów, a nawet pediatrów, decydujących o sposobie

zrzenie w całokształt odżywiania i higieny życia codziennego niemowlęcia, gdzie lekarz winien niejednokrotnie pracować niemal z dokładnością chemika, ma miejsce częstokroć przekraczanie granic tolerancji dziecka w kierunku zbytku lub też niedoboru pożywienia, nie mówiąc już o wykroczeniach pod względem jakościowym. Lekarz, nie czując się na siłach dania natde odpowiednich wskazówek, w najlepszym bodaj razie unika ściślego określania sposobu odżywiania, zadawając się przepisaniem środka farmaceutycznego. Tymczasem zaś dla lekarza niezbędną jest znajomość metod odżywiania zarówno w stosunku do zdrowego niemowlęcia, jak i cierpiącego na zaburzenia w odżywianiu, wreszcie każda choroba niemowlęcia wymaga potraktowania również i pod względem dietetycznym.

Przewodnią myślą Jonschera było dać lekarzowi proste i jasne wskazówki, któreby pozwoliły mu odpowiednio znaleźć się w każdej sytuacji przy łóżku niemowlęcia. Trzeba powiedzieć, że udało mu się to w zupełności. Już sama umiarkowana objętość książki, napisanej zwięźle obok przejrzystego podziału materiału, na pierwszy rzut oka zachęca do zapoznania się z jej treścią nawet lekarza, mającego niewiele czasu na uzupełnienie swej wiedzy. Autor natychmiast wprowadza czytelnika *in medias res*, nie zniechęcając go przytaczaniem zbędnego balastu naukowego, ujmując sprawę popularnie — w szlachetnym znaczeniu tego słowa. — Ucząc czytelnika w sposób umiejętny sposobu oceny potrzeb niemowlęcia pod względem odżywiania, i to zarówno zdrowego jak chorego, autor daje mu jednocześnie do ręki proste metody osiągnięcia pożądanego celu. Na tem zdaje się polegać największa wartość książki, mogącej uzdrowić atmosferę polipragmatyzmu, jaka panuje w dziedzinie odżywiania niemowląt. Zawiniły pod tym względem i niektóre zagraniczne szkoły pediatryczne. Jonscher wybrał z niezliczonego mnóstwa metod odżywiania te tylko, które posiadają niezaprzeczoną wartość i dają się zastosować w warunkach domowych. Należy życzyć sobie, aby książka Jonschera stała się codziennym doradcą lekarza-praktyka, zmuszonego leczyć niemowlęta, czego nigdy nie może uniknąć szczególnie lekarz prowincjonalny. Wówczas mniej będziemy widywali tragicznych obrazów, szczególnie w okresie miesięcy letnich, kiedy, niestety, zasada „*primum non nocere*” zostaje złamana z powodu nieumiejętnych wskazówek, udzielanych przez lekarzy matkom chorych i zdrowych niemowląt.

Trzeba jednakże przyznać, że i pediatrom-specjalistom książka Jonschera bardzo się przydać może. Wychowani w rozmaitych szkołach pediatrycznych, prowadzących ze sobą nieraz walkę do dnia dzisiejszego aktualną, wnieśli oni w życie różne metody, nieraz ze sobą sprzeczne, reklamując każdą z nich jako najdoskonalszą, a tem samem wprowadzając zamęt wśród publiczności. Praca Jonschera niejako zakreśla granicę tego, co wolno jest stosować w praktyce, i co w dążeniu do wychowania zdrowego niemowlęcia i wyleczenia chorego najzupełniej wystarcza.

Niema najmniejszej wątpliwości, że następne wydania książki Jonschera uwzględnić będą stopniowo wszystkie w międzyczasie zdobywane nowe metody, mające znaczenie praktyczne dla odżywiania niemowlęcia, czego gwarancją jest obecna książka, dowodząca opanowania przez autora przedmiotu i dużego jego doświadczenia klinicznego.

Henryk Brokman.

E. P. JOSLIN i P. WHITE. Cukrzyca u dzieci. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr 2, r. 1929).

W ciągu ostatnich 32 miesięcy śmiertelność wśród dzieci cukrzyczych wynosiła około 1%. W ciągu ostatnich 6 lat zaś przeciętnie ok. 2%.

Cechy dziedziczności stwierdzono u 17% dzieci, zmarłych wskutek cukrzycy, u 35% żyjących chorych, zaś u 44% dzieci, które chorowały dłużej niż 10 lat.

Dzieci cukrzycze mają chronić swe rodzeństwo, przed cukrzycą. Rodzeństwo takiego chorego winno się wystrzegać otyłości po 40 roku życia.

Najczęstszą i prawie wyłączną przyczyną śmierci dzieci cukrzyczych jest śpiączka, ta zaś jest następstwem niedbalstwa.

Około $\frac{1}{3}$ chorych pozostaje niedorozwiniętymi, zależy to od niedostatecznego odżywiania się, od stanu pretuberkulicznego i t. p. Dojrzewanie płciowe następuje z reguły nieco później.

Z powikłań należy wymienić następujące:

Zacma nie zdarzyła się ani razu. Miażdżycę stwierdzono w kilku długotrwałych przypadkach. Gruźlica była dość rzadka.

Odporność względem chorób zakaźnych u dzieci cukrzyczych, leczonych insuliną nie jest mniejsza, aniżeli u zdrowych.

Trudne jest różniczkowanie pomiędzy śpiączką u małych dzieci, a zapaleniem wyrostka robaczkowego. W przypadkach wątpliwych należy wykonać zabieg.

Cholesteryna u dzieci, leczonych insuliną, jest raczej normalna, niż zwiększona.

Odczyny hipoglikemiczne są nieprzyjemne, lecz nigdy nie groźne. Uwzględnić należy szczerłość dzieci w nieukrywaniu spożywania węglowodanów.

B. Goldstein.

C. G. KERLEY. O dziecku z potencjalną chorobą serca. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr 7, r. 1929).

Istnieje cały szereg dzieci, które szczególnie często zapadają na cierpienia serca z powodu t. zw. usposobienia.

Do takich usposobionych dzieci należy zaliczyć przede wszystkim te, które przebyły lub cierpią jeszcze na gościec stawowy, czy też płasawicę. Dalej należą do tej kategorii dzieci, które często narzekają na bóle w kończynach, które to bóle nie mogą być kładzione na karb jakiegokolwiek choroby czy urazu.

Szczególnie narażone są dzieci, które należą jednocześnie do wszystkich powyższych kategorii.

Schorzenia serca mogą u tych dzieci być usunięte zawczasu o ile usunie się wszelkie źródła zakażenia np. za pomocą salicylu, ewentualnie z zasadami, podawanymi przez dłuższy czas.

Dzieci tego rodzaju winny być pod ścisłą opieką lekarską do 12 — 13 lat życia.

B. G.

J. S. EISENSTAEDT. O ropniach okołonerkowych u dzieci. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr 1, r. 1929).

Ropnie okołonerkowe u dzieci są zjawiskiem stosunkowo rzadkiem. Etiologicznie dzielą się one na 2 grupy, zależnie od pochodzenia.

W jednej z tych postaci zakażenie przybywa z zewnątrz nerek, w drugiej zaś idzie od kory nerkowej, najczęściej od ropni tam umiejscowionych. Ta druga postać jest najczęstsza.

Rzadziej wchodzą w grę inne czynniki, jak np. zakażenie z sąsiadujących narządów lub też przez otwartą ranę.

Rozpoznanie jest naogół trudne, szczególnie w braku objawów wyraźnych, co jest przeważnie regułą.

Pośrednie dane otrzymuje się z wywiadów (ropne sprawy w niedawnej przeszłości); niekiedy badanie dobowego moczu daje pewne wskazówki. Badanie radiologiczne daje nieraz cenne wyniki (powiększenie zarysu nerki, charakterystyczny pyelogram i t. p.).

Należy zwrócić uwagę na objawy miejscowe, jak zaczerwienienie, bolesność i t. p.

Rokowanie zależy głównie od przyczyny: w sprawach pierwotnych jest stosunkowo niezłe.

Leczenie sprowadza się do możliwie wczesnego rozpoznania oraz zabiegu chirurgicznego, mającego na celu opróżnienie ropnia.

B. G.

H. PIGEAUD. Właściwe przyczyny śmiertelnych krwotoków w błonach mózgowych u noworodków. (Gyn. et Obst. Nr 4, T. XVIII, 1928).

Zapomocą długiej obserwacji, częstych sekcji zwłok autor przyszedł do wniosku, że krwotoki w błonach mózgowych u noworodka z powodu urazu istnieją, jednakże są rzadkie przy normalnej miednicy. Przeważnie przyczyną krwotoku bywa intoksykacja lub chroniczna infekcja, po większej części kiła wrodzona. Autor spostrzegał krwotoki w błonach mózgowych u noworodka w piątym miesiącu ciąży, który urodził się w całem jaju płodowem, i o urazie w tym przypadku nie mogło być mowy. Uraz akuszerski może być powodem krwotoku przy schorzałych ścianach naczyń krwionośnych, któreby i bez urazu też mogły wywołać krwawienie.

L. Ebin.

Choroby dróg moczowych.

WICKBOM H. Nephropathia acuta sine albuminuria. (Dtsch. Arch. Klin. Med. Tom 162, z. 3 — 4, 1928).

Autor obserwował przypadki ostrego schorzenia nerek bez białkomoczu mimo obecności krwinek czerwonych i wałeczków w odwirowanym osadzie.

Dlatego też radzi we wszystkich tych przypadkach, gdzie istnieje możliwość zaatakowania nerek przez noksę chorobową — nie ograniczać się do badania moczu na obecność białka, lecz szukać również elementów morfotycznych w osadzie, gdyż te ostatnie mogą być wczesnym i często jedynym wyrazem sprawy chorobowej w nerkach.

R. t.

T. ADDIS. Zmiany w nerkach w przebiegu choroby Brighta. (Am. J. Med. Sciences Tom 176, Nr. 5, r. 1928).

Autor porównywał wyniki badań anatomo-patologicznych z wynikami badań laboratoryjnych moczu.

Rozróżnia on 3 postacie przewlekłych zapaleń nerek.

1) Postać sklerotyczną, cechującą się miażdżycowymi zmianami w obrębie tętnic nerkowych oraz ogniskową marskością substancji korowej.

2) Postać degeneracyjną, w której znajdują się zmiany ziarniste, tłuszczowe lub martwicze w obrębie kanalików nerkowych.

3) Postać krwotoczną, której anatomicznym odpowiednikiem są zmiany zapalne w obrębie kłębuszków.

Laboratoryjnie pierwszej postaci odpowiada: białkomocz, wałeczki szkliste i ziarniste oraz komórki nabłonkowe. W drugiej postaci występują zwirowdnie komórki nabłonkowe. W trzeciej zaś przeważają krwinki.

Na zasadzie powyższych danych autor twierdzi, że I i III postać są to zupełnie odrębne jednostki chorobowe, zaś II jest zejściem rozmaitych cierpień.

B. G.

R. H. MAJOR. O czynności nerek w nadciśnieniu. (Am. J. Med. Sciences tom 176, Nr. 5, r. 1928).

Przypuszcza się naogół, że w t. zw. *hypertonia essentialis* może czynność nerek pozostać nienaruszona.

Autor wykazał, że w tych przypadkach mimo pozornego nienaruszenia czynności wydalniczej nerek, już we wczesnych okresach wykazują one upośledzone wydzielanie metylguanidyny i kreatyniny, co by wskazywało na pewne zmiany.

B. G.

Choroby kości i stawów.

K. KLEINSCHMIDT. O Periarthritis humeroscapularis. (Chirurg Nr. 6).

Periarthritis humeroscapularis, aczkolwiek choroba b. rozpowszechniona, często jest nierozpoznawana i figuruje pod rozmaitymi nazwami.

Obraz chorobowy dość wyraźny, i, gdy się o nim pamięta, rozpoznanie większych trudności nie nastręcza.

W kilka tygodni po urazie okolicy ramieniowej, gdy już bezpośrednio skutki urazu przebrzmiały, występują nagle bóle w stawie, przyczem ramię z trudnością może być odwiedzone. Przyczyny tego ograniczenia ruchu szukać należy w odruchowym zahamowaniu unerwienia *m. deltoidei*. W dalszym przebiegu choroby odwiedzenie zostaje całkowicie zniesione, ruchy rotacyjne dotychczas biernie zupełnie wolne, zostają ograniczone, albo nawet zupełnie zniesione; silna bolesność, promieniująca do szyi i rąk, występuje szczególnie ostro podczas nocy (w dzień, podczas pracy ból słabnie). Bolesne punkty uciskowe w miejscu przyczepów mięśni ramieniowych. *Deltoideus* ulega z biegiem czasu zanikowi.

Rentgenologicznie stwierdza się niewyraźnie ograniczone zagęszczenia cieniów w kaletkach maziowych okolicy ramienia, zależne od odkładania się w nich wapnia.

Autor podnosi, że uraz wywołujący nie musi być koniecznie znaczący.

W rzadkich przypadkach przyczyną choroby może być grypa lub inna choroba infekcyjna.

Wiek predysponujący dla wystąpienia choroby przeważnie podeszły, choć u osobników młodych nie jest rzadkością.

Anatomo-patologicznie obraz chorobowy nie jest dostatecznie wyjaśniony. Nieliczne dane sekcyjne przemawiają za tem, że mamy tu do czynienia z bujaniem łącznotkankowym w kaletkach maziowych i powierzchniach przesuwania się mięśni, dochodzi przytem do odkładania się wapnia. Występowanie bólów tłamać należy wciągnięciem pni nerwowych w chorobowo zmienione tkanki okołostawowe. Staw, jako taki, pozostaje niezmieniony.

Leczenie jest długotrwałe i, przy dostatecznej cierpliwości pacjenta, prowadzi do rezultatów zadawalających.

U osobników młodych i w przypadkach lżejszych wystarczą nagrzewania lampkami elektrycznymi, masaż i ruchy.

W cięższych — leczenie może być bardziej aktywne. Tu należy w narkozie przystąpić do mobilizacji stawów przez przerwanie zrostów, operacja jest jednak tylko wstępem do dalszego długotrwałego leczenia fizykalnego. Częstokroć po wielomiesięcznym leczeniu trzeba się zadowolić częściowym rezultatem.

N. P.

C. E. FORKNER i inni. Wysiłek w przewlekłych zapaleniach stawów. (Arch. Int. Med. tom 42, Nr. 5, r. 1928).

Badania porównawcze cytologiczne i bakterjologiczne nad zawartością wysięków stawowych w stanach zapalnych przewlekłych w 63 przypadkach o etiologii niegruźliczej i niekłębowej wykazały, że naogół w około 22% przyp. hodowle bakterjologiczne wypadły dodatnio.

Zwiększona liczba białych ciałek wystąpiła we wszystkich przypadkach, przyczem w razie dodatniego wyniku bakterjologicznego liczba leukocytów była przeciętnie 2 razy większa.

Przypadki o dodatnim wyniku bakterjologicznym wykazywały przytem wyraźną przewagę wielojądrzastych, zaś wynik bakterjologicznie ujemny przeważnie łączył się z limfocytozą lub też monocytozą.

Komórki śródbłonkowe nie są zjawiskiem stałym w wysiękach stawowych przewlekłych.

B. G.

R. LOEBEL. O hiperglikemicznej reakcji krwi w schorzeniach stawów. (Wien. Arch. f. Innere. Med. Tom 16, Nr. 1, r. 1928).

Badania, przeprowadzone przez autora na 51 przyp. w kierunku powstawania hiperglikemii pokarmowej, wykazały regularne jej występowanie w ostrych zapaleniach stawów zakaźnych i dnawych.

Często też stwierdza się hiperglikemję pokarmową w t. zw. zakaźnych reumatoidach oraz w zapaleniu stawów zniekształcającem.

Rzadziej już w pierwotnie przewlekłych sprawach stawowych, a zupełnie wyjątkowo w t. zw. chorobie Bechterewa. (*spondylitis ankylopoëtica*).

Związku czy równoległości pomiędzy przebiegiem klinicznym a krzywą wykresu glikemicznego nie dało się stwierdzić.

W pewnym przypadku ostrego zapalenia stawów wystąpił dodatni odczyn hiperglikemiczny w okresie ostrym, potem zaś w okresie poprawy — odczyn ten był ujemny.

Tolerancja wybitnie zmniejszona w okresach ostrych choroby staje się w okresie rekonwalescencji normalna.

Podobnie w kilku przypadkach rwy kulszowej — w okresie ostrym stwierdzono zmniejszoną tolerancję na cukier, w okresie poprawy stosunki były prawidłowe.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

— W przypadkach *nadciśnienia połączonego z otyłością i obrzękami stóp* stosował Molnar *pastylki tarczycy*. Chorzy tracili na wadze, obrzęki zniknęły, ciśnienie krwi obniżało się wybitnie. Dawkowanie: z początku 3 razy dziennie po 1 $\frac{1}{2}$ pastylki tyreoidyny Merccka po 0,1 gr., stopniowo powiększając dawkę do 3 razy dziennie po 1 $\frac{1}{2}$ pastylki; co 6 dzień pauza.

(Ther. d. Gegenw. 1929 Nr. 4)

— Morgenstern utrzymuje, że w razie *wczesnego rozpoznania i natychmiastowego zastosowania leczenia swoistego* rokowanie w *kiłowym zapaleniu tętnicy głównej* jest *względnie dobre*. Szczególną wagę kładzie M. na długotrwałe z przerwami leczenie salwarsanem i bismutem. Obok tego umiarkowane dawki jodu, w nadających się zaś do tego przypadkach jeszcze leczenie wodami i kąpielami ze źródeł, zawierających jod.

(M. m. W. 1929 Nr. 16).

— Do *wzmaganania wydzielania mleka w okresie połogowym* poleca Wachtel *naswietlania słońcem górskim*. W ciągu pierwszych 10 dni codzienne naswietlania stopniowo od 3 do 30 minut w odległości 75 ctm. W razie *nadmiaru wydzielania mleka* dobrze działają 2 pastylki tyreoidyny i 1 pastylka diuretyny dziennie w ciągu dni trzech.

(Ztbl. f. Gyn. 1929 Nr. 16).

— Mayer v. Schopf uważa zalecone przez Roedera *stosowanie w płasawicy nirwanolu* za najskuteczniejsze leczenie tego cierpienia. Należy dawać 0,3 — 0,45 nirwanolu dziennie, aż do wystąpienia odczynu nirwanolowego w postaci wysypki, gorączki i przesunięcia obrazu krwi. Jeżeli odczyn ten do 12 dnia nie wystąpi, to należy leczenie to zarzucić. Efekt leczniczy nie jest związany z wystąpieniem całkowitego odczynu, w ogólności

stwierdzamy go po zniknięciu wysypki i gorączki w postaci zmniejszonego niepokoju ruchowego.

(Fortschr. d. Ther. 1929 Nr. 3).

— Nissenbaum wyraża się dodatnio o działaniu *plazmochiny w zimnicy*. Szczególnie skuteczne jest to leczenie

w trzeciaczce i czwartaczce. W malarji podzwrotnikowej od samego początku w połączeniu z chininą. Plazmochina jest pierwszym środkiem, który niszczy gamety malarji podzwrotnikowej.

(W. kl. W. 1929 Nr. 10.).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

102 posiedzenie kliniczne z dn. 26.II 1929 r.

W. Arkin. *Pokaz chorego z plastyką powieki po bliznowatym odwinięciu*. Chory l. 23-letni w dzieciństwie miał przetokę ropną pod łukiem nadbrzewnym lewym, która zagoiła się przed 10-ciu laty po wyskrobaniu kości. Powieka górna była całkowicie odwinięta i brzeg rzęsowy przyrośnięty do kości. Choremu wykonano plastykę powieki górnej sposobem Frickiego, a mianowicie, wszyto w powiekę płat skórný na szypule ze skroni.

W związku z pokazem chorego referent omawia sposoby plastycznego odtwarzania powiek, w szczególności powieki górnej, i pierwszeństwo oddaje plastyce z zastosowaniem platu na szypule.

2) J. Luxenburg. *Pokaz chorego z Thyreoiditis acuta jako następstwo anginy*. Chory lat 26 ma sprawę wierzchołkową w płucu prawym, która przebiega pomyślnie pod wpływem odmy sztucznej.

Przed 5 tygodniami dostał anginy z t.^o 39.2, trwającej 5 dni z dreszczami i łamaniem w kościach. W tym czasie obrzęki gruczoły przyuszne i podszczękowe, potem prawy płat tarczycy, bolesny. Po 2 tygodniach obrzękła cała szyja z przodu, przy czem obrzęk dochodził do mostka. Po 3 dniach obrzęk znikł, pozostało bolesne stwardnienie środkowej części i lewego płata tarczycy. Obecnie pozostało pewne zgrubienie przedniej części szyi.

Przypadki podobne są wogóle rzadkie, dotyczą prawie wyłącznie kobiet. W naszej literaturze jest praca Srebrnego, który w trzech swoich przypadkach mówi jedynie o prawdopodobieństwie związku z anginą.

Rozprawa.

Kohán spostrzegał podobny przypadek u kobiety, gdzie doszło do ropienia i zniszczenia tkanki; później wystąpiło *myxoedema*; terapeutycznie przeszczepiał tarczycę do szpiku kostnego.

Srebrny myśli, że w przypadku Kohana zapewne była nie tylko angina, lecz i influenza, gdyż podobny przebieg bywa przeważnie po schorzeniach septycznych.

Karbowski zapytuje, czy wytrzeszcz był przedtem, czy też wystąpił później.

Bregman zapytuje jaki był dalszy los w przypadku Kohana.

3) Rozprawa nad odczytem. *Przypadki ciężkiej posocznicy w następstwie anginy*.

Karbowski omawia bardzo szczegółowo przebieg własnych przypadków ciężkich, podobnych do wyżej omawianych i uważa, że strona praktyczna zagadnienia nie była w odczycie przez prelegentów dostatecznie uwypuklona.

Ilustrując temat własnymi licznymi spostrzeżeniami, omawia wskazania do interwencji chirurgicznej w wymienionych ciężkich postaciach schorzeń poanginowych.

Srebrny podkreśla potrzebę naturalną migdałków u małych dzieci, czego dowodem jest obserwowane przez niego zjawisko, że gdy się u dziecka robi tonsillektomię, to w innym miejscu wyrastają nowe migdałki. Dawniej duży obrzęk z podwyższoną znacznie ciepłotą był uważany jako objaw groźny pod względem rokowania. Obecnie rokowanie jest lepsze od czasu, kiedy się dowiedziano, że przyczyną jest zaccopowanie żył.

Po obnażeniu żył, wymacaniu zakrzepu, podwiązaniu powyżej oraz wycięciu części zaccopowanych u chorych następuje szybki powrót do zdrowia.

J. Tencer. Należy rozróżniać dwa rodzaje posocznicy, stojące w związku z cierpieniem migdałków podniebiennych: przewlekłą i ostrą. Posocznica przewlekła może być przyczyną najrozmaitszych spraw chorobowych. Ustalenie związku „prze-

wlekłego ropienia migdałków” z cierpieniem poszczególnych narządów ciała nie zawsze jest łatwe. Badanie bakteriologiczne zawartości migdałków nie posiada żadnego znaczenia. Raczej kierować się musimy wyglądem samych migdałków, stanem tkanek okolicznych oraz gruczołów chłonnych regionalnych. Najczęściej postępowaniem leczniczym w tych sprawach bywa wyluszczenie migdałków. Jednakże zabieg ten nie zawsze prowadzi do celu, gdyż ognisko przewlekłej posocznicy tkwi często nie w migdałku, lecz w tkance okołomigdałkowej lub też w najbliższym gruczole chłonnym. W tych przypadkach leczenie promieniami Roentgena może oddać duże usługi.

O posocznicy ostrej należy myśleć wtedy, gdy na 3 dzień od początku anginy, a niekiedy nieco później występują dreszcze.

Pozatem zabierali głos: Wolfstejn, Lubliner i Goldstejn.

Sekretarz J. Merenlender.

103 posiedzenie kliniczne z dn. 12.III 1929 r.

1) J. Pomper. — *Uproszczony sposób operowania zrostu palców (syndactylia) u dziecka*. (Ukaże się w „Warsz. Czasop. Lek.“).

2) Sz. Lewinson. — *Z kazuistyki anomalij dróg moczowych (pokaz preparatów i przezroczcy)* (ukaze się w druku).

Rozprawa

Szenkier zasadniczo wady rozwojowe nie są wskazaniem do interwencji chirurgicznej. Absolutnem wskazaniem do zabiegu operacyjnego jest nieprawidłowe ujęcie dodatkowego moczowodu u kobiety; przytacza przypadki, przez siebie spostrzegane, gdzie wyjątkowo była wskazana interwencja chirurgiczna.

Fryszman podkreśla, że rozpoznanie wad rozwojowych nie zawsze jest łatwe. Wskazanie do operacji z powodu nerki anormalnej może powstać jedynie wtedy, kiedy ona o sobie daje „znać”, to jest kiedy jest schorzała.

B. Endelman uważa, że anomalje nerek nie są bardzo rzadkie, i przytacza niektóre przez siebie spostrzegane przypadki; zbiór preparatów, demonstrowanych przez prelegenta, przedstawia się bardzo okazale.

Ponadto głos zabierali Majzner i Bregman.

3) H. Adelfang — *O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych u dorosłych (z pokazem przezroczcy)* (ukaze się w druku).

Rozprawa

G. Lewin uważa, że sprawa gruźlicza u dorosłych może się rozpocząć nie tylko w szczytach, ale przeważnie pod obojczykami; przytacza 14 własnych przypadków, gdzie rozpoznał nacieki podobojczykowe, jako sprawę pierwotną; zaznacza, że w przypadkach nacieków podobojczykowych sprawa gruźlicza przebiega gorzej i szybciej, oraz zaleca leczenie chirurgiczne. L. podkreśla doniosłość zdjęć rentgenowskich w rozpoznawaniu gruźlicy, zwłaszcza w naciekach podobojczykowych.

Bieleński podkreśla, że badania nad naciekami rozpoczęto dopiero od r. 1914-go, i że dawniej lekarze na to zjawisko nie zwracali uwagi; dziwne, że do tego czasu tych nacieków nie zauważono.

Możliwe, że ostatnio gruźlica inaczej przebiega i powstaje. B. zwrócił uwagę na dziwnie odmienny przebieg chorób zakaźnych (dury, zapalenia płuc i t. d.), który w ostatnich latach różni się od dawniej spostrzeganych i od opisów w podręcznikach klasycznych. B. przypuszcza, że, jak i w innych chor. zakaźnych, tak i w gruźlicy nastąpiły w ostatnich latach zmiany biologiczne zarazków chorobotwórczych.

Sekretarz
J. Merenlender.

Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

Wernic. *Eugenika i wytyczne jej działalności w Anglii i w Polsce.*

Naukowa hipoteza eugenistów w Anglii opiera się na przypuszczeniu, niejednokrotnie już potwierdzonym, że potomstwo, zrodzone z rodziców, stojących powyżej średniej miary ludzkiej, będzie powyżej przeciętnego typu i uzdolnień i naodwrot. Do poprawy rasy ludzkiej jest potrzebne rozmnażanie się ludzi wartościowych, a ograniczenie mniej wartościowych, co się da osiągnąć przez: 1) segregację i 2) wyjąłowanie.

Segregacja dotyczy ludzi, niedorozwiniętych umysłowo, a szczególnie przestępców nałogowych, alkoholików i nałogowych bezrobotnych, którzy byliby trzymani w zakładach zamkniętych.

Wyjąłowanie stosowane byłoby do osób obarczonych cierpieniami dziedzicznymi, nieuleczalnymi, które przekazać się mogą potomstwu.

Z powyższych kwestyj wypływają pewne zagadnienia, jak: ograniczenia liczebności osób mniej wartościowych, a otaczanie specjalną opieką wysokowartościowych; kontrola zapłodnień, uzasadniona z jednej strony względami lekarskimi dla wprowadzenia przerwy pomiędzy ciążami, aby organizm kobiety nie uległ wyczerpaniu, zaś z drugiej strony względami ekonomicznymi, jako obawa pogorszenia stanu materialnego rodziny w razie powiększenia, jak i względami natury państwowej, dotyczącej regulacji gęstości zaludnienia kraju; dobór małżeński, fakt najdonioślejszy z punktu widzenia eugeniki, badanie stanu umysłowego i fizycznego młodzieży, prawodawstwo małżeńskie, pomoc państwa przy wychowywaniu dzieci nieślubnych, ulgi ze strony państwa dla liczniejszych rodzin, zwrócenie uwagi na skutki krzyżowania ras i skrupulatne tegoż badanie i walka z czynnikami zwyrodniającymi.

Powyższe główne wytyczne działalności T-wa Eugenicznego w Anglii pokrywają się naogół z тезami Polskiego T-wa Eugenicznego, które uwzględniają: 1) sprawę doboru płciowego, 2) sprawę badania i zastosowania uzdolnień oraz 3) walkę ze zwyrodnieniem. Natomiast w krzyżowaniu ras należy raczej dopatrywać się czynnika eugenicznego pomyślnego, jak wskazują przykłady, choćby Anglii i Stanów Zjedn. Ameryki Półn.

Szczególnym dogmatem eugeniki w Polsce, po 150-letniej niewoli musi być walka z przyzwyczajeniami niewolniczymi, które zatrzymują życie społeczne, a do których zaliczyć należy fałsz, tchórzostwo, brak odwagi cywilnej, ugodowość i oportunizm.

J. B. *Wyjąłowanie w Stanach Zjedn. Ameryki Półn.* Zagnienia Rasy t. III. nr. 8, 1926 r.

Stany Zjednoczone Ameryki Półn. starają się w radykalny sposób przyszłe pokolenia uchronić od dziedziczności chorób umysłowych i zbrodniczości wrodzonej i dążą do tego, aby rodzice, z których choćby jedno było obciążone tego rodzaju cierpieniem, nie posiadali potomstwa. Zamykają więc umysłowo chorych w specjalnych zakładach; nie mogą zaś szybko zmniejszyć liczby umysłowo chorych wśród ogółu ludności, uchwalono w ciągu czasu od 1907 roku w 23 Stanach prawo sterylizacji, dokonywanej w szpitalach na wniosek komisji lekarzy specja-

listów i z upoważnienia sądu. Operacja ta, szczególnie u mężczyzn, jest zabiegiem bardzo lekkim. Prawo to jest w praktyce wykonywane i zastosowano je do kilku tysięcy mężczyzn i kobiet.

G ó r z o w a.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W berlińskim Tow. lek. 8 maja r. b. *ekspedycja rosyjsko-niemiecka do badania kiły* zdawała sprawę ze swych studjów, przeprowadzonych wśród burjatów i mongołów. Na 4600 badań stwierdzono serologicznie kiłę w 1150 przypadkach, w tem 538 razy kiłę utajoną. Badanie promieniami Roentgena wykryło na 562 badania rentgenowskie i 792 wewnętrzne, w 70 przypadkach nieleczonych zachorzenie aorty. Wogóle w 42% (164 przyp.) stwierdzono zmiany w aorcie, w tem w 109 przypadkach nieleczonych (25,8 %). Badanie układu nerwowego przez Beringera wykryło na 430 przypadkach 19 razy *tabes*, 9 razy *taboparalysis*, 5 razy porażenie postępujące. Z całokształtu badań wynika, że u burjatomongołów, nieleczonych wcale, kiła utajona, zachorzenie aorty, wiać rdzenia i porażenie są równie częste, jak i w Europie. Jednocześnie okazało się niesłuszne przypuszczenie, iżby leczenie salwarsanem kiły wczesnej miało sprzyjać występowaniu ciężkich postaci późnych, nieznanych jakoby wśród ludów pierwotnych.

(D. m. W. Nr. 23).

Bier zaleca na marcowym posiedzeniu berlińsk. tow. chirurgów znów swoje *leczenie żegadłem zapaleń ropnych*, radząc wypalać wszystkie chore tkanki prócz nerwów i naczyń. Gdy w przypadkach *endocarditis lenta*, niestety, poprawa od stosowania żegadła była przemijającą w przypadkach ropowic skuteczność jest trwała. B. podkreśla konieczność zaszywania rany według Klap p a.

(D. m. W. Nr. 23).

Hübner poświęca swój referat w lipskim tow. lek. w lutym r. b. sprawie *ostrych zapalnych obrzęków krtani*. Od r. 1924 spostrzegł 13 przypadków obrzęku samoistnego z których w 5 stwierdzono obecność zarazka błonicy (3 razy badanie dało wynik ujemny, w 5-ciu nie przeprowadzono badania). H. sądzi, że, wobec braku bólu, obrzęk tego rodzaju powstaje na drodze alergicznej. Rozpoznanie różniczkowe uwzględniało różę krtani.

(D. m. W. Nr. 23).

André Cain na posiedz. tow. lek. parvskich omawiał przypadek *wyleczenia samoistnego gruźlicy opon u człowieka dorosłego*. Był to chory 24-letni z objawami typowymi dla *meningitis tbc.* i z cierpieniem płuc otwartem. Temperatura opadła względnie szybko, zaś pozostałe objawy ustępowały stopniowo. Lekki nawrót ustąpił również zupełnie, i chory w ciągu 4 następnych miesięcy był zdrów. Istota zapalenia opon została stwierdzona przez wykrycie prątków w płynie mózgoworodzeniowym i przez wynik szczepienia śwince.

(Presse med. Nr 45).

Z j a z d y.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego.

W dniach 22 i 23 marca r. b. odbył się we Lwowie zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego, na który przybyło 28 lekarzy.

Zagał zjazd p. Wojewoda Gołuchowski, poczem w imieniu Władz Centralnych powitał Zjazd Dr. Hryszkiewicz, wskazując jednocześnie lekarzom powiatowym na konieczność nasilania akcji sanitarno-porządkowej i akcji walki

z chorobami społecznymi, która w Województwie Lwowskim nie jest jeszcze postawiona na należytych poziomach.

Na wniosek Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia D-ra Mikołajskiego, zjazd uczcił przez powstanie pamięć zmarłych w roku zeszłym lekarzy powiatowych: D-ra Romana Małaczynskiego i D-ra Józefa Patryna.

Z odczytanych kolejno sprawozdań lekarzy powiatowych z dziedziny higieny zapobiegawczej nie mogły być urzeczywistnione ze względu na szczupłe fundusze, któremi rozporządzały wydziały powiatowe.

Żywe zainteresowanie wzbudził referat Doc. D-ra Gąsiorowskiego, o ocenie higienicznej wartości wody i kontroli

studzien. W sprawie powyższej Dr. Gąsiorowski udzielił wyczerpujących wyjaśnień na liczne zapytania uczestników zjazdu.

Bardzo szczegółowo opracowany referat D-ra Mula o chorobach zakaźnych w Województwie Lwowskim w 1928 r. wykazał, że: liczba zachorowań na dur brzuszny znacznie się zmniejszyła, mianowicie z 1702 zachorowań w 1927 r. liczba ta spadła w r. 1928 do 888 przypadków. Dur osutkowy zmniejszył się z 484 przypadków w 1926 r. i 422 w r. 1927 do 415 w roku sprawozdawczym. Czerwonka z 890 przypadków w 1927 r. spadła do 265 w roku 1928. Zmniejszenie się zachorowań wykazuje także płonica (4022 przypadków w 1927 r. 3323 w r. 1928), i odra (7554 w r. 1927 i 4194 w r. 1928). Ogółem zanotowano w Województwie Lwowskim 18,484 zachorowań na choroby zakaźne w r. 1928, zaś w r. 1927 — 26,735.

Inspektor lekarski Województwa Dr. Parecki wygłosił referat o usterekach w akcji zwalczania chorób zakaźnych i w sprawozdaniach lekarzy powiatowych o epidemiach. Z dyskusji wynikało, że wiele z tych usterek powstaje wskutek niedokładnego rozpoznania przyczyn zgonów przez oglądaczy zwłok i często mylnego notowania przyczyn przez zarządy gmin wyznaniowych.

Następnie Dr. Styś szczegółowo referował o stanie piekarni w Województwie Lwowskim.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego zakładu dla sierot przy ul. Kadeckiej, w którym umieszczone są 350 dzieci od niemowlęctwa do 18-go roku życia. Dzieci te są pod stałą opieką lekarską. Zarówno urządzenie, jak i prowadzenie zakładu są wzorowe. Następnie zwiedzono: pawilony zakaźne szpitala powszechnego, gdzie szczegółowych wyjaśnień udzielał prymariusz Dr. Lipiński, miejski zakład dezynfekcyjny, w którym wyjaśnień udzielał Komisarz m. Lwowa Prof. Nadolski i naczelny lekarz miejski Dr. Dołęcki, i publiczny ustęp podziemny na jednym z placów miejskich, dobrze urządzone i czysto utrzymany.

O godz. 4-ej uczestnicy zjazdu zebraли się ponownie w Sali Urzędu Wojewódzkiego, gdzie omawiane były różne sprawy aktualne, związane z pracami lekarzy powiatowych.

O godz. 6-ej zjazd zamknięto.

Dr. W. H.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego.

W dniach 5 i 6 kwietnia r. b. odbył się w Wilnie zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego, na który przybyli wszyscy lekarze powiatowi, przedstawiciele Sekcji Zdrowia miasta Wilna, Naczelnik Wydziału Zdrowia miasta Wilna, Naczelnik Wydziału Zdrowia Województwa Białostockiego i zaproszeni lekarze, pracujący społecznie.

Obrady zajął p. Wojewoda Raczkiewicz, podkreślając doniosłość i aktualność spraw z dziedziny zdrowotności publicznej, jakie mają być rozpatrywane na zjeździe, i życząc zjazdowi owocnych wyników.

Następnie witał zjazd w imieniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz.

Z kolei poszczególni lekarze powiatowi odczytywali sprawozdania ze swych prac w r. 1928, z uwzględnieniem realizacji budżetów samorządowych na akcję sanitarno-leczniczą.

Na pierwszym miejscu pod względem wysokości budżetu na sprawy sanitarno-lecznicze stoi miasto Wilno, które w roku ubiegłym przystąpiło do planowej realizacji zamiarów zarówno w dziedzinie uporządkowania leczenia, posunięcia naprzód akcji zapobiegawczej, jak i ulepszeń w sprawach sanitarno-porządkowych.

Kosztami 161,946 zł. dokonano kapitalnych remontów szpitala św. Jakuba, szpitala Sawicz, szpitala żydowskiego, dziecięcego i zakaźnego, w którym urządzono wzorowy oddział dla 50 chorych na gruźlicę. Odremontowano lokal dla „Kropli Mleka”, jak również poradnię dla matek i przychodnię przeciwkroplową dla dzieci.

W lokalu miejskim z wydatną pomocą ze strony magistratu otwarto Poradnię Sportową Komitetu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego, zapoczątkowano urządzenie skweru na placu Łukiskim i założono szereg małych skwerów, wyzyskując skrawki gruntu, pozostałe po uregulowaniu jezdni. Przedłużono sieć wodociągową o 4½ kilometra, kanały uliczne o 3½ klm., z którymi dokonano połączenia 137 posesyj (z tego 50 częściowych dla wód ściekowych i gospodarczych). Przedłużono linię oświetlenia o 19 kilometrów, na której zainstalowano 268 nowych punktów świetlnych. Urządzono nowych bruków na jezdni 6,165 metrów kwadratowych, przebrukowano 66,953 mtr² ulic i placów i ułożono 28,817 mtr² nowego chodnika betonowego.

Ogólny budżet Sekcji zdrowia wynosił na rok 1928 29 — 2,106,152 zł. w wydatkach zwyczajnych, z których zrealizowano 1,971,665 zł. Natomiast przekroczono znacznie wydatki z kredytów nadzwyczajnych na remont szpitali. Mianowicie preliminowano na ten cel 74,000 zł., a wydatkowano 161,946 zł. Należy nadmienić, że koszty budowy urządzeń dla odkażania wód ściekowych zapomocą rezerwoarów Imhoffa i chlorowania wody w szpitalach zakaźnym i św. Jakóba, figurują w budżecie Wydziału kanalizacyjnego.

Walka z chorobami społecznymi prowadzona jest na obszarze Województwa Wileńskiego zapomocą przychodni przeciwgruźliczej w Wilnie, ośrodków zdrowia w Głębokiem i Oszmianie, oraz rejonowych. Na rok bieżący zaprojektowane są ośrodki zdrowia w Wilejce i Mołodecznie.

Znaczny postęp daje się zauważyć w akcji sanitarno-porządkowej. Zabrukowano wiele ulic i placów w miastach i miasteczkach oraz dróg, prowadzących przez wieś, urządzono wiele studzien, a w wielu miejscowościach zamieniono w studniach cembrowinę drewnianą na betonową. Co do ustępów w miastach i miasteczkach, to jest ich obecnie przeszło 70%, śmietników 65%, a ustępów we wsiach 57%. Szerszemu rozwojowi akcji leczniczej i sanitarno-porządkowej stają na przeszkodzie kłeska nieurodzaju i długotrwała i wyjątkowo sroga zima.

Po zakończeniu sprawozdań lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce lekarskiej i wyzyskaniu materiałów statystycznych, znajdujących się w starostwach, p. Adamowicz o stanie statystyki sanitarnej w Województwie Wileńskim, Dr. Brokowski o wychowaniu fizycznym młodzieży i organizacji opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami, Doc. Dr. Safarewicz o znaczeniu sanitarnem analizy wody i jej poszczególnych składników, Naczelnik Wydziału Opieki Społecznej p. Jocz o skoordynowaniu pracy komitetów opieki nad matką i dzieckiem z pracą organów służby zdrowia, Inspektor lekarski Dr. Błahuszeński o czynnościach lekarza powiatowego, Dr. Przytykowski o ośrodkach zdrowia, Inspektor Starostw p. Żytko o organizacji doraźnej akcji sanitarno-porządkowej ze strony samorządów, Dr. Borowski o zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy, wreszcie Inspektor farmaceutyczny p. Hrynaszkievicz o nadzorze nad aptekami.

Następnie uczestnicy zjazdu zwiedzili przychodnię sanitarno-obyczajową, miejską stację opieki nad matką i dzieckiem, poradnię sportową, wzorowo urządzone i prowadzone oddziały dla chorych na gruźlicę przy miejskim szpitalu zakaźnym na Zwierzynku, miejską szkołę powszechną przy ulicy Szeptyckiego i przychodnię przeciwgruźliczą przy ul. Żeligowskiego.

Wszystkie zwiedzone instytucje świadczą o dużym postępie, jakiego w latach ostatnich doznały sprawy leczenia i higieny zapobiegawczej na terenie miasta Wilna.

Dr. W. H.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Zdrowotność publiczna w samorządach województwa kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919 — 1928¹⁾.

Podał

Dr. B. OSTROMĘCKI (Kielce)

Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego w Urzędzie Wojewódzkim w Kielcach.

Ubiegłe dziesięciolecie było dla Samorządów okresem przede wszystkim pracy organizacyjnej, okresem zastosowywania się do nowych warunków życia i szukania właściwych dróg we wszystkich kierunkach. Jeżeli cały szereg dziedzin życia leżał odłogiem, to bodaj jedną z najbardziej zaniedbanych była zdrowotność. Sytuacja w dziedzinie zdrowia publicznego była o tyle cięższą od sytuacji w innych dziedzinach życia, że nie tylko trzeba było wszystko organizować od początku, ale pierwsze lata upłynęły prawie wyłącznie w walce z szalającymi epidemiami, które pozostały, jako skutki czasu wojen, i poważnie zagrażały całemu krajowi. Główna uwaga, siły personelu i fundusze szły w tym kierunku, i organizacja w dziedzinie zdrowia publicznego zaczęła się właściwie dopiero po zwalczeniu epidemii. Rzecz naturalna, że ten okres organizacyjny w naszym życiu samorządowym spotykał się z ogromnymi trudnościami przede wszystkim natury finansowej, co się zaś tyczy zdrowotności miała ona do zwalczenia jeszcze jedną rzecz — psychologię ludności — jej uprzedzenia co do niektórych instytucji i szeregu nowych zarządzeń. Psychologja ta uległa wielkiej zmianie na lepsze właściwie dopiero od lat ostatnich.

Zastanawiając się teraz nad tym dziesięcioletnim okresem pracy organizacyjnej i ujmując go w cyfry, dzięki zebraniu ogromnego materiału cyfrowego dla wystawy samorządowej w Kielcach, możemy zobrazować, co, jak i w jakim kierunku zostało dokonane, i czy idziemy właściwymi drogami — jest to poniekąd rachunek sumienia za ubiegłe dziesięć lat, który nam pozwoli ocenić działalność samorządów naszego Województwa, a zarazem wytknąć drogę dalszej pracy.

Przystępując do zobrazowania poszczególnych dziedzin z zakresu zdrowotności, należy przede wszystkim rozpatrzyć wydatki zwyczajne i nadzwyczajne, które najlepiej charakteryzują całokształt pracy samorządowej w danej dziedzinie.

Wydatki zwyczajne.

Wydatki zwyczajne na zdrowie publiczne na terenie całego Województwa wzrosły w ciągu dziesięciolecia 3,3 razy i stanowiły w r. 1928 2.889.984 zł.

¹⁾ Referat wygłoszony na zjazdach działaczy samorządowych powiatowych w dniu 16 kwietnia, gmin wiejskich w dniu 21 kwietnia i gmin miejskich w dniu 28 kwietnia 1929 roku.

Procentowy stosunek tych wydatków do wydatków ogólnych samorządu nieco się zmniejszył w ciągu dziesięciolecia (z 10,4% do 9,7 — 10,1%), co dowodzi szybszego wzrastania wydatków w innych dziedzinach w porównaniu z dziedziną zdrowotności.

Wydatki na szpitalnictwo w znacznej mierze przewyższają wydatki na wszystkie inne cele zdrowotne, razem wzięte, co jest stałym zjawiskiem w ciągu całego dziesięciolecia i utrzymuje się prawie zawsze w jednakowym stosunku: 2 — 3 razy więcej wydatkuje się na szpitalnictwo, niż na inne cele zdrowotne.

Wydatki na głowę ludności wzrosły dopiero w ostatnich latach do 1 zł. 13 gr., utrzymując się przedtem na wysokości od 34 do 87 gr. czyli wzrosły, jak i ogólne wydatki na zdrowotność 3,3 razy.

Wydatki nadzwyczajne.

Te wydatki inwestycyjne wzrosły w nadzwyczajnym stosunku z 20.444 zł. w r. 1919 do 4.782.258 zł. w r. 1928, a w r. 1927 nawet do 7.036.454 zł., czyli wzrosły 233,9 razy; charakterystyczną cechą jest to, że do roku 1925 samorządy nie czyniły żadnych inwestycji. Większość wydatków nadzwyczajnych od r. 1925 była obracana przede wszystkim na wodociągi i kanalizację w miastach.

Procentowy stosunek wydatków nadzwyczajnych na zdrowie publiczne do ogólnych nadzwyczajnych wydatków samorządu, od kiedy zaczęto inwestować, waha się w różnych latach od 8,9% do 25,6%, co świadczy o znacznych funduszach, poświęconych w pewnych okresach na zdrowie publiczne.

Wydatki nadzwyczajne na głowę ludności wzrosły z 0,008 zł. w r. 1919 do 1,88 zł. w r. 1928, czyli 235 razy.

Z przytoczonych danych o wydatkach nasuwają się dwie uwagi: 1) że rozwój w dziedzinie zdrowia publicznego jest powolniejszy, niż w innych dziedzinach gospodarki samorządowej, 2) że inwestycje w ostatnich czterech latach szybko wzrosły, zwalniając nieco swoje tempo w r. 1928 i po 3 że samorządy inwestując upośledzają nieco rozwój szpitalnictwa, co, zresztą, znajduje pewne usprawiedliwienie w dużych zaniedbaniach sanitarnych.

Personel sanitarny.

Stosownie do wzrostu wydatków zwyczajnych na zdrowie publiczne znajduje się wzrost personelu sanitarnego. Personel lekarski wzrósł 4,37 razy — liczba lekarzy samorządowych w r. 1928 doszła do 179. Z różnych kategorii lekarzy najbardziej wzrosła liczba lekarzy szkolnych, a mianowicie 12,6 razy.

Personel pomocniczy powiększył się 2,64 razy i doszedł w r. 1928 do liczby 375 osób. Najbardziej wzrosła liczba higienistek szkolnych, których

do r. 1924 wcale nie było w samorządach, a w r. 1928 liczymy ich już 18; wzrosła także liczba wywiadowczyń - pielęgniarek, obsługujących przychodnie specjalne i ośrodki zdrowia, wywiadowczyń tych nie było wcale do r. 1925, a w 1928 liczymy ich 16.

Jak ogromne znaczenie dla higieny i czystości dziatwy szkolnej mają higienistki szkolne, których głównym zadaniem jest dopilnowanie czystości dzieci, za dowód może służyć miasto Białystok: do wprowadzenia w tem mieście (w r. 1922) higienistek szkolnych zawšenje dziatwy w szkołach powszechnych dochodziło do 29%, w pierwszym zaraz roku szkolnym po wprowadzeniu higienistek zawšenje spadło do feryj Bożego Narodzenia prawie do zera, po ferjach świątecznych, kiedy dzieci tylko w ciągu dwóch tygodni pozostawały bez opieki higienistek, zawšenje podniosło się do kilku %, poczem znowu spadło prawie do zera; w ciągu feryj letnich zawšenje podniosło się znowu do 16%. Takie wahanie się stopnia w zależności od dozoru higienistek lub zaprzestania ich pracy było stale obserwowane w ciągu kilku pierwszych lat.

Takie same ogromne usługi przynoszą wywiadowczynie - pielęgniarki w przychodniach specjalnych i ośrodkach zdrowia, o których działalności powiemy nieco później.

Wzrosła także znacznie liczba położnych (akuserek), a mianowicie 8,8 razy, liczymy ich obecnie 159.

Natomiast przy wzroście wszystkich sił pomocniczych nieznacznie zmniejszyła się liczba felczerów — z 31-go na 27.

Powyżej przytoczony wzrost personelu świadczy o zwróceniu przez samorządy dużej uwagi na rozwój medycyny zapobiegawczej, a nie tylko leczniczej — dowodzi tego wzrost liczby lekarzy i higienistek szkolnych, wywiadowczyń - pielęgniarek w przychodniach specjalnych i ośrodkach zdrowia, a także otoczenie przez samorządy większą opieką tak ważnej dziedziny, jak pomoc położnicza.

Zaopatrzenie w wodę.

Sprawa tej podstawowej dziedziny zdrowotności przedstawia się następująco:

Wodociągi ogólne.

Miast, posiadających wodociągi ogólne, na terenie Województwa w r. 1919 było tylko jedno — Pińczów, w r. 1925 i 1926 — trzy, przybyły Czeładź i Miechów, a w latach 1927 i 1928 — pięć, przybyły Olkusz i Radom.

Zaznaczyć tu należy, że wodociągi ogólne są na ukończeniu lub rozpoczęte w następujących miastach: w Częstochowie, Kielcach, Będzinie i Sosnowcu.

Studnie publiczne i źródła ujęte.

Liczba ich zwiększyła się 7,6 razy i w r. 1928 doszła do 259. Należy zaznaczyć, że szczególnie dużo wybudowano studzien publicznych w r. 1928.

Liczba osiedli bez własnych studzien zmniejszyła się 2,3 razy — takich osiedli mamy w r. 1928 — 91.

Powyższe dane świadczą o tem, że, jakkolwiek samorządy zrobiły ogromny wysiłek w sprawie zaopatrzenia większych miast w wodociągi ogólne, to jednakże zaopatrzenie w studnie publiczne mniejszych osiedli idzie w tempie wolnem, a pozostawienie 91 osiedli wiejskich bez wody jest bardzo znacznem zaniedbaniem ze strony samorządu. Osiedla te korzystają ze studzien w sąsiednich wioskach lub z wód stojących na łąkach, trzecia zaś część tych osiedli czerpie wodę ze źródeł nieujętych, skutkiem czego dobra woda źródłana jest stale zanieczyszczana. Oprócz tego nie wszystkie egzystujące studnie są w porządku, nawet w miastach — nieraz studnie nie są przykryte, mają zgniłą i dziurawą cembrowinę albo nie mają spadku od studni i stale przytwierdzonych wiader, skutkiem czego i dobra woda nieraz się bardzo zanieczyszcza.

Taki stan rzeczy ma ogromne znaczenie ujemne dla zdrowia ludności, gdyż w zależności od złej lub zanieczyszczonej wody powstają epidemie duru (tyfusu) brzuszego, czerwonki i innych chorób żołądkowo - kiskowych, szczególnie w porze letniej.

Kąpiele ludowe

Drugim takim samem zaniedbaniem jest bardzo mała liczba kąpeli ludowych, utrzymywanych przez samorządy; liczba ta wzrosła z jednej w r. 1919 zaledwie do 18-tu w r. 1928 na terenie całego Województwa. Liczba ta jest tak nikła, że nie obejmuje nawet wszystkich miast, których na terenie Województwa mamy 35, czyli, że zaledwie połowa miast posiada samorządowe kąpiele ludowe. Nadmiar złego, oprócz mykw żydowskich, źle naogół utrzymywanych, z których nie korzysta ludność chrześcijańska, kąpeli publicznych, utrzymywanych przez osoby prywatne, jest bardzo niewiele, nawet nie we wszystkich miastach wydzielonych. Tak ogromny brak kąpeli ludowych odbija się jaknajgorzej na racjonalnej walce z chorobami epidemicznymi, gdyż, jak wiadomo, brud jest najlepszem podłożem do rozwoju wszelkiego rodzaju zarazków chorobotwórczych, następnie utrudnia ogromnie walkę z zawśzeniem dziatwy szkolnej, i dalsze przewlekanie takiego stanu rzeczy świadczyłoby, że nie prędko podniesiemy ogólną kulturę ludności.

Usuwanie nieczystości.

Jak w stosunku do wodociągów ogólnych, tak zarówno i co do kanalizacji miasta wydzielone poczyniły ogromne wysiłki, w których wyniku mamy ukończoną od r. 1927 kanaliczację w Radomiu, na ukończeniu w Częstochowie, Kielcach i Sosnowcu, a rozpoczętą w Będzinie i Dąbrowie Górniczej, czyli, że w najbliższym czasie z ośmiu miast wydzielonych sześć będzie skanalizowanych, pozostaną najmniejsze — Zawiercie i Ostrowiec.

Liczba ustępów publicznych wzrosła 6,6 razy — mamy ich w r. 1928 120, co jednakże nie jest wystarczające ze względu przedewszystkiem na wadliwe zabudowanie wielu naszych miast, gdzie często spotykają się domy bez podwórz lub z tak małemi podwórzami, że niema miejsca na postawienie urządzeń sanitarnych.

Bardzo niska jest obecnie liczba miejskich taborów asenizacyjnych — nawet trzecia część miast nie posiada własnych taborów. Do tego należy dodać, że tak mała liczba taborów asenizacyjnych służy prawie wyłącznie do oczyszczania instytucji miejskich i najwyżej szkół, prywatni zaś właściciele nieruchomości zwracają się zwykle do prywatnych przedsiębiorców, którzy często nie mogą zaspokoić wszystkich zapotrzebowań, skutkiem czego zajmują się tym procederem okoliczni włościanie, wywożąc nieczystości z krańców miasta, nieraz w zwykłych beczkach, napełnianych czerpakami. Wobec tak złego stanu usuwania nieczystości w mniejszych miastach należy, aby samorządy całkowicie wzięły w swoje ręce tę sprawę, tembardziej, że przy umiejętnym zorganizowaniu oczyszczania i należytem wyzyskaniu nieczystości sprawa nie tylko nie jest deficytowa, ale może przynieść miastu korzyści. Zrzeszenie samorządów powiatowych, na dogodnych warunkach, zaopatruje osiedla w tabory asenizacyjne, o czym w swoim czasie informował samorządy Urząd Wojewódzki.

Najgorzej jednakże w tym dziale przedstawia się sprawa polewania placów i ulic, gdyż dopiero w roku 1924 zjawia się pierwszy beczkowóz miejski, a w r. 1928 mamy ich zaledwie 13, czyli, że znowu prawie tylko trzecia część miast troszczy się o tak prymitywny warunek zdrowotności, jak możliwie czyste powietrze, które się tak niepomiernie zanieczyszcza z powodu nieodpowiedniego stanu sanitarnego osiedli, zwłaszcza przy niedostatecznym i złym zabrukowaniu. Do tego należy dodać, że prawie we wszystkich miastach, nie wyłączając i wydzielonych, to zgoła niedostateczne polewanie stosuje się prawie wyłącznie tylko do placów publicznych i odcinków ulic, przylegających do instytucji miejskich, oraz, że ilość użytkowanej do polewania wody jest nieznaczna, z wyjątkiem polewania za pomocą samochodów. Jakkolwiek

we wszystkich regulaminach sanitarno - porządkowych miast wydzielonych nakazano właścicielom nieruchomości polewanie ulic dwukrotnie w ciągu dnia, jednakże nakaz ten zostaje zwykle na papierze, a jeżeli dozorczy polewają ulice w wyjątkowo upalne dni, to tak skąpią pracy i wody, że polewają nieraz kubkami lub nawet skrapiają ręką.

Wobec tego, że polewanie, zwłaszcza przy brukach z kamienia polnego, jest rzeczą nieodzowną dla zdrowotności mieszkańców, i że unoszący się kurz zatrzuwa wprost życie ludności, władze miejscowe i organy sanitarne miejskie, jak zarówno i policja winny zrewidować swój dotychczasowy stosunek do tak ważnej sprawy i dołożyć wszelkich starań, aby ta sprawa została raz nareszcie należyście uregulowana.

Zadrzewienie.

Zadrzewienie osiedli nie w tej mierze sprzyja u nas czystości powietrza, jakby tego należało oczekiwać, ponieważ postępuje zbyt wolno, tembardziej, że dotyczy przedewszystkiem szos, gdy tymczasem niezbędnem jest, i Pan Minister na to nalega, aby zadrzewiano ulice i place. Zadrzewienie ogólne w stosunku do r. 1919 zwiększyło się 3,5 razy — liczba zasadzonych drzew w r. 1928 doszła do 74.560.

Dozór nad żywnością.

Liczba badań produktów żywnościowych wzrosła w ciągu dziesięciolecia 11 razy. Badania te są dokonywane przeważnie przez kontrolerów sanitarnych i dotyczą tylko niektórych produktów. Sprawa ta oczekuje lepszego rozwiązania przez zakładanie w większych miastach pracowni do badania produktów żywnościowych pod kierunkiem specjalistów.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dla Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Naczelnika Urzędu do spraw mniejszości w Katowicach w sprawie uznania sanatorium św. Tadeusza w Ciechocinku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uznaje zakład leczniczy dla dzieci w Ciechocinku p. n. Sanatorium św. Tadeusza w myśl par. 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 VIII 1926 (Dz. U. Nr. 95 poz. 555), jako zakład, nadający się do leczenia dzieci funkcjonariuszów państwowych.

Sanatorium to czynne jest cały rok.

W załączeniu przesyła się arkusz wywiadowczy, dotyczący dziecka, mającego być przyjętem do Sanatorium, oraz warunki przyjęcia dziecka. Lekarz umówiony państwowej pomocy lekarskiej, skoro uzna za wskazane wysłanie chorego dziecka do tego Sanatorium, powinien funkcjonariusza państwowego zaznajomić z warunkami przyjęcia oraz wypełnić arkusz wywiadowczy i przekazać do Sanatorium.

Funkcjonariusz przesyła wtedy zapytanie wraz z owymi załącznikami do Zarządu Sanatorium św. Tadeusza w Ciechocinku, czy jest wolne miejsce oraz kiedy ma dziecko przywieźć. Po otrzymaniu odpowiedzi odwozi dziecko do Zakładu, stosując się ściśle do warunków, wymaganych przez Sanatorium.

Koszty przewiezienia dziecka do Sanatorium i z powrotem ponosi funkcjonariusz.

Ponadto pokrywa z góry za każdy miesiąc 25% opłaty dziennej, przewidzianej w pkt. 15 warunków, t. j. 1 zł. 25 gr. za

każdy dzień, czyli za 30 dni pobytu powinien funkcjonariusz uiścić z góry 37 zł. 50 gr. Resztę, t. j. 75% opłaty pokrywa Skarb Państwa.

W wyjątkowych wypadkach może funkcjonariusz państwowy wnieść prośbę do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) o zwolnienie częściowe od opłaty 25%.

Sanatorium św. Tadeusza w Ciechocinku przysyłać będzie rachunki za dzieci funkcjonariuszów państwowych do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a Departament będzie je likwidował i wypłacał.

O powyższem zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) zawiadomić wszystkich lekarzy umówionych państwowej pomocy lekarskiej, dołączając im po 1 egzemplarzu warunków przyjęcia, oraz wzór arkusza wywiadowczego dla dziecka.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński.

— Warunki przyjęcia dziecka do Sanatorium św. Tadeusza w Ciechocinku, czynnego cały rok.

1. Przyjmuje się dzieci obojga płci w wieku od lat 6 do 12.
2. Przyjmuje się dzieci, chore na krzywicę, żółty, sprawy gruźlicowe oraz gruźlicę kostną nieotwartą.
3. Wyłącza się od przyjęcia dzieci, których stan ogólny nie rokuje nadziei poprawy w Ciechocinku, dzieci nienor-

malne umysłowo, dzieci, chore na choroby ostre i przewlekłe udzielające się, oraz dzieci, mające wady, nieprzyjemne dla otoczenia.

4. Dzieci, przyjęte do Sanatorium, podlegają zarówno pod względem leczenia, jak i wychowania przepisom, obowiązującym w Zakładzie.

5. Rodzice lub opiekunowie nie mogą stawiać żądań, przekraczających przyjęty w Zakładzie porządek. Co do ubrania dzieci, rozkładu zajęć, zabaw, przechadzek i t. p. decyduje wyłącznie kierowniczka Zakładu.

6. Odwiedzanie dzieci dozwolone jest jedynie w niedzielę.

7. Przesyłanie dzieciom żywności nie jest dozwolone. Pieniądze zaś, przesyłane dzieciom, należy adresować na ręce Zarządu Sanatorium. Zarząd zastrzega się, że na żadne reklamacje o pieniądze, przesyłane w listach do dzieci, przywiezione przez dzieci lub doręczone bezpośrednio dzieciom, a niezłożone w Zarządzie Sanatorium, nie będzie odpowiadać.

8. Dziecko powinno być z domu zaopatrzone w:

- a) 3 zmiany bielizny,
- b) 2 sukienki (ubranka),
- c) 3 pary całych mocnych pończoch,
- d) 2 pary całych mocnych bucików,
- e) 1 parę sandałów,
- f) 3 ręczniki,
- g) 6 chusteczek do nosa,
- h) 1 sweter,
- i) 1 płaszcz,
- k) 1 grzebień gęsty do włosów (dziewczynki ponadto 1 grzebień rzadki).

l) 1 szczotkę do włosów,

m) szczoteczkę do zębów,

n) metrykę urodzenia,

o) ostateczne świadectwo szkolne, i

p) książki szkolne.

9. Chłopcy winni mieć włosy krótko ostrzyżone. W wypadkach w celach leczniczych lub zapobiegawczych może kierowniczka zarządzić ostrzyżenie i dziewczynek.

Sanatorium św. Tadeusza w Ciechocinku.

Arkusz wywiadowczy.

dotyczący dziecka, mającego być umieszczonym w Sanatorium.

1	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia (powiat, województwo)	
	Miejsce zamieszkania (powiat, województwo)	
2	Imiona i nazwisko rodziców względnie opiekuna, oraz ich wiek.	
	Zajęcie i miejsce zamieszkania rodziców względnie opiekunów (powiat, województwo)	
3	Warunki mieszkania, odżywiania i opieki chorego dziecka.	
4	Dane, dotyczące dziedziczenia chorób lub skłonności do chorób (rodzice, rodzeństwo)	

Podpis osoby, opiekującej się dzieckiem:

Wynik badania i opinia lekarska:

5	Data badania i rozpoznanie oraz uwagi lekarza.	
---	--	--

Podpis lekarza leczącego:

10. Na rzeczy, przywiezione z dzieckiem, osoba, odwołująca dziecko otrzymuje pokwitowanie, które zwraca przy odbiorze dziecka.

11. Rzeczy, podlegających zużyciu, a których zużycie usprawiedliwi cz s pobytu dziecka w Sanatorium, dziecko nie otrzymuje z powrotem.

12. Za rzeczy, zniszczone przez dziecko, Zarząd Sanatorium nie odpowiada.

13. Dzieci, pozostające przez dłuższy przeciąg czasu, muszą mieć wyprawkę swoją uzupełnianą z domu. O ileby żądane przez Sanatorium rzeczy nie zostały nadesłane, Zarząd Sanatorium sprawi rzeczy, konieczne dla dziecka, na rachunek osoby umieszczającej dziecko.

14. Za szkody, wyrządzone w Sanatorium przez dziecko, Zarząd ma prawo żądania zwrotu pełnej wartości zniszczonego przedmiotu.

15. Opłata dzienna za pobyt dziecka, t. j. utrzymanie, leczenie oraz wszelkie zabiegi lecznicze wynosi 5 zł.

16. Pragnący umieścić dziecko w Sanatorium otrzymuje z Zarządu arkusz wywiadowczy, który winien być dokładnie wypełniony w rubrykach od 1 — 4 przez osobę, wysyłającą dziecko, a w rubryce 5 przez lekarza. Arkusz ten należy przestać do Sanatorium wraz z zapytaniem, czy znajdzie się miejsce dla dziecka i kiedy dziecko ma być do Sanatorium przywiezione.

17. Wszelkie korespondencje należy adresować: Zarząd Sanatorium św. Tadeusza w Ciechocinku.

— Czasopiśmiennictwo lekarskie polskie wzbogaciło się znowu o 2 wydawnictwa:

1) *Folia Morphologica* — organ Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego — pod redakcją prof. E. Lotha — ogłaszać będą rozprawy naukowe z zakresu morfologii zwierząt, referaty i wskazówki bibliograficzne o pracach polskich w tej dziedzinie oraz sprawozdania z działalności Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego. Każdnie wydany zeszyt 1 zawiera interesujące prace: Lotha, Tura, Dehnela i Bilewicz, referaty, sprawozdania i spis polskich zakładów i pracowni, poświęconych anatomii i zoologii oraz naukom pokrewnym, ułożony przez Ludwika Dzwonkowskiego i Piotra Słonimskiego.

2) *Przegląd Sportowo-Lekarski*, kwartalnik, poświęcony fizjologii, patologii i higienie sportu, wychowaniu fizycznemu i pracy — pod redakcją Doc. G. Szulca, ppłk. lek. i Dra W. Missiuro, mjr. lek. Nr. 1, zawierający, oprócz słowa wstępnego od redakcji, 7 artykułów oryginalnych, sprawozdania, streszczenia, bibliografię i kronikę, przedstawia się okazale i interesująco.

— Zarząd Sekcji Neurologicznej XIII-go Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich, mającego odbyć się w dniu 26—29 września 1929 r., podaje do wiadomości, że codziennie zrana od godz. 9—10 odbywać się będą posiedzenia plenarne z referatami bez dyskusji. Na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego referaty wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu — Prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: *Przemiana materii w ustroju zwierzęcym a roślinnym*, w drugim dniu — Prof. dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: *Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne*, w trzecim dniu — Prof. dr. E. Piasecki z Poznania na temat: *Biologiczne podstawy wychowania fizycznego*, w czwartym dniu — Prof. dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: *Zagadnienie choroby rąka w nauce i życiu społecznym*. Na ostatnim posiedzeniu przemówienie, poświęcone pamięci J. Mianowskiego, z powodu 50-lecia Jego śmierci, wygłosi Prof. A. Wrzosek z Poznania.

Na popołudnie 26. XI 29 r. jest przewidziane wspólne posiedzenie Sekcji Psychiatrycznej i Neurologicznej na temat: *Psychopatja konstytucjonalna* z referentami:

Dr. E. Minkowski. O dziedziczności.

Dr. J. Mazurkiewicz. Życie afektywne psychopatów.

Dr. Gawroński. Metody leczenia psychopatów.

Dr. Wilczkowski. Badanie serologiczne psychopatów.

Dr. W. Sterling. Postacie psychopatyczne.

Dr. M. Grzegorzewska i Rozenblumówna.

Dzieci psychopatyczne.

Dr. J. Nelken. Psychopatja w wojsku.

Dr. W. Łuniewski. Sądowo-psychiatryczne znaczenie psychopatji.

W dniu 27. IX. 29 r. o godz. 10-ej rano wspólne posiedzenie z Sekcją Psychiatryczną, na którym zostaną wygłoszone referaty:

Doc. Dr. M. Rose. *Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej*, Dr. J. Hurynowiczówna. *O znaczeniu chrońności w fizjologii i klinice*.

Tegoż dnia po południu posiedzenie Sekcji Neurologicznej z tematem głównym: *Neurotorowalność opon*. — referenci: Dr.

Arendt (część kliniczna), Dr. Z. Messing (część anatomiczna). Referaty luźne: Prof. St. Władyczko. *Współczesne poglądy na histerję*.

Dnia 28. IX. 29 r. przedpołudniowe posiedzenie Sekcji Neurologicznej z tematem głównym: *Dystonia*. Referenci: Dr. Brzezicki i Dr. Dzierżyński. Potem referaty luźne. Tegoż dnia po południu Posiedzenie Sekcji Neurologicznej będzie poświęcone: 1) Sprawie utworzenia Polskiego T-wa Neurologicznego (referuje Prof. St. Władyczko). 2) Referaty luźne: W. Niechay (hospitant Kliniki Neurologicznej U. S. B.) i Dr. J. Hurynowicz. Zmiany we krwi u chorych na kiłę systemu nerwowego (doniesienie tymczasowe).

Dnia 29. IX. 29 r. Zamknięcie Zjazdu.

Podając powyższe informacje, Zarząd Sekcji Neurologicznej uprasza o nadsyłanie zgłoszeń odczytów luźnych oraz streszczeń referatów do dnia 15 lipca b. r. W pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronicę druku, na referaty mniejsze po 1/2 stronicę.

W myśl postanowień Statutu Zjazdu (§ 25) na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy po 10 minut.

Sekcja mieszkaniowa uprasza wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłoszenie swego udziału przed dniem 31 sierpnia w celu przygotowania odpowiednich mieszkań. Zawiadomienia należy skierowywać do przewodniczącej sekcji Dra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (Wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach). Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowe w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66%-wa zniżka na drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa pod kierownictwem Prof. M. Limanowskiego i Prof. B. Rydzewskiego organizuje szereg wycieczek w okolicy Wilna. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem prof. Ruszczyca.

Na okres Zjazdu będzie czynną wystawa. Przewodniczącym sekcji wystawowej jest Prof. J. Muszyński (Wielka 24).

Udział w Zjeździe ustalono: dla członków zł. 30, dla uczestników zł. 20. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładek przy zamawianiu mieszkań do P. K. O. konto Nr. 81309.

Zarząd Sekcji Zygmuntowska 4 — I Prof. St. Władyczko oraz Dr. J. Hurynowicz ul. Mickiewicza 15 m. 6, Wilno.

Sekretarz

Przewodniczący

(—) dr. J. Hurynowicz. (—) prof. S. Władyczko.

— Fundacja przyjaciół J. A. Sicarda. Przyjaciele, koledzy i uczniowie zmarłego niedawno w Paryżu profesora Sicarda postanowili umieścić jego podobiznę w płaskorzeźbie w sali szpitala Necker, w której ordynował. Obok tego zamierzają oni zebrać kapitał pod nazwą fundacji przyjaciół J. A. Sicarda, z którego to kapitału odsetki będą stanowiły zapomogę bądź na badania laboratoryjne, bądź na ogłoszenie wyników tych badań. O zapomogę ubiegać się będą mogli wszyscy bez różnicy stanowisk i narodowości. Jedynym warunkiem będzie żądanie, aby badania dotyczyły fizjopatologii lub leczenia chorób układu nerwowego albo zagadnienia ogólnobiologicznego.

Projektodawcy zwracają się do wszystkich, którym zależy na uczczeniu pamięci wielkiego lekarza i uczonego, o udział w tem przedsięwzięciu. Każdy subskrybent otrzyma reprodukcję podobizny Sicarda. Wkłady wysyłać należy pod adresem: M. M. Masson et C^{ie}, Trésoriers, 120, Boulevard Saint-Germain.

TREŚĆ: H. HIGIER. Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie. (Dok.) F. MICHALEC. W sprawie dodatniego odczynu Wassermanna w zwalniającem zapaleniu wsierdza (endocarditis lenta) bez zakażenia kiłowego. ST. KRAMSZTYK. Nowe kierunki w nauce o żywieniu (Str. zbior. dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — B. OSTROMECKI. Zdrowotność publiczna w samorządach województwa Kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919 — 1928. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Les névroses générales, les psychonévroses et les organonévroses dans la médecine moderne et leur traitement rationnel. (fin). — F. MICHALEC. A propos du Wassermann positif dans l'endocardite lente sans infection syphilitique. — ST. KRAMSZTYK. Nouvelles directions dans la science d'alimentation. (Rev. gén. fin.). — B. OSTROMECKI. La santé publique dans le département Kielce en 1919 — 1928.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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

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

Paris (6-e). Uczestnicy zagraniczni mogą wnosić swoje wkłady na ręce członków Komitetu swojego kraju. Członkiem Komitetu na Polskę jest kol. Edward Flatau, Chmielna 60, Warszawa.

— Nr. 11 dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi wiadomości z dziedziny badań nad egocentryzmem mowy u małych dzieci pióra M. Jacynówny, artykuł „Nie wolno” W. Borudskiej, analizujący szkodliwość nieumotywowanych zakazów oraz zagadnienie racjonalnych urządzeń opiekuńczych dla dzieci w pensjonatach M. Dobrowolskiej. Dalej M. Sopoćkova pisze o wycinankach, Dr. Marja Kłosińska „O kąpielach słonecznych, powietrznych i rzecznych”. M. Morzkowska „O rozłożeniu i przygotowaniu posiłków w okresie niemowlęctwa”, Dr. P. Gleicha „Jak zapobiegać płonicy”. W dziale „Matki między sobą” podane są dyskusji sprawy: chronienia dzieci od zarazków, hartowania i odzwyczajania od smoczka.

Numer uzupełnia bogaty wybór ubranek i mebelków dziecięcych, a także starannie prowadzony dział porad higienicznych i dietetycznych.

— W Nr. 5 „Wiedzy i Życia” St. Małachowski-Kempicki odtwarza okres późniejszy Księstwa Warszawskiego od r. 1812-15. Autor z właściwym mu obiektywizmem i głęboką znajomością tła historycznego zapoznaje czytelnika z organizacją, wpływami i znaczeniem ówczesnej organizacji „Wielkiego Wschodu Narodowego Polskiego”. Liczne podobizny przywódców ruchu, pieczęcie, symbole etc. ożywiają tę zajmującą pracę.

W tymże numerze „Wiedzy i Życia” znajduje się praca W. Husarskiego, charakteryzująca twórczość Domenico Theotocopuli El Greco — mistrza pędzla XVI wieku, który przeszedł do historii pod bardziej popularną nazwą „El Greco”. Zagadnienie niesamowitych cech jego twórczości, graniczących niekiedy z anomalją psychologiczną, a mimo wszystko genialnych — przedstawił W. Husarski w pięknym szkicu, ilustrowanych artystycznymi rycinami z dzieł El Greca.

Dr. M. Skalińska w szkicu p. t. „O istocie przystosowań” wyklada o dwóch siłach, charakteryzujących powszechnie dostrzegalną harmonję w przyrodzie, — wyrażającą się w przystosowaniu organizmów do swego otoczenia; siłami temi są: dziedziczność i zmienność. Czytelnik znajdzie tu pouczający, nader cenny wykład, zobrazowany ciekawymi przykładami z życia świata roślinnego.

Nawiązując do obchodzonego niedawno (w maju b. r.) narodowego święta rumuńskiego dziesięciolecia zjednoczenia państwowego ziem rumuńskich znana publicystka I. W. Kosmowska daje wysoce interesujący zarys dziejów „Romanji”, jak też i obecnego stanu kultury i układu stosunków politycznych.

W dziale Zbliża i Zdaleka znajdujemy krótkie a tem niemniej bardzo rzeczowo ujęte wiadomości o międzynarodowej inicjatywie w zakresie unormowania gospodarki państw wchodzących w skład Ligi Narodów i normalizacji ich wytwórczości w zakresie nauki i kultury.

ZMARLI.

Władysław Stankiewicz, nestor chirurgów warszawskich, były lekarz naczelny szpitala Ewangelickiego — w Warszawie.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

Prof. W. Grzywo-Dąbrowski. L'avortement et l'infanticide à Varsovie après la guerre. Odb. z „Annales de Méd. Légale”. 1928. Nr. 9. Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Un. Warsz. za rok 1928. Odb. z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego” 1928.