

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

ADRES ADMINISTRACJI:
UL. MARSZAŁKOWSKA 71. TEL. 334-48

Konto czekowe
P.K.O. Nr. 86-96.

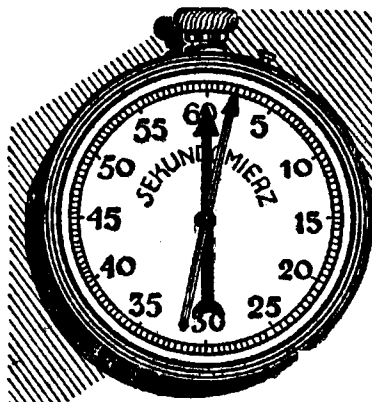
ADRES REDAKCJI:
UL. SIENKIEWICZA 12 m. 28.

Nr. 27

WARSZAWA, 3 LIPCA 1930 R.

Rok VII

**Niema niezależności Państwa bez niezależnego
i silnego przemysłu chemicznego!**



TRZY SEKUNDY DLA DOBRĄ PAŃSTWA

Trzy sekundy tylko potrzeba na dopisanie na receptę przy
nazwie preparatu nazwy firmy polskiej produkującej dany środek.

To zabiega wydaniu z apteki środka obcego pochodzenia
i sprzyja dalszemu rozwojowi przemysłu krajowego, zwalcza bezrobocie,
poprawia bilans handlowy, ustala walutę i budzi dalszą przedsiębior-
czość w uniezależnianiu się od zagranicy.

Jeżeliby każdy lekarz Polak codziennie poświęcił owe trzy se-
kundy, przemysł chemiczno-farmaceutyczny działałby w ciągu krótkiego
czasu to, co gdzieindziej trwało długie lata.

Liga Samowystarczalności Gospodarczej

Warszawa, ul. Hoża 74. Tel. 125-36.

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



L. WŁODARCZYK

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻ. OD HERBATY
DZIENNE

DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY
OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI
W CIĄGU DNIA.

DAWKĄ DLA DZIECI - STOSOWNIE DO WIEKU.

Wskazania: Rozedma płuc,
Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt
oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe,
Wszelkie wskazania terapii jodowej.

L. NASIEROWSKI • WARSZAWA • PIĘKNA 62 • TEL. 124-39, 30-42 • PROBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WPP. LEKARZY

COMBRETINE

Wyciąg płynny z Combretum Rambaultii H.

REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY.

ŻÓŁTACZKI WSZELKIEGO RODZAJU.

NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCNZIKA
ZAPARCIE NAWYKOWE.

Dawkowanie: 3 razy dziennie po 20—30 kropel.

Skład główny: L. NASIEROWSKI, Warszawa, Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE WPP. LEKARZY.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 3 LIPCA 1930 R.

Nr. 27

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne



M. m. 5918

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem

(Ordynator: G. Lewin)

W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej

podał

Michał SZOUR (Warszawa).

Istota białaczki ostrej, wyodrębnionej klinicznie po raz pierwszy przez Friedricha w roku 1857, nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniona; ostatnio kwestionowana jest przez niektórych badaczy przynależność jej do grupy białaczek, przez innych nawet jej odrębność. Niektórzy autorzy wprowadzają pojęcie nietypowego odczynu szpikowego lub limfatycznego na czynniki infekcyjne, toksyczne i t. p.; usiłują oni (Sternberg, Lubarsch, Jagić, unas Tempka, Felix i Sciesiński i inni) utożsamić białaczkę ostrą z ciężkim nietypowym odczynem szpikowym, wzgl. limfatycznym. Upoważnia ich do takiego wniosku z jednej strony podobieństwo objawów klinicznych i anatomico-histologicznych w stanach reakcji układu krwiotwórczego na infekcję do cech znamienych białaczki ostrej, z drugiej zaś strony różnorodność obrazów chorobowych w postaciach ostrej białaczki, czyniąca te postaci klinicznie mało zbliżonymi do siebie. Nie podzielamy tego poglądu, o czym szczegółowo niżej. Że wskutek wielobarwności obrazów chorobowych białaczki ostrej rozpoznanie jest niekiedy wielce utrudnione, dowodzą poniższe dwa przypadki, obserwowane przez nas w sierpniu 1929 r. Szczegółowy rozbiór tych przypadków i wyprowadzone stąd wnioski mają się przyczynić do bardziej racjonalnej oceny niektórych niejasnych stanów klinicznych. —

Przyp. I-y. 20-letnia panna Sz., uczennica kursów akuszerzyjnych, od 2-ch lat cierpiała, według orzeczeń lekarzy, na katar lewego szczytu płuc i znaczną niedokrewność. Głównymi dolegliwościami były: prawie stała podgorączkowa t^0 , bóle głowy i pleców, pocenie się, szczególnie nad ranem, lekki kaszel, skąpa śluzowa płwocina, stałe łaknienie, ogólne osłabienie. W lecie 1929 r., za poradą lekarzy, chora wyjechała do Otwocka w celu leczenia klimatycznego. Oczekiwana poprawa stanu zdrowia nie nastąpiła; natomiast w końcu lipca

t^0 podniosła się do 38.0^0 i wyżej, kaszel się wzmógł, wystąpiło klucie w lewym boku. Chora wróciła do Warszawy, gdzie wezwani lekarze stwierdzili zmiany zapalne w dolnej części lewego płuca. Stan zdrowia w ciągu 10 dni pobytu w Warszawie był zmienny, t^0 — wahała się między 37.0^0 i 38.0^0 . W ostatnich dniach lekarze orzekli, że ogniska zapalne w płucach zmniejszyły się i rokowali szybki powrót do zwykłego stanu zdrowia.

St. o b. (13-VIII 1929 r. w 11-ym dniu choroby). Osoba średniego wzrostu, prawidłowo i kształtnie zbudowana, dobre go odżywiania, o jaskrawo-rudych włosach. Powłoki skórne i dostępne badaniu błony śluzowe — b. blade, na twarzy — lekki odcień żółtawy, podżółtaczkowe zabarwienie białówek. Pod szczęką dolną i wzdłuż obydwu mięśni mostkowo-obożczykowo-sutkowych — do 10 drobnych gruczołów chłonnych, twardawych, niebolesnych przy obmacywaniu, nie zrośniętych z otoczeniem. W płucach — objawy nieznacznego zgęszczenia i nieżyty lewego szczytu płuc, lekkie tarcie lewej opłucny w bocznej i dolnej części lewego płuca oraz kilka drobnych ognisk w dolnym płacie lewego płuca, nad którymi wysłuchuje się nieliczne trzeszczenia. W innych narządach wewnętrznych, w jamie ustnej, w układzie nerwowym i t. d. zmian chorobowych nie stwierdza się. — T^0 około 38.0^0 , tętno około 90 na', miarowe, d. miękkie. —

Przypuszczalne rozpoznanie: *infiltratio et catarrhus apicis sinistri, pleuritis sicca sinistra, pneumonia catarrhalis lobi inferioris sin., anaemia secundaria*; rozpoznanie to nie określało narazie rodzaju ognisk zapalnych (specyficzne?) oraz pochodzenia wtórnej niedokrewności, której natężenie nie mogło być objaśnione wynikami badania przedmiotowego. 15-VIII — t^0 — niższa, samopoczucie lepsze, trzeszczeń w płucach mniej. 16-VIII nagle znaczne pogorszenie się stanu zdrowia. T^0 39.5^0 , tętno — 130—140 na', b. drobne, szybkie i głębokie oddechy — do 30-40 na', przykre sensacje w okolicy serca; powłoki skórne i błony śluzowe znacznie bledsze, niż poprzedniego dnia. W płucach — bez większych zmian, raczej poprawa, w sercu nieznaczne rozszerzenie w wymiarach poprzecznych, szmer skurczowy na wszystkich zastawkach o charakterze czynnościowym, wątroba, śledziona — nieznaczne; 17-VIII do 23-VIII chora skarży się na bicie serca, duszność, zawroty głowy, mdłości, coraz większe osłabienie ogólne. Gorączka wysoka o typie posoczniczym, bledłość z żółtawym odcieniem codziennie znacznie się nasila, szybko postępuje charłactwo. W płucach — zmniej-

szenie objawów ogniskowych, w sercu — rozszerzenie granic przytłumienia opukowego o 2 palce poprzeczne w prawą i lewą stronę, szmery skurczowe i rozkurczowe czynnościowe na wszystkich zastawkach, częstoskurcz do 130 — 150 i więcej na', wątroba, śledziona, gruczoły chłonne, poza wymienionymi wyżej — niemacalne. Tętno drobne, do 130 150 na', w ostatnich dniach niemiarowe. Mocz, kilkakrotnie badany, zawierał ślad białka i wyraźny urobilinogen; osad — bez większych zmian. Płwocina: włókna elastyczne, Koch —. Krew morfologicznie (z przyczyn, od nas niezależnych, zbadana dopiero 2 dni przed śmiercią przez dr. Cygielstreichową) wykazała neutrochłonną hiperleukocytozę (23.500 leuk. w 1 mm.³, w tem 79% neutrochłonnych, przeważnie segmentowanych, 20% limfocytów, 1% monocytów i przejściowych, 0% eozynochłonnych i tucznych), 850.000 krwinek czerwonych w 1 mm.³, hemoglobiny około 20%, wskaźnik barwny około 1,2, b. mało płytek o postaciach normalnych, anizo i poikilocytozę, pojedyncze normoblasty, brak makro-megalocytów, megaloblastów i patologicznych postaci białych ciałek krwi. — Czas krwawienia *in vivo* i *in vitro* — w granicach normy; objawy opukowy, opaskowy — ujemne; wybroczyn krwawych na skórze, błonach śluzowych, na dnie oka — nie stwierdzono. Owrzodzeń w jamie ustnej i innych miejscach — nie wykryto. Badanie możliwych punktów wyjścia dla zakażenia ogólnego lub krwotoku wewnętrznego (również i specjalne ginekologiczne) dało wynik ujemny. 24.VIII — obrzęk płuc, zejście śmiertelne.

Zejście śmiertelne w przypadku tym było więc wynikiem ciężkiego 7-io dniowego powikłania poprzedniego stanu chorobowego; powikłanie to, o cechach klinicznych posocznicy, w ciągu krótkiego czasu wywołało ciężkie zaburzenia układu erytroblastycznego szpiku kostnego, objawiające się w nieprzerwanie postępującej naprzód niedokrewności bez wyraźnych objawów regeneracji w preparatach krwi obwodowej, w neutrochłonnej hiperleukocytozie, małopłytkowości i urobilinurji. Nie stwierdzono objawów skazy krwotocznej, powiększenia śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych, poza powiększoną na początku choroby, lub zmian wrzodzących na błonie śluzowej jamy ustnej. Rozpoznanie — ?

Przyp. II-gi. Chory J. N., lat 30, przyjęty na oddział chorób wewnętrznych D-ra G. Lewina 14.VIII 1929 r. (Nr. 2712 ks. gł. chor.). Wywiady: chory podaje, że od 7-ia miesięcy cierpi na bóle w okolicy dołka międzyżebrowego, które występują zwykle w ½ godz. po spożyciu pokarmów i trwają około 1 godziny; jednocześnie miewa cuchnące odbijania. Jest b. osłabiony, przy najmniejszych wysiłkach odczuwa silne bicie serca. Od 3-ich lat odczuwa wysychanie w gardle połączone z lekkim kluciem. Kaszle niewiele, w płwocinie jednak niekiedy ukazuje się domieszka krwi. Przed 2-ma miesiącami miewał stałe krwawienia z dziąseł; krwawienia były d. obfite i trwały około 6-ia tygodni. Od 7-miu miesięcy stale gorączkuje (od 37.0° do 38.2°), miewa poty nocne. Przed 10 laty przechodził dur plamisty, innych chorób sobie nie przypomina. Alkoholu nie używa, nie pali. Żona i dzieci zdrowe, poronień żona nie miała. Anamneza rodzinna bez znaczenia.

St. 6 b. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Powłoki skórne i błony śluzowe — b. blade. Odcień żółtaczkowy skóry na twarzy; podżółtaczkowe zabarwienie białówek. — Dziąsła blade, obrzęknięte, krwawią przy ucisku. Płuca: nad lewym szczytem wypuk przytłumiony z oddechem zastrzonym; w dolnych płatach płuc — oddech osłabiony. Serce — w granicach normy. Jama brzuszna normalnie wyśklepiona; w okolicy wątroby — opór mięśniowy, śledziona wystaje z pod łuku żebrowego o 1 palec poprzeczny.

Gruczoły chłonne — niemacalne. Mostek i kości długie na ucisk nie bolesne. Guzy krwawnicze odbytnicy — niewielkie, nie krwawią. Układ nerwowy bez zmian patologicznych. T° 37.6°, tętno drobne, miarowe, 110 na'. Mocz: urobilinogen + +, pozatem — norma. Krew morfologicznie: hemoglobiny 30%, erytrocytów 1.340.000 w 1 mm.³, wskaźnik barwny około 1.1, leukocytów 13.000 w 1 mm.³ w tej liczbie 75% neutrochłonnych, 18.5% limfocytów, 3.0% monocytów i przejściowych, 0.5% eozynochłonnych; patologicznych leukocytów nie stwierdza się, brak również megalocytów i megaloblastów, natomiast lekka wielobarwność czerwonych ciałek krwi, anizo i poikilocytoza, sporo normoblastów; płytek około 50.000 w 1 mm.³, patologicznych płytek nie dostrzega się. W surowicy krwi — bilirubinemia, Wass. — Czas krwawienia — 3', czas krzepliwości (wedł. Wrighta) — 10'; objawy: opukowy, opaskowy — ujemne. Pirquet i Ponndorf — słabo dodatnie. Badanie laryngologiczne: *pharyngitis sicca atrophicans* (wskutek anemji?). Inne badania kliniczne i laboratoryjne — nie szczególnego nie wykazały. Stan ten z niewielkimi wahaniem (również i w składzie morfologicznym krwi obwodowej) trwał do dnia 23.VIII, gdy nagle t° podniosła się do 39.0° — 39.5°, liczba uderzeń tętna — do 120 — 130 na', wystąpiła duszność — do 25 oddechów na', lewa granica przytłumienia serca przesunęła się w stronę lewą o 1 palec poprzeczny, zjawiał się szmer skurczowy czynnościowy na zastawce dwudzielnej, znacznie zwiększyła się bladeść powłok skórnych i błon śluzowych nieco wyraźniej zaznaczył się odcień żółtawy na twarzy. Od tego dnia codzienne pogarszanie się stanu zdrowia. T° — do 40.0° o typie posocznicy, tętno coraz szybsze, drobniejsze, w końcu niemiarowe, coraz większe rozszerzenie serca w prawą i lewą stronę, szmery skurczowe i rozkurczowe nad wszystkimi zastawkami, śledziona nieco większa, niedokrewność z dnia na dzień coraz wybitniejsza, postępujący spadek limfocytów w preparatach krwi obwodowej, charłactwo; podmiotowo — skargi na duszność, nudności, wymioty, przykre uczucie zicia serca, brak łaknienia, bezsenność i szybko postępujące osłabienie ogólne. Nie stwierdzało się objawów skazy krwotocznej, ani wrzodzących zmian w jamie ustnej lub w innych miejscach. Posiew krwi: — Badanie morfologiczne krwi z dnia 29.VIII (Dr. Dworecki) dało wyniki następujące. Liczba białych ciałek krwi w 1 mm.³ — 16.000, czerw. c. krwi — 810.000, wskaźnik barwny — około 0.6, hemoglobiny około 10%, wzór ciałek białych: obojętnochłonnych — 95%, w tem myelocytów 6%, postaci młodocianych 1%, postaci o jądrze pałeczkowatym — 2%, postaci o jądrze segmentowanym 86%, limfocytów 0%, monocytów i przejściowych — 5%; pozatem anizo i poikilocytoza, wielobarwność erytrocytów, sporo normoblastów, pojedyncze makroblasty. Tegoż dnia (29.VIII 1929 r.) chory zmarł. Oględziny pośmiertne (w skróceniu), wykonane przez D-ra Płońskiego.

Tarczycza nieco powiększona. Gardziel blade, aparat chłonny słabo rozwinięty. Gruczoły limfatyczne klatki piersiowej nieco powiększone, na przekroju szarawe. Opłucna prawa gładka, w jamie nieco przezroczystego płynu; lewa także. Płuca ciężkie, nie zapadają się, na przekroju d. spoiste równomiernie, zalewają się b. obficie pianistym płynem. Serce duże, osierdzie gładkie, w worku około 50 cm.³ żółtawego, przezroczystego płynu, na wewnętrznej powierzchni drobne wybroczynki. Lewa i prawa komory rozszerzone, mięsień z odcieniem żółtawym. Wątroba duża, wystaje na 4 palce poprzeczne z pod łuku żebrowego, brzeg zaokrąglony, na przekroju rysunek zatarty; odczyn na żelazo +. Śledziona wymiarów 20 cm. × 10 cm.³ × 5 cm.³; torebka napięta, twarda; na przekroju śledziona ciemno-wiśniowa, miąższ przerosły, miękki. Nerki duże, blade; kora szeroka, granica warstw zatarta. Żo-

ładek duży, śluzówka biała, wygładzona, b. cienka, drobnutkie wybroczynki. Gruczoły krezkowe nieco powiększone, twarde, na przekroju szarawe, ziarniste. Szpik kostny w mostku szaro-różowy, w udach — czerwony w trzonie, w nasadach żółty z ogniskami czerwonymi. Gruczoły chłonne obwodowe nieco powiększone, spoiste.

Rozpoznanie anatomicopatologiczne. *Dilatatio et hypertrophia cordis totius. Degeneratio adiposa myocardii. Tumor lienis hypoplasticus. Hepar auctum. Haemosiderosis hepatis. Gastritis atrophicans. Ecchymoses pericardii et mucosae ventriculi. Oedema pulmonum. Lymphadenitis universalis gradus levis. Anaemia gravis organorum. Anaemia cerebri. Medulla ossium partim rubra.*

Badanie histologiczne (w skróceniu). W szpiku kostnym przewaga dużych limfoidalnych elementów bez reakcji na oksydazę, d. dużo myelocytów eozynochłonnych, nieco mniej neutrochłonnych, wyższych postaci brak, mało megakaryocytów. W śledzionie b. dużo myelocytów, b. dużo komó-

rek typu monocytów(?). W gruczołach limfatycznych b. dużo limfoidalnych elementów, nie dających reakcji na oksydazę; nieliczne ziarniste postaci młode.

Rozpoznanie histologiczne: *leukaemia myeloblastica*(?). Znak zapytania powstał z tego powodu, że wykazane histologicznie nacieki komórkowe w szpiku kostnym, śledzionie i w gruczołach chłonnych składały się przeważnie z elementów jednojądrzastych większych i mniejszych, o ujemnym odczynie na oksydazę. Biorąc pod uwagę jednak dużą liczbę myelocytów w szpiku kostnym i w śledzionie, jak również młode postaci ziarniste w gruczołach chłonnych, a przede wszystkim neutrochłonny obraz krwi obwodowej z zupełnym zanikiem w niej limfocytów pod koniec życia chorego, należy uznać omawiane jednojądrzaste postaci za b. młode myeloblasty, mogące nie dać odczynu pozytywnego na oksydazę.

(C. d. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Ze Stacji opieki nad dzieckiem Zakł. Amun. „Pocisk” w Rembertowie.

(Kierownik Dr. med. Bolesław P. Muszkatblat)

i

Ze Szkoły i Internatu dla głuchoniemych dzieci w Warszawie

(Dyrektor Dr. med. Leon Zamenhof).

Arsen w praktyce dziecięcej.

podał Bolesław P. MUSZKATBLAT (Warszawa).

Poza środkami zwykłymi, mającymi głównie na celu wzmoczenie łaknienia, potęgującymi wchłanianie i przyspieszającymi trawienie, mamy zwykle do dyspozycji cały szereg elementów farmakologicznych, działających głównie w sensie budowy syntetycznej, w sensie wzmoczenia procesu asymilacyjnego. Te środki farmakologiczne w dawkach wysokich działają na zaródź szkodliwie, powodując zwyrodnienie komórek najczęściej tłuszczowe i przyspieszając ich rozpad, czego wyrazem będzie duża ilość azotu pozabiałkowego we krwi i moczu.

Działanie budujące lub niszczące jest uwarunkowane rozmaitą indywidualnością komórki, na czym też głównie polega tłumaczenie skutecznego lub szkodliwego działania tych samych elementów farmakologicznych w rozmaitych postaciach chorobowych, gdyż, jak wiemy, w stanach chorobowych zmienia się także i biochemizm komórki.

Należy pozatem przyjąć pod uwagę, że podobne częściowo budujące, częściowo niszczące — czyli rozmaite — działanie określonych substancji farmakologicznych może tylko wybiórczo zadziałać na pewną grupę wrażliwych tkanek lub organów lub też w ostatecznym zestawieniu wcale się nie ujawnić. Dopiero bliższa obserwacja kliniczna zmian daje możliwość utrwalenia pojęcia o istocie korzystnego lub szkodliwego działania określonego elementu farmakologicznego.

Arsen należy do takich substancji, które, poda-

wane w małych ilościach, zwalniają utlenianie, sprzyjają wzrostowi, zwiększeniu wagi ciała, a więc wywołują przewagę zjawisk asymilacyjnych nad dyssymilacyjnymi (dodatni bilans azotowy). Omawiane zjawisko jako skutek działania arsenu, było znane od dawna hodowcom bydła. Chemik Kopp, pracując w laboratorium nad związkami arsenu, przypadkowo stwierdził sam na sobie przybytek 10 kg. wagi w ciągu 2 miesięcy.

Arsen znajduje się w tkankach ustrojowych w ilościach minimalnych (największą ma zawierać gruczoł tarczowy), badania wszakże Weiske, Giessse stwierdziły, że zwierzęta, którym podawano arsen, przybierały szybko na wadze, kości zwierząt doświadczalnych były dłuższe. Znane jest zjawisko wytwarzania się Hb i wzrost liczby krwinek czerwonych pod wpływem małych dawek arsenu. Jako skutek wzmoczenia asymilacji stwierdzono również (Weiske, Imjanitoff) odkładanie się białka drogą określenia bilansu azotowego, który stawał się wybitnie dodatni. Ustalono dalej, że duże dawki arsenu wywołują zjawiska wręcz przeciwnie, mianowicie: spadek wagi, rozpad elementów tkankowych i zahamowanie czynności ustrojowych. Przejawia się to w postaci niezwyklego rozpadu krwinek czerwonych (*icterus*). Z bilansu azotowego stwierdzamy wówczas rozpad białka, zwiększenie przemiany gazowej, w dalszym następstwie stłuszczenie narządów, wystąpienie zwiększonej ilości kwasu mlekowego we krwi i moczu, niewydolność wątroby w sensie niezdolności do przetwarzania cukru na glikogen i jego magazynowanie.

Zachęcony ogłoszonymi pracami o stosowaniu Stowarsolu w kile dziecięcej (Soldin i Lesser, Oppenheim i inni) postanowiłem wypróbować preparat ten nie jako środek przeciwiłkowy, lecz jako środek potęgujący zjawiska asymilacji w ustroju dziecięcym.

Obserwacje nasze wykazały, że dzieci znoszą arsenik bardzo dobrze, nie należy atoli dzieciom podawać arsenu w stanach chorobowych żołądka i jelit (ostrych i przewlekłych), w zapaleniu nerek, w cza-

się gorączki. Obserwacje pozatem wykazują, że najodpowiedniejszą porą do stosowania preparatu arsenowego jest czas po przyjęciu posiłku. Niektórzy proponują podawanie preparatów arsenowych, rozpuszczonych w wodzie. Ze zjawieniem się pierwszych objawów toksycznego działania (ból w okolicy żołądka, rozwołnienie, uczucie ściskania w gardle, zapalenie łącznicy, zamroczenie i t. p.) należy natychmiast przerwać kurację arsenową.

Godna jest oddzielnego zaznaczenia niezbędność okresowego kontrolowania moczu (conajmniej co 2 tygodnie), a to celem uniknięcia kłębuszkowego zapalenia nerek, wiemy bowiem, że arsen opuszcza ustrój trzema drogami: drogą żółci, jelitową i nerkową, wywołując, jako ciężki metal, podrażnienie tych narządów.

Pomijając ogólnie znane stosowanie arsenu w leczeniu chorób skórnych (*eczema*, *lichen ruber universalis*, łuszczyca), płasawicy, nerwobólów i nerwic (dychawica nerwowa), wiadomo, że najlepsze wyniki daje zastosowany jako lek przeciw kile, zimnicy i innym chorobom pasorzytniczym (*lambliosis*).

Główne swe powodzenie terapeutyczne zawdzięcza arsen tej okoliczności, że bywa stosowany przy ogólnie podupadłym odżywianiu, w charłactwie, blednicy, w zaburzeniach rozwoju kości (krzywica, zmięknienie kości), w białaczce limfatycznej i szpikowej.

Stowarsol — kwas acetyloaminooksyfenyloarsenowy, ogłoszony przez Trefonela, według wskazówek Fournea, jako środek przeciwkiłowy, może być stosowany, jak to zresztą wynika z poniższych spostrzeżeń, z zupełnym powodzeniem, jako środek tonizujący i ogólnie wzmacniający, w tych wszystkich przypadkach, gdzie stosowano dotychczas *Sol. arsen. Fowleri* i t. p. Stowarsol (2 tabletki dziennie à 0,01 dla dzieci od 1 — 3 l., lub 2 tabletki dziennie à 0,05 dla dzieci od 3 do 14 lat), jako tabletki bardzo łatwo daje się stosować, tembardziej w instytucji opiekuńczej przy wielkiej liczbie dzieci, gdzie podawanie kropeł lub mikstur napotykać może trudności organizacyjne i techniczne z powodu zbyt skomplikowanego dawkowania.

Przed rozpoczęciem kuracji arsenowej wszystkie obserwowane dzieci podzielone zostały na szereg grup, przyczem ogółem było badanych 69 dzieci od 1 roku do 15 lat.

Według schorzeń, niezależnie od układu konstytucyjnego, dzieci przedstawiały się, jak poniżej:

T A B L I C A I.

Krzywica	40,6%	Dzieci	28
Blednica	30,4%	„	21
Status lymphaticus	27,6%	„	19
Lues congenita	1,4%	„	1
	100. —		69. —

Tabletki podawane były w ciągu 6 — 8 tygodni bez przerwy, zwykle po posiłku: po obiedzie lub kolacji.

U 17 dzieci z powodu trudności technicznych badania krwi zaniechano, poprzestając jedynie na ważeniu i kilkakrotnym kontrolowaniu moczu. W kilku innych pozatem przypadkach przeprowadzano kilka-

krotne badanie krwi w czasie obserwacji obok kilkakrotnego badania moczu, o ile było podejrzenie w kierunku schorzenia lub uszkodzenia dróg moczowych.—

W poniżej dołączonej tablicy (II) uwidoczni się stan dzieci przed stosowaniem i po stosowaniu Stowarsolu.

Dla lepszego uwypuklenia przyrostu Hb i wagi przytaczamy specjalną tablicę IV. Przyrost, zestawiony na podstawie tablicy II i III, wyrażony w odsetkach, wzgl. w kgl. przedstawia się w sposób poniższy.

Przyrost krwinek czerwonych, jak wynika z naszych badań idzie prawie równolegle z przyrostem Hb. W tem miejscu należy nadmienić, że u każdego dziecka (tablica II) były badane również ilościowo białe ciała krwi i rozmazy (przed podaniem i po podaniu arsenu), jednakże w zakresie leukocytów żadnych godnych zaznaczenia zmian nie spotykaliśmy.

W kilku przypadkach (pacjenci Nr. 6, 7, 11, 18, 22, 39, 43 i 67) waga lub ilość Hb nie ulegały zmianie na korzyść z przyczyn rozmaitych: z powodu zaprzestania podawania stowarsolu, wskutek wynikłej choroby (odra, grypa), albo, jak to miało miejsce w jednym przypadku, z powodu wystąpienia objawów nieżyty jelit, a w drugim z powodu objawów podrażnienia nerek.

W trzech przypadkach w 4 tygodniu arsenizacji wystąpił białkomocz i krwinki. Musieliśmy zaprzestać podawania preparatu. Kontrola zaś moczu, wykonana po 2 tygodniach, wykazała zupełnie prawidłowy mocz.

Z zestawień powyższych wynikałoby, że stowarsol równie dobrze działał u dzieci krzywiczych, jak i anemicznych lub cierpiących na szkodę limfatyczną. Samopoczucie, łaknienie poprawiało się bardzo znacznie, co szło równorzędnie z podnoszeniem się wagi. Nasuwa się przeto praktyczny wniosek, że stowarsol jest bardzo dogodnym lekiem w instytucjach o masowym leczeniu (ułatwione dawkowanie w instytucjach opiekuńczych, Kasach Chorych i t. p.), że daje u dzieci dobre wyniki, jako *tonicum i stomachicum*, i że powoduje dający się obiektywnie stwierdzić przyrost Hb, krwinek czerwonych i wagi. Należy przecież wysunąć jedno zastrzeżenie: jest przeciwwskazany w przypadkach białkomoczu lub uszkodzenia dróg moczowych.

Wobec znanego działania arsenu na pasorzyty jelitowe, stowarsol może być również wskazany u dzieci, cierpiących na czerwie.

Wykonane w szeregu przypadków badanie hematologiczne w 6 tygodni po zaprzestaniu podawania stowarsolu nie wykazało zmian w zakresie Hb i krwinek czerwonych na niekorzyść — czyli osiągnięta poprawa została utrzymana.

LITERATURA.

1. Giess. Arch. f. experiment. Path. u Pharm. 1877.
2. T. Kucharski. Leczenie zimnicy Stowarsolem. Lek. Wojsk. 1927.
3. Mierzecki H. Doustne leczenie kiły a Kasy Chorych. Wiad. Lek. 1928.
4. Oppenheim M. Zur Frage des Stowarsols. W. Kl. Wochenschr. 1924.
5. Serafiński T. Przypadek leczenia Stowarsolem zimnicy powikłanej wadą serca, odpornej na działanie chininy. Ther. Nova 1929.
6. Soldin u Lesser. Stowarsol bei Säuglingssyphilis D. Med. Woch. № 24, 1925.
7. Weiske. Journ. f. Landwirtschaft 1875.

TABLICA II.

L. porz.	Litery imienia i nazwiska	Wiek	W A G A		% % Hemoglob.		Czerwone ciała krwi		Przyrost wagi w klg.
			przed:	po:	przed:	po:	przed:	po:	
1	A. R.	11 l.	28,5	29,0	63	65	3950000	4170000	+ 0,5
2	M. K.	13 "	29,5	30,5	69	72	4390000	5050000	+ 1,0
3	C. G.	11 "	30,25	31,5	70	70	4220000	4450000	+ 1,25
4	B. G.	13 "	35,0	36,25	67	71	5020000	5000000	+ 1,25
5	B. M.	14 "	37,0	36,25	75	73	5060000	4300000	przechodził odę.
6	J. Z.	12 "	30,75	30,5	63	75	4430000	4680000	— 0,25
7	M. G.	7 "	20,0	20,0	73	73	4490000	4590000	=
8	M. B.	13 "	45,25	46,0	75	76	4610000	4700000	+ 0,75
9	A. S.	11 "	26,0	26,75	65	65	4080000	4270000	+ 0,75
10	K. H.	10 "	28,75	29,25	75	75	5100000	5140000	+ 0,5
11	C. R.	11 "	36,0	36,0	69	75	3900000	4310000	=
12	J. S.	11 "	29,0	29,5	69	72	4030000	4560000	+ 0,5
13	A. G.	9 "	23,0	23,5	68	73	4320000	5090000	+ 0,5
14	S. C.	12 "	28,75	29,75	65	75	4020000	4790000	+ 1,0
15	K. R.	13 "	32,75	37,75	73	77	4560000	5210000	+ 5,0
16	J. B.	11 "	28,0	28,5	67	72	4170000	5100000	+ 0,5
17	D. Ł.	8 "	25,0	25,75	67	72	4310000	4520000	+ 0,75
18	K. M.	11 "	31,75	31,5	72	80	4320000	4360000	— 0,25
19	A. M.	11 "	28,75	28,75	71	75	4070000	4590000	=
20	R. A.	13 "	40,0	41,25	72	80	4010000	4350000	+ 1,25
21	R. Z.	7 "	21,0	21,25	69	70	4310000	4330000	+ 0,25
22	Ł. N.	11 "	34,25	33,75	70	70	4460000	4660000	— 0,5
23	S. W.	13 "	43,0	43,5	66	70	4160000	4320000	+ 0,5
24	J. C.	2 "	10,500	11,500	60	65	3370000	3800000	+ 1,0
25	C. B.	10 "	20,0	20,5	66	80	4350000	4450000	+ 0,5
26	M. R.	7 "	22,5		67		3770000		Z powodu choroby zakaźnej
27	S. G.	13 "	41,25	43,0	72	78	3070000	4850000	wycofany z pod obserwacji.
28	N. S.	13 "	33,5	35,0	64	75	3510000	4020000	+ 1,75
29	N. G.	9 "	21,25	21,75	67	77	3330000	4290000	+ 1,5
30	U. S.	13 "	35,25	36,5	67	70	4230000	4540000	+ 0,50
31	A. Ł.	12 "	27,25	27,5	63	68	3340000	4210000	+ 1,25
32	M. H.	15 "	37,25	38,0	68	72	4390000	4760000	+ 0,25
33	L. R.	15 "	47,5	49,5	72	75	4120000	4770000	+ 0,75
34	A. G.	12 "	27,0	27,5	65	75	3740000	3780000	+ 2,0
35	M. F.	9 "	28,25	29,25	68	72	4080000	4140000	+ 0,5
36	S. M.	10 "	30,75		66		3890000		+ 1,0
37	S. H.	13 "	48,0	49,75	63	70	4020000	4320000	Z powodu choroby skórnej
38	I. G.	9 "	24,5	26,75	68	73	4400000	4410000	wycofany z pod obserwacji.
39	C. T.	7 "	18,75	18,25	66	67	3930000	4270000	+ 1,75
40	M. R.	8 "	22,75	23,0	70	70	3900000	3895000	+ 2,25
41	H. Z.	9 "	21,0	22,0	64	65	3480000	4590000	— 0,5
42	D. H.	9 "	29,0	29,5	70	73	3590000	3920000	+ 0,25
43	M. S.	9 "	20,0	19,5	68	70	4040000	3970000	+ 1,0
44	G. F.	13 "	21,5	22,5	65	72	3250000	3750000	— 0,5
45	J. F.	8 "	20,5	21,5	70	74	4800000	5100000	+ 1,0
46	H. G.	11 "	29,25	29,5	70	72	3730000	3780000	+ 1,0
47	A. D.	15 "	54,5	55,5	80	85	4790000	5000000	+ 0,25
48	A. J.	10 "	28,25	28,5	68	74	3670000	4660000	+ 1,0
49	Ł. G.	10 "	30,0	32,25	70	70	4230000	4250000	+ 0,25
50	C. F.	13 "	28,00	29,0	68	72	3960000	4290000	+ 2,25
51	J. S.	6 "	19,000	19,400	65	68	3650000	4320000	+ 1,0
52	W. C.	4 1/2	14,300	14,550	65	68	3990000	4310000	+ 0,4
									+ 0,250 g.

T A B L I C A III

Grupa dzieci, u których badania krwi nie przeprowadzono, przestając na ważeniu i kontrolowaniu moczu.

L. porz.	Litery imienia i nazwiska:	Wiek:	Waga początkowa	Waga końcowa	Przyrost w Kg.
53	I. K.	1 r.	8,000	9,900	+ 1,900
54	R. B.	2 l.	11,000	11,150	+ 0,150
55	J. C.	2 l.	10,500	11,500	+ 1,000
56	Z. U.	1 ½ r.	11,200	11,700	+ 0,500
57	Cz. H.	4	14,120	15,020	+ 0,900
58	E. P.	6	17,000	17,800	+ 0,800
59	J. K.	6	18,000	18,900	+ 0,900
60	St. D.	1 ½	12,000	12,250	+ 0,250
61	W. D.	6	17,200	18,000	+ 0,800
62	K. R.	6	18,000	19,000	+ 1,000
63	T. Ł.	5	16,500	16,800	+ 0,300
64	K. T.	5 ½	18,000	18,200	+ 0,200
65	A. B.	6 ½	17,000	17,400	+ 0,400
66	A. G.	5 ½	17,100	18,100	+ 1,000
67	K. C.	4 ½	16,200	16,000	— 0,200
68	T. S.	6	19,000	19,400	+ 0,400
69	W. C.	3 ½	14,300	14,550	+ 0,250

T A B L I C A IV

przyrostu hemoglobiny i wagi

Przyrost 0% Hb w przypadkach	7	Przyrost 0 kg. w przypadkach	3
1% " " "	4	0,1 " " "	0
2% " " "	3	0,15 " " "	1
3% " " "	7	0,2 " " "	1
4% " " "	8	0,25 " " "	8
5% " " "	7	0,3 " " "	1
6% " " "	3	0,4 " " "	3
7% " " "	2	0,5 " " "	11
8% " " "	2	0,75 " " "	4
9% " " "	0	0,8 " " "	2
10% " " "	3	0,9 " " "	2
11% " " "	1	1,0 " " "	12
12% " " "	1	1,25 " " "	4
13% " " "	0	1,5 " " "	1
14% " " "	1	1,75 " " "	2
		1,9 " " "	1
		2,0 " " "	1
		2,25 " " "	2
		5,0 " " "	1

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Zapobieganie krzywicy i jej leczenie.

Podał

Wanda FRANZÓWNA (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 26).

Od chwili wynalezienia nowych środków przeciwnakrzwicznych wysunęła się myśl nietylko skutecznego leczenia już posuniętych przypadków krzy-

wicy, ale przede wszystkim zapobiegania jej rozwijaniu się. Krzywica wpływa niekorzystnie na przebieg innych cierpień. Wymienić tu należy istniejące dane statystyczne, które stwierdzają zwiększenie śmiertelności z powodu zapalenia płuc wśród dzieci krzywiczych Reiche w Hamburgu i Rosenfeld w Wiedniu podają, iż śmiertelność z odry (najczęściej zapalenie płuc) wśród dzieci proletar-

jatu jest 13 — 20 razy większa, aniżeli u dzieci warstw bogatszych. Wogóle wszystkie sprawy chorobowe dróg oddechowych, jak krztusiec, grypa i inne, u dzieci krzywiczych często doprowadzają do zapalenia płuc i zejścia śmiertelnego. Tłómaczyć to należy zmianami klatki piersiowej i zmniejszeniem odporności. Zapobieganie krzywicy musi być prowadzone ze względów społecznych, gdyż osobniki krzywicze z powodu zmniejszenia zdolności do pracy stają się ciężarem dla społeczeństwa.

W mieście istnieją gorsze warunki wykorzystywania promieni pozaświatłowych, zawartych w powietrzu, niż na wsi. Wyrównywane to jest przez spożywanie artykułów spożywczych, przywożonych z miejscowości podmiejskich, gdzie wystarczająco zostały naświetlane przez promienie pozaświatłowe. Jednakże wśród proletariatu, przepędzającego większą część dnia w mieszkaniach ciemnych i odżywiającego się taniemi tłuszczami i jarzynami ubogimi w ergosterynę, krzywica rozwija się najwięcej, i ciężkie postaci krzywicy spotykają się często. Na wsi, pomimo większej zawartości promieni pozaświatłowych w powietrzu, spotyka się znacznie więcej ciężkich postaci krzywicy, niż w mieście. Tłómaczyć to zjawisko należy gorszymi warunkami higienicznymi i brakiem propagandy i opieki ze strony stacyj wśród ludności wiejskiej. Jednym z najstarszych środków, stosowanych przeciwko krzywicy, jest tran. Stacje opieki nad dzieckiem przede wszystkim za pomocą tranu prowadziły walkę z krzywicą. Walka ta żadnego wpływu na krzywicę, jako chorobę proletariatu, nie wywarła, między innymi dlatego, że nie zdołano dotąd objąć opieką wszystkich dzieci, a wśród dzieci, znajdujących się pod obserwacją, część zaledwie przyjmuje tran. Jedną z metod skutecznego stosowania propagandy tranu jest stworzenie w New-Jorku i Szwecji organizacji siostr, które zajmują się odwiezaniem dzieci i osobistym podawaniem tranu. Tran ma wiele cech ujemnych — działanie jego jest niestałe z powodu zmiennej zawartości ergosteryny, pewna część dzieci wogóle nie znosi tranu z powodu złego smaku. Znacznego odsetka wśród matek nie można nakłonić do regularnego codziennego podawania, gdyż występujące przypadkowo osłabienie dziecka uzależniają od tranu i natychmiast go odstawiają. Podawanie przez Stacje Opieki w celach zapobiegawczych istniejących w handlu preparatów ergosteryny okazało się niemożliwe z powodu niebezpieczeństwa związanego z przedawkowaniem. Stosowanie tych preparatów będzie miało rację bytu dopiero wówczas, gdy 0,1 mg. ergosteryny *prodie* wystarczająca do zapobiegania, będzie mogła być podawana w odpowiedniej postaci, która uniemożliwi tak łatwe dzisiaj przedawkowanie. Naświetlanie lampą kwarcową wywiera swoje dobroczynne działanie przez uczynianie ergosteryny, zawartej w skórze. Zapobieganie powszechne krzywicy tym środkiem według niektórych klinicystów jest niemożliwe z powodu braku środków materialnych na stworzenie odpowiednich stacyj z lampami, następnie większość matek nie przyniesie dzieci, gdy chodzi jedynie o zapobieganie, wreszcie podkreślają niebezpieczeństwo szerzenia się chorób zakaźnych przy masowym naświetlaniu. Są tacy jak np. Huldsky, który pomimo stosowania lampy kwarcowej, spostrzegł

rozwijanie się krzywicy. Zoelch z kliniki monachijskiej pisze o dobrych wynikach tego rodzaju zapobiegania w Monachjum. Podkreśla jednak konieczność naświetlania kilkumiesięcznego, uważa, iż nie nadaje się ono do przeprowadzenia w ambulatoriach, gdyż jak już wyżej wspomniano, matki do dłuższego naświetlania nie będą przynosiły zdrowych dzieci. Metoda ta może liczyć na powodzenie w sanatoriach i klinikach przy systematycznym stosowaniu. Niebezpieczeństwo szerzenia się chorób zakaźnych przy masowym naświetlaniu uważa za niezupełnie uzasadnione, spostrzegając bowiem wybuch endemii pośród dzieci, przychodzących na naświetlanie. Zadaniem stacyj opieki według Pfaundlera, jest objęcie możliwie wszystkich dzieci i zaagitowanie matek w celu szerokiego współdziałania dla zapobiegania krzywicy. Sanatoria mogą stosować w celach zapobiegawczych wszystkie środki lecznicze, na I-em miejscu jednak stawia Pfaundler leczenie klimatyczne oraz naświetlanie lampą kwarcową, na II-em miejscu stawia dopiero tran, naświetlane mleko oraz preparaty ergosteryny. Reinach z kliniki monachijskiej uważa, iż do zwalczania krzywicy nietylko powołane są stacje opieki i lekarze urzędowi, ale przede wszystkim i lekarze domowi i same matki. Zadaniem stacyj opieki jest głoszenie zasad higieny i sposobu odżywiania niemowląt, leczenie zaś krzywicy mają przeprowadzać lekarze domowi. Zwrócenie uwagi szerszych mas na początek, przebieg i niebezpieczeństwo krzywicy skłoni matki do wczesnego i stałego zwracania się do lekarzy. Opieka lekarzy domowych winna być możliwie długotrwała, ażeby można było dzieci doprowadzić do całkowitego wyleczenia. Następnie należy usunąć wszelkie czynniki wywołujące krzywicę, i dać dzieciom jak najwięcej powietrza, światła i słońca oraz właściwy pokarm zarówno dzieciom, jak i matkom karmiącym i ciężarnym. Poprawa warunków mieszkaniowych przez budowanie odpowiednich mieszkań, place zabaw dla dzieci, propaganda karmienia piersią, staranie o sprzedaż jarzyn, owoców, nabiału po cenach możliwie niskich, wszystko to przyczyni się w dużej mierze do zapobiegania rozwijaniu się krzywicy. Wreszcie podkreśla znaczenie dla celów zapobiegawczych wygłaszania odpowiednich odczytów, popularnych pogadanek, wydawania broszurek.

Racjonalną i skuteczną walkę z krzywicą daje się przeprowadzić w specjalnych, temu celowi poświęconych zakładach. W Berlinie w dzielnicy Friedrichshein, najbiedniejszej i najbardziej zaludnionej, zbudowano sanatorium dzienne dla dzieci tej dzielnicy i oddano do użytku publicznego 1 sierpnia 1927 r. Do 28 lutego 1929 r. przeszło przez sanatorium około 240 dzieci. Dzieci do 1 roku życia było 26, od 1 — 2 roku życia 65 najczęściej. U dzieci tych stwierdzono: lekką krzywicę w 75 przypadkach, ciężką krzywicę w 109 przypadkach i bardzo ciężką w 44 przypadkach. Zabudowania sanatorium znajdują się na placu o powierzchni 4000 m², z tego 2000 m² przeznaczone jest na place dla zabaw i werandowania. Sala gimnastyczna, aparat Roentgena i lampy kwarcowe znajdują się na miejscu. Dla uniknięcia zakażenia między dziećmi przeprowadzony był podział dzieci na grupy (około 20 dzieci w każdej grupie). Każda grupa ma swoją barwę ubrania i sprzętów, swój

własny plac do zabaw, oddzielony od innych krzewami wysokości 1,3 m. i osobne werandy, oddzielone szklanymi ścianami. Dzieci przynoszone są do sanatorium przez rodziców od 6 i pół do 8 i pół rano, zabierane są do domu wieczorem między 6 — 7. Zaraz po przyniesieniu rano są kąpane i otrzymują ubranko zakładowe — latem kąpielowy kostium, w dni chłodniejsze ubranko płócienne, w zimie ciepłe. Obuwia dzieci nie zmieniały z powodu braku pieniędzy na zakupienie odpowiedniej ilości. Dzieci otrzymują śniadanie, obiad, podwieczorek i kolację. Przed obiadem mają gimnastykę, po obiedzie 2 godziny werandują na powietrzu bez względu na pogodę. Dokładna obserwacja i kąpiel codziennie rano uniemożliwiały przeoczenie choroby zakaźnej. Zdarzył się jeden przypadek odry, który dzięki natychmiastowym celowym zarządzeniom, epidemii nie wywołał. Leczenie w zakładzie polegało na podawaniu środków przeciwkrzywicznych (mleko naświetlane, preparaty ergosteryny, lampa kwarcowa) w przypadkach postępującej krzywicy oraz na przebywaniu na powietrzu i świetle, na gimnastykowaniu się i racjonalnym odżywianiu. W miesiącach od maja do września żadnych środków przeciwkrzywicznych nie podawano. Poprawę

kontrolowano zapomocą rentgenogramów i obserwacji stanu ogólnego. Na zasadzie 2 letniej obserwacji kierownicy zakładu dochodzą do wniosku, iż powietrze i światło oraz systematyczna i właściwa dla każdego wieku gimnastyka, połączona z lekami masażami, wywierały doskonały wpływ na statykę i wiotkość mięśni. Napięcie mięśni wzrastało, zmiany krzywice klatki piersiowej wyrównywały się. Na wadze dzieci przybierały względnie mało, co należy przypisać ćwiczeniom gimnastycznym. Leczenie zwykle przeciągało się do 3 miesięcy. Należy podkreślić, iż leczenie to nie wywierało żadnego wpływu na ząbkowanie (nie przyspieszało go) i na obwód brzucha. Tak więc udawało się leczyć nie tylko układ kostny u dzieci krzywicznych, ale i inne, prawie wszystkie objawy krzywicy.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) Degkwitz, Ergebnisse der sozialen Hygiene 1929 tom I
- 2) Hottinger, Zeitschrift f. Kinderheilkunde t. 47 1929 r.
- 3) Kostyal, Jahrbuch für Kinderheilkunde 126, 1930 r.
- 4) Nikolasjeff Zimble, Jahrbuch f. Kinderh. T. 126, 1929 r.
- 5) Ochsenius Monatschrift f. Kinderheilkunde t. 43 1929 r.
- 6) Opitz, Monatschrift f. Kinderh. t. 46 1930 r.
- 7) Pfäundler etc, Moderne Rachitsbekämpfung — 1929 r.
- 8) Thoen Jahrbuch f. Kinderheilk. t. 126 1930 r.
- 9) Wieland, Zeitschrift f. Kinderheilkunde 47 1929.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Radjologia

∞ SIEBERT Werner W. Wolkennamen zur Beschreibung der pathologischen Lungenverschattungen. (12 stron i 26 rysunków. Nakład Georg Thieme Lipsk 1930).

Celem ujednostajnienia określeń w orzeczeniach zmian chorobowych płucnych wprowadza Siebert trzy zasadnicze postacie, wzorując się na 3 rodzajach obłoków. 1. *Stratus* — równomierne, jednolite zacienienie. 2. *Cumulus* — zacienienie, składające się z szeregu drobnych obłoczko-watych cieni. 3. *Cirroid* — smugi i pasma.

Uwzględnia on i postacie mieszane, przyczem zależnie od tego, która postać przeważa, nazwa jej idzie na pierwszym miejscu, jak np. *Cumulocirroid* lub *Cirroidocumulus*.

Pojęcia te uwzględniają jedynie formę zmian. Pozostaje jeszcze nasycenie, wielkość, struktura, ostrość brzegów, liczba i podział poszczególnych części i wreszcie położenie, dla których autor używa nazw, ogólnie prawie już przyjętych w rentgenologii.

B. Kryński.

NEMOIRS-AUGUSTE. O rozpoznawaniu radiologicznem zapalenia woreczka żółciowego pochodzenia niekamiczego i zapalenia okołoworeczkowego za pomocą cholecystografji. (Pr. Méd. № 28/1930).

Jako drogi wprowadzania do ustroju związków kontrastowych, używa autor drogi dożylniej, która pozwala unikać zależności od innych narządów (żołądka i jelit) i robić zdjęcia zawsze w tym samym czasie, mianowicie w 8 godzin po zastrzyknięciu.

Jeśli cień woreczka jest słaby, budzi to podejrzenie jego stanu patologicznego. Jeśli w 1-1½ godzin po podaniu posiłku Boydena woreczek się nie opróżni, względnie cień się mało zmieni, dowodzi to istnienia stanu zapalnego woreczka, na co ma autor liczne potwierdzenia operacyjne.

Normalnie w położeniu chorego na grzbiecie woreczek leży równolegle do dolnego brzegu ostatniego żebra, w położeniu na brzuchu woreczek jest wydłużony, równoległy do kręgosłupa. Brak zmian w położeniu woreczka przy zmianach położenia chorego dowodzi zapalenia okołoworeczkowego (*paricholecystitis*).

Henryk Landau.

Lecznictwo

H. WASSERMAYER i A. SCHÄFER. O stosowaniu insuliny drogą nosową. (Med. Kl. 13/1930).

Autorzy podawali 10—100 jednostek insuliny w proszku z dodaniem *Nutr. boric* w postaci „tabaki” do wciągania do nosa. Badanie cukru we krwi w ciągu 4-ch godzin wykazało znaczny spadek.

Zwraca uwagę, że te same dawki insuliny, wstrzyknięte podskórnie, wywołały objawy hipoglikemiczne; przy stosowaniu insuliny przez nos objawów tych nie stwierdzono.

Działanie insuliny przy podawaniu przez nos jest ograniczone: u chorych cukrzyczych a także u zdrowych wywołuje spadek cukru we krwi, ale duże dawki insuliny i mało wywołują ten sam efekt; zwiększanie dawek insuliny nie wpływa na znaczniejsze obniżenie poziomu cukru.

Ze względu na działanie ograniczone metoda ta może być zastosowana tylko w cięższych przypadkach cukrzycy.

M. Segal.

M. LÉVAL. Insulina w leczeniu ran. (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1930).

Insulina działa przyspieszająco na procesy gojenia się świeżych i powolnie gojących się ran. Zdaje się, że ten hormon działa wybiórczo na wytwórcze elementy pochodzenia mezenchymalnego, natomiast na epitelizację nie wywiera żadnego lub też tylko nieznaczny wpływ. Leczenie ran za pomocą okładów insulinowych okazuje się zupełnie nieszkodliwe dla ustroju, gdyż powierzchnie złazninujące wchłaniają tylko nieznaczne ilości insuliny. Insuliną należy polewać nie samą ranę, lecz opatrunki.

Henryk Landau.

A. HESS i in. O leczeniu za pomocą naświetlonej ergosteryny. (J. Am. Med. Ass. Nr. 9. Tom 93. 1929).

Badania nad działaniem naświetlonej cholesteryny czyli t. zw. ergosteryny wykazały że jest ona specyfikiem w sprawach, przebiegających z odwapnieniem ustroju, jak np. krzywica, tężyłka i osteomalacja.

W ciągu ostatnich lat ustalono sposób dawkowania ergosteryny. Dane te nie mogą być jednakże sprecyzowane

ze względu na to, że poszczególne wyroby rozmaitych fabryk zawierają różne działające preparaty, przyczem pomimo równej zawartości ergosteryny — stosunek do tranu (potencja) jest różny.

U przedwcześnie wyrosniętych dzieci dawki muszą być odpowiednio zmodyfikowane, przyczem za podstawę dawkowania należy brać własności przeciwnie, a nie ilość wagową ergosteryny. O ile przestrzega się dawkowania racjonalnego — objawy szkodliwe nigdy nie występują. Hiperkalcemia może być, zresztą, wywołana także przez zbyt duże ilości tranu.

Naświetlane mleko, szczególnie w formie sproszkowanej, jest także bardzo wartościowym produktem, szczególnie jeżeli chodzi o profilaktykę. Natomiast naświetlane produkty mączne są prawdopodobnie bez znaczenia leczniczego.

Ze względu na różnorodność zawartości produkty ergosterynowe winny się znaleźć pod dokładną kontrolą laboratoryjną.

B. G.

L. BINET i S. STOICESCO. Zastrzykiwania dożylnie hipertonicznych rozczyńców chlorku sodowego. (Paris Méd. Nr. 49/1929).

Hipochloremję lub chloropenję obserwuje się w następujących sprawach chorobowych: zwężeniu odźwłernika, ostrej niedrożności jelit, pewnych przypadkach kwasicy cukrzyczej i zapalenia nerek, w których wytrioty i biegunka panują nad obrazem klinicznym. Specjalnie silną chloropenję spostrzega się w niedrożności jelit cienkich, w której zawartość chlorków we krwi może spaść z 600 mgr. $\%$ do 450, a nawet 400 mgr. $\%$. Zastrzyk dożylny 10 cm.³ 10% rozczyńca soli kuchennej ratuje w tych razach życie chorych i umożliwia wykonanie zabiegu chirurgicznego.

Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że szybkie zastrzyknięcie 20 cm.³ 10% rozczyńca soli kuchennej psom powoduje spadek ciśnienia krwi, podczas gdy powolne zastrzyknięcie tej samej ilości soli nie wywołuje żadnego odczynu sercowo-naczyniowego. Powolne zastrzykiwanie rozczyńców soli kuchennej powoduje bardziej korzystne jej rozmieszczenie w ustroju, aniżeli szybkie. Stąd nasuwa się wniosek praktyczny, iż zastrzykiwania dożylnie hipertonicznych rozczyńców soli kuchennej należy robić bardzo wolno. Hipochloremję, wywołana zastrzykowaniami rozczyńców soli kuchennej zwierzętom, trwa około 2 godzin, gdy zastrzykuje się po 0,05 gr. chlorku sodowego, z górą trzy godziny — gdy zastrzykuje się po 0,1—0,2 gr. NaCl na kilogram wagi. Autorzy wywoływali śmierć zwierząt, zastrzykując im po 3—3,5 gr. chlorku sodu na kilogram wagi w 10% rozczyńcu; śmierć następowała wśród skórczów i drgawek.

Henryk Landau.

M. CHAVIGNY. Nowa koncepcja leczenia ostrych zatruc przez spożycie jadu. (Paris Méd. Nr. 2/1930).

W wielu przypadkach zwykle metody leczenia zatruc, spowodowanych spożyciem jadu, a więc: płukanie żołądka, stosowanie środków wymiotnych, okazują się niewystarczające, a nawet szkodliwe. Usunięcie tabletek np. weronalu z żołądka za pomocą jego płukania bywa często niemożliwe. W innych przypadkach wymiociny dostają się do dróg oddechowych, powodując odoskrzelowe zapalenie płuc. Autor uważa za najwłaściwsze w tych razach utworzenie przetoki żołądkowej (*gastrostomia*), która pozwala na dokładne usunięcie jadu i szerokie miejscowe zastosowanie płynu, odpowiedniego dla danego jadu (np. oliwy dla lizolu). W przypadkach, gdy spożyty jad należy do grupy narkotyków, pacjent jest już jakgdyby przygotowany do zabiegu operacyjnego.

Henryk Landau.

Choroby zakaźne.

G. B. BADER. O profilaktyce przeciwoodrowej. (J. Am. Med. An: Tom 13, N. 9. 1929).

Autor próbował zastrzykiwać domięśniowo krew ozdrowieńców poodrowych trzynastu pacjentom w wieku od 6 do 42 miesięcy.

Krew w ilości od 20 do 30 cm. sz. była brana od osobników zresztą zdrowych, które przebyły odrę 2 do 25 lat temu.

Takie podawanie krwi uchroniło 9 osób od doświadczalnego zachorzenia, zaś u pozostałych odra miała bardzo lekki przebieg nawet bez objawów kataralnych. U 8-iu pacjentów były nieznaczne objawy kataralne. Zśród całej trzynastki osób tylko jedna miała typową odrę z plamami Koplika i wysypką. Ciężota naogół była podniesiona, okres wylegania wydłużony. Powikłań nie zauważono.

Z powyższego można przypuszczać, że krew osób, które wiele lat przedtem przebyły odrę, może służyć jako doskonały środek ochronny przed zakażeniem odrowem.

Jest to szczególnie ważne w tych przypadkach, kiedy nie można dostać surowicy krwi od osoby po niedawno przebytej odrze, jak to ma, na przykład, miejsce w przytułkach zakładach, kiedy zapotrzebowanie na tego rodzaju surowicę jest duże, zaś nie każdy materiał nadaje się do zastrzykiwania innym.

Sposób ten uchroni wiele słabych i wycieńczonych dzieci od następstw zakażenia odrowem.

B. G.

FISCHL. Czy zmienił się obraz kliniczny i zakaźność odry. (D. m. W. № 37. 1929.)

Spostrzeżenia z ostatniej epidemii odry w Pradze Czeskiej pozwalają przypuszczać, że zmienił się charakter przebiegu odry. W epidemii tej widywano często odporność względem odry. Liczne przypadki bez wysypki, jedynie z objawami na błonach śluzowych, oraz przypadki poronne tłómaczyć należy mniejszą zjadliwością zarazków w porównaniu do lat ubiegłych. Surowica ozdrowieńców po przebytej odrze, wprowadzona do leczenia w celach zapobiegawczych przez Pfaundera, w ostatnich czasach jest mniej skuteczna ze względu na zmianę ostrości przebiegu odry.

Wanda Franzówna

BRÜNING, DEGWITZ, ENGEL, FINKELSTEIN, KLEIN-SCHMIDT i inni. Czy zmienił się obraz chorobowy i zakaźność odry? (D. m. W. № 38.)

Poruszone przez prof. Fischla zagadnienie znalazło żywy oddźwięk w niemieckim świecie pediatrycznym. W sprawie tej wypowiada się cały szereg wybitnych klinicystów. Naogół panuje zgodność, że wypowiedziane przez profesora Fischla poglądy w sprawie zasadniczej zmiany w przebiegu odry są niesłuszne, gdyż, poza zwykle spostrzeganymi wahaniem nasilenia poszczególnych epidemii odry, nikt z wymienionych pediatrów nie spostrzegł nowych cech, podanych przez prof. Fischla. W sprawie wartości leczniczej i zapobiegawczej surowicy ozdrowieńców również stanowisko prof. Fischla nie znajduje poparcia. Chociaż stosowanie tej surowicy nie może być traktowane jako uniwersalny środek zapobiegawczy przeciw epidemjom odry, tem niemniej oddaje surowica cenne usługi.

Wanda Franzówna.

Choroby serca i naczyń.

Dr. Conrad SIEBERT und Dr. Ernst WRESZYŃSKI, Operationslose Krampfader-Behandlung durch künstliche Verödung. 2 wydanie, 25 rycin i 1 tablica barwna. Urban i Schwarzenberg, Berlin i Wiedeń. 1930 r. Cena bez oprawy RM. 4, w oprawie RM. 5.

Monografia ma za temat rozpowszechnione dziś bardzo leczenie żyłaków kończyn dolnych za pomocą wstrzykiwa-

dożylnych środków, wywołujących zakrzepowe zamknięcie światła żył. Autorzy rozpatrują etiologię i patologię żyłaków, podstawy leczenia zamykającego, doświadczenia na zwierzętach w tej sprawie, wskazania i przeciwwskazania, przebieg kliniczny po zastrzyknięciu, środki, używane do tego celu, technikę zabiegu, zastosowanie tego leczenia w przypadkach żyłaków z powikłaniami, wznowy, zapobieganie żyłakom, leczenie zakrzepów samoistnych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę z jednej strony nadzwyczajną częstość występowania żyłaków kończyn dolnych i poważne różnorodne następstwa tego cierpienia, z drugiej zaś — skuteczność leczenia ich zastrzykowaniami, zwycięsko współzawodniczącymi ze starą uciążliwą i niemiłą dla chorych metodą operacyjną, musimy przyznać, że każda fachowo i dobrze napisana praca na ten temat jest chętnie widziana i powinna się cieszyć zasłużonym poparciem i szerokim rozpowszechnieniem wśród lekarzy praktyków.

J. R.

H. KERN i L. ANGLE. O chemicznym leczeniu żyłaków. (J. Am. Med. An. Tom 93, Nr. 8. 1929).

Autorzy uważają, że najlepszą metodą leczenia żyłaków (na nogach) są zastrzykiwania hipertonicznych roztworów, powodujące obliterację naczyń. Postępowanie to jest nawet lepsze od chirurgicznego zarówno pod względem czasu, który zabiera, jak również ryzyka.

Istnieją 4 przeciwwskazania do tego leczenia: 1) czynne lub utajone zapalenie żył; 2) niedrożność żył głębokich; 3) schorzenie tętnic kończyn, dotkniętych żyłakami, jak np. chor. Raynaud czy Buergera; 4) schorzenia serca. Cięża, jako taka, nie jest bezwzględnie przeciwwskazaniem. Jednakże ze względu na to, że żyłaki po skończeniu ciąży znaczenie się poprawiają samoistnie — lepiej przeczekać okres ciąży.

Do zastrzykiwań stosują autorzy: mieszaninę różnych części 50% roztworu glukozy oraz 30% chlorku sodu.

Zastrzykiwania winny być wykonane, o ile możliwości w pozycji poziomej.

O ile żyła jest schorzała także powyżej kolana, należy zastrzykiwania wykonywać tak, by zacząć od całości zchorzałego odcinka.

O ile zabieg jest dokonywany przez wprawno i tego operatorem — ryzyko jest minimalne, a wyniki zastrzykań dobre, o ile, naturalnie, się uwzględni warunki i inne.

B. G.

F. MUNNER. Przypadek zapalenia naczyń chłonnych, wyleczony diatermją. (Paris Méd. Nr. 4/1930).

W przypadku ostrego zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych w następstwie szczepienia ospy już pod wpływem pierwszego seansu diatermji ustąpiły bóle, i gorączka obniżyła się; po następnych seansach, bez żadnego innego leczenia, ustąpiło zaczerwienienie i obrzęk skóry, obrzęknięcie terytorjalnych gruczołów chłonnych, a temperatura powróciła do normy. Diatermja wzmacnia procesy fagocytozy, a przez to czyni szybszymi i bardziej aktywnymi siły obronne ustroju. Jest ona pożyteczna we wszystkich procesach zapalnych, działając samodzielnie i nie mając przeciwwskazań. Diatermja powinna stanowić zasadniczą metodę leczenia we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia naczyń chłonnych.

Henryk Landau.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

A. BRINDEAU i Th. THÉODORIDÈS. Ciężowa niedokrewność złośliwa pochodzenia zimniczego. (Le Sang № 2 1930).

Zimnica może w pewnych przypadkach wyjątkowych,

w których prawdopodobnie odgrywają rolę czynnika sprzyjającego osobiste skłonności (cięża?): wywołać typowy zespół niedokrewności Biermera. Temu zespołowi towarzyszą cechy hematologiczne, które są uważane za patognomoniczne dla tej postaci niedokrewności. Cudowny wpływ chininy na przebieg choroby, szybkość odradzania się krwi wskazują na to, że zmiany we krwi nie są spowodowane wyczerpaniem szpiku kostnego, lecz jego wadliwą czynnością. Reagowanie szpiku kostnego na leczenie wątrobowe w t. zw. kryptogenetycznych niedokrewnościach potwierdza ten punkt widzenia. Podawanie wątroby wołowej, będące potężną paljatywną metodą leczenia, nie powinno pozwalać na niezwracanie uwagi na przyczynę niedokrewności złośliwej, zwanej kryptogenetyczną. Jeśli chodzi specjalnie o kobietę ciężarną, u której postawiono rozpoznanie ciężkiej niedokrewności pochodzenia zimniczego, to, zanim się przerwie ciążę, należy przeprowadzić leczenie przeciwezimnicze. Wspaniałe wyniki, osiągnięte przez autorów w analogicznym przypadku, pozwalają żywić nadzieję, że w ten sposób leczona chora może kontynuować ciążę bez przeszkód.

Henryk Landau.

W. BENSIS i R. CONIOMERCOS. Próba autohemoterapii w dwóch przypadkach przewlekłej białaczki. (Le Sang Nr. 1 1930).

W pierwszym przypadku choremu dokuczaly bóle w kościach, zwłaszcza w okolicy ich nasad, bóle obrzękniętych i obrzęki stóp. Obraz krwi przedstawiał się następująco: liczba czerwonych ciałek wahała się od 2000000 do 2165000, ilość hemoglobiny 55—60%, wskaźnik barwnikowy około 1,20, liczba białych ciałek 300000—360000, z czego leukocytów obojętnochłonnych 51%, leukocytów kwasochłonnych 3%, limfocytów małych 3%, metamyelocytów obojętnochłonnych 70%, metamyelocytów zasadochłonnych 0,25%, promielocytów 2,75%, myeloblastów 2%. U chorego zastosowano autohemoterapię: zastrzykiwania robiono co czwarty dzień we wzrastających ilościach od 2 cm.³ do 20 cm.³. Odczynów nie było, chory czuł się o wiele lepiej, miał lepszy apetyt, bóle w kościach i śledzionie ustąpiły, tak, że chory wstał z łóżka i chodził o własnych siłach, liczba białych ciałek spadła do 168000, lecz wzór pozostał ten sam. Po zaprzestaniu zastrzykiwań liczba białych ciałek w krótkim czasie podniosła się z powrotem do 320000.

W drugim przypadku liczba białych ciałek wynosiła 78000, z tego leukocytów obojętnochłonnych 4%, leukocytów kwasochłonnych 1%, limfocytów 83%, limfoblastów 5%, form przejściowych 2%, monocytów 4%, myelocytów obojętnochłonnych 1%. Po zastrzyknięciu 2 cm.³ krwi, wziętej z żyły łokciowej, wystąpiła trwająca kilka dni gorączka, zle samopoczucie, zwiększenie liczby białych ciałek do 230000; po 6 dniach zrobiono zastrzyknięcie 4 cm.³ krwi, po którym temperatura podniosła się do 38,5°, a liczba białych ciałek do 254000. Wobec tego musiano zaprzestać autohemoterapii, która wywarła na przebieg choroby taki wpływ, jak uderzenie bicia.

Henryk Landau.

R. LEUCHTENBERGER. Agranulocytoza i jej leczenie. (Ther. der Gegenwart Nr. 4/1930).

Sprawa agranulocytozy, a zwłaszcza jej leczenia powinna być traktowana bardzo ogólnie, gdyż po pierwsze nie jest ona jednostką chorobową o określonej etiologii i patogeniezie, lecz zespołem objawów, nadmiar niedość ściśle odgraniczonym, powtórze większość przypadków agranulocytozy kończy się zejściem śmiertelnym. Jeden objaw musi istnieć w każdym przypadku agranulocytozy: krańcowa leukopenia z więcej lub mniej silnym zanikiem postaci ziarnistych (granulocytów).

Postać, opisana przez Schultza, a

ostrym początkiem z wysoką gorączką, szybkim śmiertelnym przebiegiem. martwicowym zapaleniem migdałków, skłonnością innych narządów (skóry, żołądka, kiszek, pęcherza moczowego, pochwy) do martwicy, żółtaczką, brakiem objawów skazy krwotocznej, niejednorodnym tłem bakteriologicznym, a na sekcji brakiem granulocytów w narządach wewnętrznych i szpiku kostnym, jest jedną, ale bynajmniej nie jedyną postacią agranulocytozy, gdyż bywają przypadki bez żółtaczki, lub martwicy migdałków, a natomiast z objawami skazy krwotocznej i t. d. Autor dzieli przypadki na: 1) prostą i 2) powikłaną agranulocytozą oraz 3) przypadki graniczne. Niektóre przypadki agranulocytozy występują w związku z przyjmowaniem amerykańskiego preparatu arsfenaminy lub niemieckiego spiracidu, które zawierają rdzeń benzolowy (C_6H_6), powodujący, jak wiadomo, leukopenję, inne wypadki znów są skutkiem działania pewnych jądów bakteryjnych.

Wielka śmiertelność przypadków agranulocytozy jest dowodem, że leczenie jej nie należy do rzeczy wdzięcznych. Wobec tego zaś, że etiologia jej jest tylko w rzadkich przypadkach znana, leczenie nie jest jednolite, przeważnie zaś objawowe.

Główny objaw-leukopenja bywa leczony naświetlaniami szkieletu promieniami Roentgena w dawkach pobudzających (np. $\frac{1}{20}$ HED); ważnem jest jaknajwcześniejsze rozpoczęcie naświetlań i naświetlanie jaknajwiększej powierzchni ciała. Druga metoda leczenia leukopenji to bezpośrednie i pośrednie przetaczanie krwi. Trzecia to zastrzyknięcia środków, wywołujących leukocytozę (terpentyna, mleko i t. p.). Poza objawowym leczeniem, zależnem od postaci agranulocytozy stosuje się neosalwarsan miejscowo do leczenia zapaleń i martwic oraz w zastrzyknięciach dożylnych, septojod, omnadynę, isotol, preparaty złota (solganal).

W tych rzadkich przypadkach, gdzie etiologia jest znana (uszkodzenia lekowe), należy bezzwłocznie odstawić szkodliwy lek. Zapobiegawczo należałoby w przypadkach, w których stosuje się w celach leczniczych duże dawki środków z grupy arseno-benzolowej, robić regularnie dla kontroli badanie krwi. Do dzisiejszego dnia nieznanym jest żaden pewny środek przeciw agranulocytozie, a wyleczenia zależą bardziej od postaci agranulocytozy i odporności ustroju chorego, aniżeli od zastosowanej metody leczniczej.

Henryk Landau

DRIELS. Leczenie krwawiączki preparatem Natein (D. m. W. Nr. 1 1930).

Preparat „Natein” daje dobre wyniki lecznicze w przypadkach krwawiączki. W przypadku spostrzeganym przez autora po 2 tygodniach podawania tego środka w ilości 30 tabletek dziennie znacznie zmniejszyło się pękanie naczyń, czas krzepliwości z minut 40 zmniejszył się do minut 14, krwawienia pourazowe występowały rzadko, o ile zaś występowały, to wchłaniały się po 24 godzinach. Poprawa była tak znaczną, że można było skutecznie usunąć zęba. „Natein” przez swoje szybkie i dodatnie działanie umożliwił leczenia operacyjne przykurców, występujących tak często w tej chorobie. Naskutek łatwych wylewów krwawych do stawów.

Wanda Frantzówna.

Choroby narządów trawienia.

E. L. BORTZ. Opadnięcie trzew. (J. Am. Med. An. Tom 93, Nr. 1 1929).

Opuszczenie trzew jest jedną z oznak t. zw. konstytucji astenicznej. Jednakże należy pamiętać o tem, że pojęcie opuszczenia trzew jest względne i zależy zawsze od konstytucji ogólnej.

Tak, na przykład, żołądek, sięgający krzywizną dużą do linii grzebieniowej (*crista ilei*) u człowieka budowy hiperste-

nicznej otyłego, może uchodzić za opadnięty, podczas gdy u osobnika chudego, astenicznego, nawet 2 cm. poniżej tej linii nie należy uważać za wyraźne opuszczenie.

Co do symptomatologii tego cierpienia które nazywa się *visceroptosis*, to nie jest ona wyraźną i naogół przypomina t. zw. „skargi nerwowe”.

Leczenie winno dążyć do restytucji położenia, usunięcia ewent. źródeł zakażenia, oraz ogólnego wzmocnienia ustroju, szczególnie układu mięśniowego. Wskazane jest wzmocnienie wydalania przez jelita, nerki, skórę oraz płuca.

Spoczynek jest rzeczą zasadniczą. W pozycji pionowej następuje pociąganie za kreskę, obniżenie wszystkich trzew. Przy przejściu do pozycji leżącej — następuje ulga. Wskazany więc jest spoczynek w pozycji leżącej po każdym jedzeniu.

Nie należy nigdy przeładowywać żołądka dużym, obfitym posiłkiem. Raczej 5—6—7 małych posiłków w krótkich odstępach czasu ułatwiają trawienie i opróżnianie się żołądka. Płynny należy przyjmować tylko pomiędzy posiłkami.

Masaż mięśni brzusznych przyczynia się do ich wzmocnienia a przez to do poprawienia stanu chorego.

Lekarstwa same mają znaczenie małe. Odźwiernik zbyt wrażliwy należy uspokoić małymi dawkami belladonny, słuzówkę żołądka — o ile jest w stanie nieżyty — leczyć płynami alkalicznymi.

Słód oraz tran — przyczyniają się do ogólnego wzmocnienia, zaś bromki i pochodne kwasu barbiturowego do uspokojenia nerwów.

Opaski podtrzymujące na brzuch są bardzo pożyteczne, jednak rzadko odpowiadają swemu przeznaczeniu. Winny one być wygodne i unosić opadnięty narząd do jego normalnego położenia.

Wskazane jest kontrolowanie od czasu do czasu położenia pasa i żołądka wzgl. jelit pod ekranem rentgenologicznym. Ewentualnie należy wnosić odpowiednie poprawki do pasa. Jak tylko napięcie mięśni gładkich oraz prążkowanych (brzucha) się poprawi, należy pas sztywny zamienić na elastyczny. W około 50% przyp. istnieją zrosty, utrzymujące trzewia w złej pozycji; te przypadki należy leczyć operacyjnie. W każdym razie leczenie zwykłe zachowawcze — należy wypróbować przed chirurgicznym.

B. Goldstein.

E. EMERY i R. MONROE. Analiza przypadków wrzodu trawiennego żołądka. (Arch. Sut. Med. Tom 43 Nr. 6 1929).

Wśród 556 przypadków przewlekłego wrzodu żołądka — nadkwaśność występowała w 50%. Tylko jeden był przypadek bezkwaśności zupełnej, przyczem rozpoznanie było zrobione na podstawie badania rentgenologicznego, gdyż objawów klinicznych nie było.

Rentgenologicznie nie wykazano wrzodu trawiennego w 36 przypadkach. Krwotoki wystąpiły w 194 przypadkach, zaś w 8-iu były przyczyną zejścia. W 77 przypadkach krwawienia się powtórzyły. Były one pierwszym objawem w 52 przypadkach. Stosunkowo bardzo częste w pierwszych 2 latach choroby spotyka się je później tylko w 23% przyp.

Przedziurawienie zdarzyło się u 38 pacjentów, przyczem 11 z nich zmarło. Zdarzało się to głównie w późniejszych okresach chorobowych.

Raka stwierdzono w 4,4% przypadków wrzodu trawiennego, z tych 3 rozwinęły się z owrzodzenia.

Zaleganie stwierdzono w 135 przyp. z tego 92 przypadało na skurcz odźwiernika.

Klepsydrowaty żołądek napotkano w 16 przypadkach.

U chorych na wrzód żołądka zakażenie ogniskowe nie było częstsze aniżeli w innych chorobach.

Wrzód spowodował śmierć w 42 przyp., z tego u 21 po operacji. Leczenie daje naogół dobre wyniki, a szczególnie kuracja Sippy'ego. Zaś zespolenia z zawinięciem odźwiernika jest najlepszą metodą operacyjną.

Leczenie chirurgiczne daje nieco lepsze wyniki chociaż o wyleczeniu właściwym trudno mówić.

B. Goldstein.

Al. ALTMAN i A. KALLNER. Próba hematoporfirynowa w rozpoznawaniu krwawień utajonych. (Arch. f. Verd. Krankh. t. 45, Nr. 344).

Wobec tego iż badania na barwniki krwi metodą chemiczną niezawsze daje pewne wyniki, autorzy radzą w wątpliwych przypadkach uciec się do badania spektroskopowego, które daje o wiele lepsze i przytem pewniejsze wyniki.

B. Goldstein.

Choroby dzieci.

∞ Prof. Dr. H. BEUMER. Über die Ernährung des Säuglings. Berliner Klinik z. 414 r. 1930, str. 26.

Autor jest zdania, że mało kobiet może karmić wyłącznie piersią (!) i zwłaszcza przez czas dłuższy. Dlatego sprawa racjonalnego sztucznego karmienia jest zawsze aktualna. Jako najlepszą mieszankę dla dzieci od urodzenia do 5 miesięcy zaleca B. mleko nierozcieńczone, zakwaszone za pomocą 0,5% kwasu mlekowego z dodatkiem 2% mąki i 3—6% cukru. Mieszanka ta ma posiadać następujące zalety: ilość tłuszczu niezmnieszona, jest kwaśna, smaczna, nie uspasabia do dyspepsji. Stolce niemowląt, żywionych tą mieszanką, mają wszystkie cechy stolców niemowląt, karmionych piersią. Nie należy dodawać do mleka kwasu solnego, jak to czynią inni autorowie, gdyż ten, jako nieorganiczny, powoduje zakwaszenie ustroju. Tę samą mieszankę zaleca autor dla dzieci, które otrzymują pożywienie mieszane. W przypadkach dyspepsji miał autor dobre wyniki przy podawaniu kleiku 10% Bessema i stopniowem wprowadzaniu codziennie po jednej porcji omawianej mieszanki.

Autor uważa za postępowanie w nauce o sztucznym karmieniu wprowadzenie mieszanki Czerny-Kleinschmidt, jako bogatej w tłuszcz; ujemną jej stroną jest wytwarzanie obfitych stolców oraz czasem uspasabianie do dyspepsji. B. jest przeciwnikiem podawania mleka rozcieńczonego, zawierającego za mało tłuszczu, który jest niezbędny dla uczucia sytości, dla dobrego bilansu wodnego, dla wytwarzania odporności. U niemowląt, karmionych mlekiem rozcieńczonym, stwierdza się złe zabarwienie skóry i brak jędrności; nie jest to wynik sztucznego karmienia, ale nieodpowiedniego, zawierającego zbyt mało tłuszczu.

Odbiera się wrażenie, napewno wbrew intencjom autora, że ujemną stroną sztucznego karmienia nie jest przede wszystkim brak pokarmu kobiecego, a jest nią raczej złe przyrządzona mieszanka, dlatego praca ta, interesująca dla doświadczanego pediatry, może być niebezpieczna dla nie specjalisty lub początkującego lekarza.

Marta Erlichówna.

STRELTZNER. Zupa z jajek jako pokarm dla niemowląt. (D. m. W. Nr. 1, 1930).

Mleko kobiece jest pokarmem niewystarczającym dla wcześniaków oraz dla niemowląt z zaburzeniami w odżywianiu. U wcześniaków spostrzegamy często rozwijanie się krzywicy i anemii. Spostrzegamy również takie przypadki, w których niemowlęta, na czas urodzone, źle znoszą pokarm kobiecy i nie przybierają na wadze. Autor zwraca uwagę, iż podawanie jajek może zastąpić i wyrównać braki, wynikające przy podawaniu zarówno mleka kobiecego, jak i krowiego. Już w 1926 r. finlandczyk Ilpö próbował podawać niemowlę-

tom zupełną, składającą się z jajka, mleka, pszennej mąki i cukru i spostrzegł dobre wyniki w przypadkach ostrych i przewlekłych biegunek. Autor podawał zupełną zupę z jajek głównie w celach dokarmiania wcześniaków i niemowlętom słabszym oraz niemowlętom karmionym sztucznie. Zupa ta zawiera 2% białka, 2½% tłuszczu i 9% węglowodanów. Szkodliwego działania nie spostrzegano. W żadnym przypadku przy podawaniu tej zupy nie rozwinęły się objawy krzywicy. We krwi u wszystkich niemowląt stwierdzono prawidłową zawartość Hb i ciałek czerwonych.

Wanda Franżówna.

BRÜHL. Wartość przeciwkrzywicza naświetlanego świeżego mleka. (Med. Kl. 14/1930).

Badania doświadczalne nad naświetlanem świeżym mlekiem wykazały, że pod względem zapobiegawczym i leczniczym w krzywicy dziecięcej nie ustępuje ono działaniu lampy kwarcowej i vigantolu. Zawartość czynnika przeciwkrzywiczowego jest w mleku tem dostatecznie duża, tak, że nie potrzeba stosować dużych ilości mleka, aby osiągnąć działanie vigantolu. Szkody naskutek przedawkowania, wzgl. innych objawów ubocznych nie stwierdzono.

W okresach wyciecznych u dzieci krzywicznych (tężyca) albo w przypadkach ciężkich powikłań (zapalenie płuc, oskrzeli, koklusz) należy wrócić do vigantolu albo lampy kwarcowej, gdyż stosowanie w tych przypadkach względnie dużych ilości mleka jest przeciwwskazane, szczególnie w tężyce.

Natomiast jako środek zapobiegawczy mleko naświetlane daje dobre wyniki.

Oczywiście, że u oseków jako środek zapobiegawczy nie miałby ten sposób zastosowania.

M. Segal.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

JADASSOHN. Uwagi o wartości odczynu tuberkulinowego w dermatologii. (The British Journal of Dermatology and Syphilis. Grudzień 1929).

Po latach prób autor dochodzi do wniosku, że wartość lecznicza tuberkuliny jest b. problematyczna. Do celów rozpoznawczych najlepiej nadaje się maść Moro, zawierająca 50% tuberkuliny. Zdaniem autora, obrazy, uzyskane tą drogą, posiadają wyjątkową siłę kontrastu, wobec czego porównanie odczynów na skórze zdrowej i chorej nie sprawia żadnych trudności. Inne metody (Pirquet, Mantoux, Trambusti) nie posiadają tej cennej cechy.

Objawy kliniczne odczynu tkankowego mogą mieć rozmaite napięcie, poczynając od lekkiego zaczerwienienia, aż do martwicy, po której zwykle pozostaje blizna. Zjawisko izomorfizmu (Kreibich) nie jest rzadkie: najczęściej spotykamy się z niem w *lichen scrophulosorum*, *erythema induratum* lub w *tuberculides papulo-necroticae*. Rzadziej spotykamy się z reakcjami spóźnionymi; odczyn może wystąpić nawet po kilku dniach. Niewątpliwie chodzi tu o przypadki z cechami anergii. Niekiedy obserwujemy odczyn paradoksalny, gdzie mała ilość tuberkuliny wywołuje silną reakcję, duża — odwrotnie. Wreszcie zdarzają się spontaniczne odczyny na miejscach wygasłych ognisk skórnych pod wpływem ponownego szczepienia tuberkuliny; zjawisko takie obserwowane nawet po latach. Autor stwierdza pozatem wpływ pory roku na szybkość występowania i siłę odczynu tuberkulinowego.

Wartość rozpoznawcza odczynów jest również względna; obok odczynów dodatnich w sprawach niespecyficznych spotykamy się z odczynami ujemnymi w cierpieniach, których etiologia ma niewątpliwie powinowactwo do gruźlicy. Tak np., *lupus pernio* i sarkoidy dają niemal stale odczyn ujemny.

Dodatknie odczyny w promienicy i trądzie, zdaniem autora, mogą być wyrazem zakażenia mieszanego, jeśli nie liczyć się z okolicznością, że każda sprawa o utkaniu gruźli-kowem może dać odczyn dodatni.

Wreszcie dla rokowania odczyn tuberkulinowy również nie ma wielkiego znaczenia; często bowiem spotykamy się z faktami, że przypadki z bardzo silną reakcją leczą się opornie i odwrotnie.

St. Hirsberg.

DEKKER H. O powstawaniu i znaczeniu patognomicznem rozstępów skóry. (Münch. med. Woch. Nr. 16-1930).

Striae distensae powstają u osób tęgich, nad rozciągającymi skórę guzami, wskutek puchliny brzusznej, w czasie ciąży. Wynikają z mechanicznego rozciągnięcia skóry. Czasami zjawiają się mimo braku czynnika mechanicznego, jakim jest naciąganie, w miejscach niezwykłych, np., w okolicy pachowej, na plecach u osób szczupłych, postępują stale naprzód, bywają niezmiernie długie. Brünnauer obserwował rozstępy u dwóch mężczyzn po przebytej dyzenterji, inni spostrzegali tworzenie się ich po durze, błonicy, zapaleniu wzrostka robaczkowego, anginie, zapaleniu szpiku kostnego, suchotach. We wszystkich przypadkach występowało uszkodzenie tkanki elastycznej, na sekcji stwierdzano rozciągnięcie skóry, brak zniszczenia naczyń; rozciągnięcie wynikało wskutek zwyrodnienia elastyny, która uległa rozdarciu. Badacze przypuszczali tło toksyczne tych zmian. Hermstein obserwował rozstępy skóry u 17-letniej panny, u której stwierdzono guz przysadki, zachwianie równowagi w czynności tarczycy, nadnerczy i jajników. Kogoj przypuszcza, że w każdym przypadku podobnych rozstępów należy przyjmować udział zaburzeń ze strony układu dokrewnego. Autor uważa, że pod wpływem jądów zewnątrznych lub zwewnątrznych podlega uszkodzeniu elastyna, traci swą elastyczność, staje się łamliwa. Wystarczy wtedy nieznaczne wyciąganie skóry w jakimkolwiek miejscu, aby powstały rozstępy. W przypadku autora rozstępy zjawiały się w przebiegu dychawicy oskrzelowej, przebiegały kilkoma pasami po 15 cm. na plecach, postępowały stale naprzód. Leczenie alergenami nie tylko usunęło napady dychawicy, lecz zahamowało dalszy rozwój rozstępów, nawet wywołało ich cofanie się.

F. Turyn.

R. MATHIEU i N. VASSEUR. Badania nad prurigo strophulus i niedomogą pokarmową w dzieciństwie. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. N. 3/1930).

Prurigo strophulus jest cierpieniem łagodnym, które jednak może się stać poważnem, jeśli służy jako pretekst do nadmiernych i długotrwałych ograniczeń pokarmowych. Nieścisłe jest twierdzenie, że pewne pokarmy, jak: jaja i ryby wywołują zawsze wykwity świerzbiączkowe, podczas gdy pokarmy mączne nigdy ich nie powodują. Ten bardzo wątpliwy podział bywa przyczyną nadmiernych ograniczeń dietetycznych.

Jest rzeczą niewątpliwą, że dzieci, karmione nadmiernymi ilościami mięsa, jaj, mleka, mogą mieć zaburzenia trawienne, którym towarzyszy prurigo strophulus. Lecz pokarmy te nie są zawsze szkodliwe, i, jeśli wykwity trwają uporczywie pomimo zupełnej zmiany diety, należy myśleć o stanie uczulenia w stosunku do pokarmów mącznych: ziemniaków, fasoli i t. p.

Źle zrównoważone diety o niedostatecznej ilości białek powodują długotrwałe i uporczywe zaburzenia trawienne. Pierwsze próby poprawienia przemiany białkowej mogą spowodować chwilowe pogorszenie się biegunk i świądu. Ten

zawód nie powinien jednak powstrzymać od zmiany diety bezwzględnie koniecznej dla zapewnienia dziecku normalnego rozwoju.

Henryk Landau.

LAUBER. Leczenie różnych schorzeń skóry wigantolem i wapniem. (Münch. med. Woch. 18—1930).

Autor stosował powyższe leczenie początkowo u dzieci dotkniętych wypryskiem, z dobrym wynikiem, co go zachęciło do spróbowania wigantolu w podobnych przypadkach u osób dorosłych. Ergosteryna wydała się L. wskazana wobec jej wpływu na poziom wapnia we krwi. Wybitną poprawę uzyskał w dwóch przypadkach wyprysku pokrzywkowego i dwóch przypadkach wyprzenia wypryskowego, których dotychczasowymi metodami nie udało się wyleczyć. W jednym przypadku udało się L. usunąć wyprysk na tle zawodowym u robotnika, trwający pomimo leczenia przez lat 13.

F. Turyn.

GARNIER. O dyshidrozach. (Paris Medical Styceń 1930 r.)

Od roku 1873, kiedy Tilbury-Fox poraz pierwszy opisał cierpienie skórne pod nazwą *dysidrosis*, toczyła się w piśmiennictwie polemika, czy należy uważać je za odrębną jednostkę chorobową, czy też chodzi tylko o jedną z odmian wyprysku. W świetle współczesnej dermatologii *dysidrosis* uważana jest za zespół kliniczny, który zależnie od warunków może występować w rozmaitych postaciach. W myśl badań autora istnieją 3 typy tego cierpienia: *dysidrosis simplex*, którą autor uważa za zespół idjopatyczny, oraz *dysidrosis infectiosa* lub *eczema dysidroticum*, jako zespoły wtórne. Typ pierwszy spotyka się najczęściej w wieku młodym u obojga płci, jako cierpienie sezonowe, przeważnie na początku lata. Na kciach i stopach obu stron, a przede wszystkim na bocznych powierzchniach palców powstają rozsiane, drobne głęboko osadzone pęcherzyki, wypełnione żółtawą pizezroczystą cieczą. Wygląd pęcherzyków przypomina ziarenka sago. Tilbury Fox był zdania, że ciecz ta powstała wskutek zatrzymania się wydzieliny potowej w gruczołkach, lecz pogląd ten szybko został obalony. Po 10–20 dniach zawartość pęcherzyka wysycha, naskórek ześ zluszcza się blaszkowato, obnażając różowawo-czerwonawą powierzchnię. W niektórych przypadkach cierpienie to ma tendencję do nawrotów, w innych znów poprzedza je okres silnego świądu.

Najczęstszą przyczyną *dysidrosis simplex* są grzybki z gatunku *epidermophyton*. Eliaschew wykrywała je w 80% przypadków. W myśl badań Miliana, była wrodzona, rzadziej nabyta, może być punktem wyjścia podobnych obrazów. Niektórzy autorzy obserwowali *dysidrosis simplex*, jako odczyn skóry po zażyciu salicylu.

Obok *dysidrosis simplex* spotykamy się z postaciami wtórnymi nietypowymi. Morfologicznie różnią się one ropną zawartością pęcherzyków, z której łatwo jest wyhodować paciorkowce i gronkowce. *Eczema dysidroticum* nie posiada tak ścisłego i charakterystycznego umiejscowienia, jak postać zwykła; różni się ona poza tem odrębnym rozwojem i dużą skłonnością do nawrotów.

Sposób leczenia zależny jest w pierwszym rzędzie od etiologii. Przy pochodzeniu grzybkowem—1% nalewka jodowa lub 1% roztwór kwasu chryzofanowego w chloroformie oraz okalne kąpiele z *kali hypermanganicum*; leczenie postaci zakaźnej jest takie, jak zwykłej piodermji, przypadki zaś na tle kiłowym leczą się specyficznie.

St. Hirsberg.

Wskazówki praktyczne.

Lutz poleca *arsylen* w *chorobach skóry*, jako środek pewnie i szybko działający. Szczególnie skuteczny ma być w liszaju czerwonym (*lichen ruber*), a nadewszystko w *dermatitis herpetiformis*, na którą inne przetwory arsenu działania nie wywierają. (Schw. med. Woch. 1929 N. 48).

— 0 —

W celu pobudzenia ośrodka oddechowego za pomocą kwasu węglowego poleca Stern sposób nader prosty: Na kran do połowy napełnionego wodą sodową syfonu nakłada się rurkę gumową, której koniec wolny wprowadzamy do nosa osoby chorej, syfon odwracamy do góry dnem i otwieramy kran — z syfonu zaczyna powoli wydostawać się kwas węglowy. (Al. m. W. 1929 N. 43).

— 0 —

Pometta poleca następujące postępowanie w przypadkach *porażenia elektryczności*: Ciało musi być utrzymywane w atmosferze cieplej za pomocą ogrzewania flaszkami z gorącą wodą, rozgrzaniem cegieł, tkaninami i t. d. Niezwłocznie należy przystąpić do pobudzenia oddychania za pomocą zastrzyknięcia lobelliny a także dostarczenia kwasu węglowego. Środki nasercowe w przypadkach ciężkich powin-

no się zastrzyknąć dożylnie lub dosercowo. Jako środek suwerenny ma być zastosowane oddychanie sztuczne, które w razie, jeżeli niema bardzo ciężkich, śmiertelnych uszkodzeń (złamanie czaszki, bardzo rozległe i głębokie oparzenie), powinno być kontynuowane conajmniej 4—5 godzin. (Schw. med. Woch. 1930 N. 4).

— 0 —

Thiel daje następujące wskazówki do *ratowania topielców*: Po oczyszczeniu nosa i ust oraz uwolnieniu od wody dróg oddechowych przez postawienie topielca na głowie i ewentualne pociąganie za język, zastosować należy sztuczne oddychanie (najlepiej metodą Silvestra lub Silvestra-Howarda), masaż serca (według Kōniga-Maasa), drażnienie skóry, pobudzanie działalności serca przy pomocy zastrzykiwań dożylnych lub dosercowych odpowiednich środków. Woda z płuc może być usunięta tylko przez wehłonięcie do krwiobiegu, który w tym razie jest obciążony masą wody — dla odciążenia więc krwiobiegu wskazany mógłby być może w niektórych przypadkach upust krwi. (D. m. W. 1930 N. 19).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lek. Rzeczyposp. P.

117 posiedzenie kliniczne z dnia 28 I 1930 r.

Przewodniczy: A. Fryszman.

Pokazy: 1) D. Szenkier. 2) *przypadki krwimocz u niezwyczajnego pochodzenia*. Pierwszy przyp. dotyczy 28 l. mężczyzny u którego krwimocz datuje się od 4—5 tygodni. W osadzie moczu dużo czerwonych ciałek krwi. Zdjęcie R. kamieni nie wykazuje. Cystoskopia: krwawi nerka lewa, czynność jej zupełnie dobra. Pyelografia wykazuje zmianę zarysów miedniczek w sensie braku środkowego kielicha. Operacja wykazuje normalną nerkę. *Decapsulatio renis sin.* Od tego czasu chory nie zauważył ani razu krwi w moczu. Przy badaniu krwi w moczu. Prelegent omawia sprawę *nephritis haemorrhagicae i haematuriae essentialis* oraz leczniczych skutków dekapsulacji. Drugi przyp. dotyczy 58 l. mężczyzny, u którego krwimocz datuje się od 4—5 tygodni. W osadzie moczu masa erytrocytów. Roentgen quoad calculos ujemny. Cystoskopia: krwawi nerka prawa, która jest znacznie upośledzona w swej czynności. Operacja — *nephrectomia*. Nerka zwinięta, o rozmiarach normalnych, wykazuje dużo rozsiańskich małych guzków w obu substancjach mięszu nerkowego. Badanie mikroskopowe wykazuje: *fibromata multiplicia renis*. Prelegent wskazuje na rzadkość włókniaków nerki. Krwawienie było zapewne zależne nie od włókniaków, lecz od stanu zapalnego mięszu nerkowego i od zmian w naczyniach.

Lewinson w rozprawie podaje w wątpliwość rozpoznanie; *haematuria essentialis*. Fryszman omawia sprawę tej jednostki chorobowej i twierdzi, że w miarę postępu metod rozpoznawczych coraz rzadziej wypada stawiać rozpoznanie: *haematuria essent.* Krwimocz w postaci skrzepów przemawia za *nephritis haemorrhagica*. Higier przypomina o rozpoznawanych dawniej krwimoczach pochodzenia historycznego; rozpoznanie te tłumaczy się niedoskonałością ówczesnych sposobów badania.

2. H. Landau. *Przypadek otyłości na tle zaburzeń czynności gruczołów dokrewnych*. Chora lat 17 zgłosiła się na oddz. Dra G. Lewina ze skargami na bóle głowy, bóle brzucha o charakterze stałym, niezależne od jedzenia, brak apetytu, zaparcie stolca. Chora przw. wzmagała 155 cm, waży 68. klg. Od roku stale tyje. Badanie narządów, poza nieznacznym powiększeniem tarczycy, zmian nie wykazuje. Badanie przemiany podstawowej wykazało jej obniżenie o 12%, wskaźnik oddechowy naczcz = 0,94; po śniadaniu

Bernhardt'a przemiana podstawowa była obniżona o 11,8% (czyli podniosła się zaledwie o 0,2%)⁽¹⁾, współczynnik oddechowy obniżył się do 0,9. Po obciążeniu chorej 100,0 gr. cukru cukier we krwi podniósł się do 161 mg % (przed obciążeniem 107 mg %), poczem szybko zaczął opadać i po 2-ch godz. doszedł do normy. Obciążenie, 200,0 gr. cukru i normalnem śniadaniem nie wywołało u chorej cukromoczu. Preleg. wyszczególnia cały szereg dodatkowych badań (zdjęcia R., badanie dna oka, morfologiczne i chemiczne badania krwi, soku żołądkowego i t. p.) i przeprowadza szczegółowe różniczkowanie; dochodzi do wniosku, że przyczyną otłuszczenia w demonstr. przyp. jest niedomoga przedniego płata przysadki, tarczycy i nadczynność aparatu insularnego trzustki.

B. Odczyt: P. Goldstein. *Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc na podstawie ostatnich prac i własnego doświadczenia* (z przezrocza). Prelegent daje krótki przegląd rozmaitych pomysłów operowania gruźlicy płucnej w wiekach 17-ym, 18-ym i połowie 19-go; następnie omawia odmę sztuczną, pneumolizę w połączeniu z plombowaniem (Tuffier, Baer), przepalanie zrostów (Jacobaeus), frenikotomję frenikokoeshajreżę (Stütz), torakoplastykę. Podaje technikę różnych rodzajów plastyki, dłużej zatrzymuje się na plastyce sposobem Sauerbrucha. Mówi o stosowaniu plastyki w gruźlicy płucnej, powiklanej wysiękami opłucny. 1) surowiczym lub surowicz-ropiastym. 2) ropnym lub zainfekowanym i 3) ropno-posocznicznym. Pierwszy rodzaj wysięków może być leczony zachowawczo, w 2-im i 3-im rodzaju należy interwenjować (przeplukiwania i plastyka), w przeciwnym razie chorzy ci bezwzględnie giną. Preleg. podaje tabelę statystyczną torakoplastyk, wykonywanych przez chirurgów europejskich, amerykańskich oraz polskich. Wyniki są w przybliżeniu jednakowe: od 33 proc. — 40 proc. wyleczeń, około 30 proc. mniejszej lub większej poprawy i około 30 proc. pogorszenia. Zważywszy, że bez zabiegu olbrzymia większość tych chorzych uległaby niezawodnie swej ciężkiej chorobie, można ocenić wielkie znaczenie lecznicze i społeczne torakoplastyki. Następnie wyświetlono 22 przezrocza, dotyczące zabiegu i jego wyników.

W dyskusji zabierają głos: A. Goldman, A. Bieleński, Pekielis, Adelfangi i Higier, którzy zastanawiają się nad wartością danych statystycznych o leczeniu gruźlicy oraz nad sprawą ubocznych a odległych skutków torakoplastyki.

Sekretarz M. Szour,

118 posiedzenie kliniczne z dnia 18.II 1930 r.

Przewodniczył: H. Higier.

A. Pokaz: A. W. Kapłan: Przypadek *periarteriitis nodosa* przebiegający pod postacią przewlekłego zapalenia nerek.

Chory męzc. 43l. przybył na oddział D-ra Skłodowskiego w stanie ciężkiego zatrucia nerkowego. Białkomocz, osad, azotemia, stałe wysokie ciśnienie, niska rezerwa alkaliczna. W przebiegu cierpienia, które się nie polepszało, dołączyło się zapalenie płuc. Chory wkrótce zmarł. Sekcja wykazała nerki normalnej wielkości z szeregiem wciągnięć klinowatych — blizny pozawałowe. W nerkach i niektórych odcinkach jelit rozsiane zmiany drobnych tętniczek — zgrubienie paciorkowate, naciek zapalny, idący od przydatki, zamknięcie światła, — typowe dla *periarteriitis nodosa*. Podobne zmiany wykazały również w niektórych miejscach naczynia wieńcowe serca.

W rozprawie zabierają głos Szour i H. Higier.

B. J. Eisenfarb: *Badanie porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych.*

Znaczenie układu roślinnego w powstawaniu nadciśnienia nabiera ostatnio coraz więcej cech prawdopodobieństwa. Stwierdzone przez Kyliną, Pellissiera i innych zmiany układu roślinnego w „nadciśnieniu samoistnym” nic nam nie mówią o mechanizmie jego powstawania. Tylko porównawcze badania podczas normalnego ciśnienia i w nadciśnieniu u jednego i tego samego osobnika z przełomami naczyniowymi mogłyby tę kwestję posunąć naprzód.

Chora przedstawiała szereg wielkich wahań ciśnienia w związku z napadami kolki żółciowej. Badanie układu roślinnego w czasie normalnego ciśnienia wykazało: napięcie nerwów roślinnych — *Vagus* = 36, *S.* = 108, *Ca* we krwi 110 mlgr., *cholester.* 500 mlgr.; odczyn adrenalinowy normalny. Też badania w okresie nadciśnienia wykazały: *Vag.* = 96; *S.* = 144 — *hyperamphotonia*, *Ca* we krwi 92 mlgr., *Cholester.* 750 mlgr., odczyn adzenalinowy wagotoniczny. Preleg. stwierdza na zasadzie swych badań, że stwierdzone przez Kyliną, Pellissiera i in. zmiany układu roślinnego nie są przyczynami nadciśnienia samoistnego, lecz tylko mu towarzyszą, będąc wraz z nim skutkiem zaburzeń wewnętrznego wydzielania.

W dyskusji zabierają głos: A. Kapłan, Fejgin, F. Turyn, H. Landau, naogół stwierdzając, że nowsze badania i wywody w sprawie nadciśnienia samoistnego, włączając i wywody prelegenta, raczej zaciemniają problem, niż go wyświetlają. — J. Eisenfarb w dłuższej odpowiedzi popiera swoje wywody, oponując przeciw upraszczaniu kwestii przyczyn nadciśnienia.

G. Jampoler: *Teoria i metoda Freuda ze stanowiska współczesnej psychologii* (streszczenie własne).

Kilkanaście lat temu psychologia odrzucała a limine teorię i metodę Freuda, jako naukow. bezwartościową; od kilku lat zajmuje wobec niej inne stanowisko; wielu psychologów sili się na wykazanie, że w psychanalizie niema ani jednego twierdzenia lub faktu, któryby już oddawna nie był znany psychologii naukowej.

Nowy ten stosunek psychologii do psychanalizy po prostu w związku z gruntowną ewolucją, dokonywającą się od kilkunastu lat we współczesnej psychologii naukowej. Prelegent w niewielu słowach charakteryzuje tę ewolucję i przyjmuje, — za Müllerem Freienfelsem — że we współczesnej psychologii ścierają się dwa prądy. Jeden — konserwatywny — psychologia obiektywna, drugi — nowy: psychologia subiektywna. Otóż, właśnie psychologia subiektywna, która zdobywa coraz więcej zwolenników i placówek naukowych, w wielu zasadniczych zapatrywaniach zgadza się z psychanalizą, szczególnie z dynamicznym, genetycznym i całościowo-indywidualnym ujmowaniem psychiki ludzkiej.

Autor występuje przeciwko tym psychanalitykom, dla których freudyzm jest ostatnim słowem w nauce, i dla których poza psychanalizą niema prawdy. Tak mają prawo sądzić tylko ludzie, dla których psychanaliza jest nie metodą psychoterapeutyczną i poglądem naukowym, lecz wyznaniem wiary i poglądem na świat; z nimi też autor niema wcale zamiaru, ani ochoty polemizować. Kto jednak wobec freudyzmu nastawiony jest naukowo, ten nie może wobec niego rzucić się krytyki, co więcej, dla tego zgóry jasną być musi rzecz, że teoria Freuda, jako całość, krytyki nie wytrzyma. Każdy bowiem system naukowy — a wszak ten jest bezsprzecznie nowa teoria — jest zarazem systemem filozoficznym, opartym, jak każda zynteza filozoficzna, na irracjonalnych przesłankach. Nauka, pojęta jako suma doświadczenia ludzkiego, metodycznie opracowanego, nie może uznać prawd osta-

tecznych, krytyce rzeczowej niepodlegających, i nie może przyjąć twierdzeń, opartych na przesłankach irracjonalnych.

Coraz bardziej więc aktualne staje się zagadnienie krytycznego opracowania teorii i metody Freuda dla odróżnienia w niej pierwiastków naukowych od światopoglądowych. W Niemczech już zaczęto pracę nad tem zagadnieniem; i na naszym terenie należy do niej przystąpić. Może ona być dokonana tylko wspólnym wysiłkiem lekarzy-analityków i psychologów. Prelegent chciałby, aby odczyt jego był pierwszym krokiem w tej współpracy.

Referent przytoczył dużo nowej literatury, tyżającej się omawianych przezeń problemów.

Sekretarz: M. Szour.

Sprostowanie

do sprawozdania ze 116-go posiedzenia klinicznego
Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. (Warsz. Czas. Lek. Nr. 26
z dnia 26.VI.1930 str. 623).

Do sprawozdania z odczytu kol. L. Justmana: „Rola czynników morfologicznych w schorzeniach przewodu pokarmowego” wkradło się kilka omyłek, wypaczających treść odczytu. Ponizej podajemy streszczenie własne.

Dążenie do ścisłego ustalenia rozpoznania anatomicznego w schorzeniach przewodu pokarmowego nie jest bynajmniej wystarczające do całkowitego poznania istoty danego schorzenia. Składa się na to wiele czynników, a więc zmienność i nieuchwytność cech morfologicznych tak zwanych normalnych narządów, wybitna niezależność i niewspółmierność między obrazem morfologicznym a objawami czynnościowymi i podmiotowymi, wspólność unerwienia, układu naczyniowego i wspólnota czynnościowa narządów, w wyniku czego zaburzenia różnych narządów mogą powodować identyczny obraz kliniczny, i, odwrotnie, to samo schorzenie narządu może dać zupełnie odmienne zespoły kliniczne.

Do rozwikłania tego zagadnienia nie wystarczają przesłanki morfologiczne — należy ująć cierpienie dynamicznie, uwzględnić wpływ podłoża ustrojowego, stanów emocjonalnych i innych. Choroba staje przed nami, jako płynna sprawa energetyczna, zachodząca w sensie teorii Krausa w naszej jaśni głębokiej. Ujawnia się ona w zmianach czynnościowych i anatomicznych — te ostatnie nie stanowią istoty cierpienia, ale są jedynie jednym z jego wyników. Nasze dotychczasowe metody rozpoznawcze mają na celu głównie stwierdzenie zmian anatomicznych — winniśmy dążyć więc do stworzenia nowych metod, które obok statyki uwzględnią i dynamikę cierpienia. Zmiany anatomiczne przestają wtedy być nieomal wyłącznym celem dociekań rozpoznawczych, a staną, jako czynnik dominujący, bądź współrzędny, a niekiedy nawet i podrzędny, obok zaburzeń czynnościowych.

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

XXXVII posiedzenie naukowe z dnia 24 go lutego 1930 r.
Prezes: N Mesz Sekretarz: W erkent h in ó w n a
Obecnych 25

Porządek dzienny:

1) Komunikat bibliotekarza: Stankiewicz komunikuje, że P. L. T. R. otrzymało w darze od Dr-owej Grudzińskiej kilkadziesiąt dzieł: podręczników i roczników pism radiologicznych, pozostałych po ś. p. Doc. Grudzińskim. Kol. Zawadowski udzielił bibliotece prowizorycznego lokalu w pracowni radiologicznej szpitala Ujazdowskiego, kol. Kochanowski ofiarował tymczasowe pomieszczenie na książki w postaci szafy. Obecnie prowadzi się pracę nad skatalogowaniem i zainwentaryzowaniem książek, oprawą ich i uzupełnieniem roczników. Sprawa pilną jest nabycie kilku zasadniczych książek, obejmujących całą bibliografię radiologiczną. Biblioteka fundusów własnych nie posiada i nie może oczekiwać w najbliższej przyszłości zasłku od skarbnika, który rezerwuje fundusze P. L. T. R. na wydawanie Przeglądu Radiologicznego.

Wychodząc z założenia, że, siłą rzeczy, z biblioteki korzystać będą przede wszystkim członkowie Koła Warszawskiego, bibliotekarz wnosi o jednorazowe opodatkowanie się członków Koła w wysokości 10 złotych na rok bieżący. Poza tem prosi o nadsyłanie odbitek z prac kolegów do biblioteki.

Wniosek bibliotekarza o jednorazowym opodatkowaniu się w wysokości 10 złotych na rok bieżący zostaje przyjęty przez aklamację.

2) Wybory Komisji Rewizyjnej: Do Komisji Rewizyjnej zostają wybrani: Adelfang, Gądek i Stankiewicz.

3) Bruner E. *Owrzodzenia skóry popromienne późne*. (Pokaz chorego). Mężczyzna lat 23. Chory 20 lat dotknięty jest gruzlicą skóry oraz kości obydwu kończyn górnych. W roku 1915 był naświetlany promieniami Roentgena. Otrzymał 4 serie naświetlań. W czasie 4-ej serii w 4 dni po zabiegu wystąpił odczyn pęcherzowy. Owrzodzenia, które wskutek tego powstały, utrzymywały się w ciągu 3-ich lat. Bolesność była bardzo duża; w miesiącach letnich sprawa porażała się samoistnie. W r. 1918 widziałem chorego po raz pierwszy i stwierdziłem wtedy cały szereg typowych owrzodzeń popromiennych na skórze ramienia i przedramienia lewego wśród nacieków i blizn wilkowych. Pod wpływem naświetlań miejscowych kwarcówkami i soluksem wszystkie owrzodzenia w ciągu roku zagoiły się zupełnie. Dwa lata temu utworzyło się znów niesłychanie bolesne owrzodzenie w dolnej części przedramienia lewego na granicy z grzbietem ręki. Skóra naokoło owrzodzenia była wybitnie zanikowa, ścieńczała, wobec czego warunki dla gojenia przedstawiały się jaknajfatalniej. Przystąpiono do naświetlań owrzodzenia oryginalną lampą Finsena z soczewką miskową. Czas trwania poszczególnego seansu wynosi od 1 do 10 minut. Bolesność ustąpiła bardzo szybko; z wyjątkiem dwóch miejsc owrzodzenie zaciągnęło się zupełnie. Chory pozostaje w dalszym leczeniu.

Dyskusja

Drozdowicz demonstruje na własnym palcu zabliźnione pod wpływem naświetlań lampą Finsena przewlekłe owrzodzenie, które przedtem nie goiło się w ciągu półtora roku. Jednakże drugie, znacznie większe owrzodzenie na innym palcu, zagojone radem przed 6-iu laty na okres mniej więcej roku, pomimo systematycznych naświetlań lampą Finsena, nie reagowało zupełnie; owrzodzenie trwa w dalszym ciągu.

Sabat: W polskim słownictwie radiologicznym zjawiają się nowe wyrazy i wyrażenia. Należy pilnie baczyć i czuwać, by wyrazy, nie odpowiadające duchowi języka lub użyte w znaczeniu niewłaściwym, nie wchodziły w użycie powszechne. Przymiotnik „popromienny”, użyty przez Kol. Brunera, ma wprawdzie brzmienie wdzięczne; nie jest jednak dobry. Przemawiają przeciw niemu względy językowe i względy rzeczowe z punktu widzenia radiologii. Stosunek znaczenia nowoutworzonego przymiotnika pochodnego „popromienny” do znaczenia przymiotnika pierwotnego „promienny” powinien być analogiczny do stosunku znaczeń podobnie utworzonych wyrazów, będących już w użyciu powszechnym, więc n. p. przymiotnika „pooperacyjny” do „operacyjny”. Otóż możemy mówić n. p. „zakażenie pooperacyjne”, bo znamy znaczenie wyrażenia „zakażenie operacyjne”; ale nie możemy mówić „uszkodzenie popromienne”, bo nie znamy wyrażenia „uszkodzenie promienne”. Wyraz „promienny” ma, znaczenie ustalone i oznacza to samo, co „promieniujący” w tem znaczeniu mówi się: „blask promienny”, „energia promienna” i t. d.

A jeszcze zarzut z punktu widzenia rzeczowego: Kol. Bruner używa wyrażenia „uszkodzenie popromienne” w znaczeniu „uszkodzenie, spowodowane napromienianiem, jednak występujące późno”. Nie jest to dopuszczalne, podobnie, jak nie można użyć wyrażenia „zakażenie pooperacyjne” w znaczeniu zakażenia, które nastąpiło w czasie operacji, lecz objawiło się późno. Zakażenie, które nastąpiło w czasie operacji, jest „zakażeniem operacyjnym” bez względu na to, czy objawia się wcześniej, czy później. Zakażenie zaś „pooperacyjne” jest takie, które nastąpiło po operacji. Nie może być uszkodzeń „popromiennych” ani „promiennych”, tylko bywają „uszkodzenia promieniami”.

Więc zamiast „uszkodzenie popromienne” mówmy „uszkodzenie promieniami późne” lub „uszkodzenie promieniami, objawiające się późno”.

Drozdowicz zgadza się z Sabatem, że słowo „popromienny” nie jest odpowiednim określeniem.

Zawadowski uważa, że słowo „popromienny” oznacza nie następstwo w czasie, jak to rozumie Sabat, lecz prosto związek przyczynowy, a więc „popromienny” znaczy „wywołany promieniami”. Potatem słowo to przedstawia się korzystnie dźwiękowo i ma wszelkie cechy, kwalifikujące je do przyjęcia w języku potocznym naszej specjalności.

Adelfang zapytuje, jak sobie tłumaczyć działanie promieni Finsena w jednym przypadku dodatnio, w drugim ujemnie. Czy prelegent obserwował przypadki oparzeń, które nie dają żadnych objawów w ciągu pierwszych miesięcy, a następnie po roku, lub później, występują oparzenia od razu ciężkie?

Gądek zaznacza, że przy omawianiu owrzodzeń późnych trzeba uwzględnić nadwrażliwość na pewne czynniki fizyczne w ogólności, a na promienie X i gamma w szczególności. Znamy przykłady z literatury, znamy przypadki z własnej praktyki, gdzie dawka prawie ta sama — zwłaszcza u dzieci — zupełnie różną wywoływała reakcję. Przy ocenie leczniczych właściwości promieni Finsena trzeba uwzględnić biologiczne przeciwieństwa promieniowań o różnej długości, które przy widnie widzialnym zaznaczają się już w zakresie 1/2 oktawy.

Bruner w odpowiedzi Sabatowi i Drozdowiczowi zaznacza, że słowo „popromienny” zostało zaproponowane przez grono kolegów, ostateczny wyrok co do pozostawienia go lub usunięcia zależy od lingwisty, który współpracuje z komitetem słownikowym. Uszkodzenie, występujące późno, oznacza nazwą „uszkodzenie promienne późne”.

W odpowiedzi Adelfangowi B. podkreśla, że pod owrzodzeniem późnym rozumie nie tylko te owrzodzenia, które wystąpiły bez uprzednich objawów ostrego zapalenia rentgenowskiego skóry, ale i te zmiany, które są następstwem różnych postaci odczynów właściwych. W przypadku, przedstawionym przez B., owrzodzenie należy do tego drugiego typu. Co się tyczy działania finzenoterapii, to polega ono na wytwarzaniu nowej, silnej tkanki łącznej wraz z nowymi naczyńkami.

Gądkowi B. odpowiada, że w danym przypadku anafilaksja nie odgrywała roli, wystąpienie odczynu pęcherzowego najprawdopodobniej spowodował jakiś błąd techniczny.

4) Zawadowski W. *O pourazowej odnie czaszkowej*. (Ukaże się w druku).

5) Zawadowski W. *O torbielach zapalnych zębów z pokazem przypadku operowanego*.

Wytwórcze zmiany zapalne okołowierzchołkowe, zawierające często wysepki przybłonkowe, spotykane w ożębnie, mogą wskazywać na bujanie i rozrastanie się tych wysepki przemieniać się w torbiele, które określamy nazwą wierzchołkowych. Mogą one dochodzić do znacznych rozmiarów, naprzekładają kurzego, i, rozrastając się, wywierają ucisk na korzenie sąsiednich zębów, które przemieszczają się i pochylają się pod wpływem tego ucisku. To przemieszczenie i pochylenie korzeni zębów jest ważną cechą rozpoznawczą torbieli korzonkowych.

Tak zwane torbiele zawiązkowe czyli folikularne, w przeciwieństwie do torbieli korzonkowych, powstających na tle stanu zapalnego, są zmianami o charakterze nowotworów łagodnych i występują pod kilkoma postaciami, różniąciami się od siebie obecnością lub brakiem zęba w swym wnętrzu, a także jedno — lub wielokomorowością.

Podczas gdy torbiele zawiązkowe są dość rzadkie, z torbielami korzonkowymi czyli zapalnymi spotykamy się stale. Dlatego też ich obrazy radiologiczne są dla nas ważne i ważne jest rozpoznanie różniczkowe, gdyż z jednej strony odróżniać je należy od większych ziarniniaków, zaś z drugiej strony od prawidłowych szczegółów budowy szczęki, a mianowicie dolnych części zatok, które nieraz występują w postaci cieni okrągłych, trudnych do odróżnienia od torbieli.

Najważniejszymi objawami różniczkowymi będą — brak naokoło torbieli cienkiej regularnej warstewki zbitej, która otacza zawsze cień zatoki, oraz odpychanie i przemieszczanie korzeni sąsiadujących zębów. Otaczające niekiedy torbiel komorową zagęszczenie tkanek kostnych tworzy zwykle warstewkę grubszą, nieco nieregularną lub poprzerywaną.

Prelegent demonstruje szereg przezroczy, na których uwidocznione są rozmaite postacie spraw zapalnych okołowierzchołkowych, torbiele wierzchołkowe i duża torbiel zawiązkowa szczęki dolnej z zawartym w niej zębem mądrości; pokazuje także preparat operacyjny torbieli, która przedstawiona jest na jednym z przezroczy.

Dyskusja

Sabat: Podział torbieli na zapalne i mieszkowe jest niewłaściwy. Przecież torbiel mieszkowa również może być pochodzenia zapalnego. Naukowo uzasadniony i powszechnie przyjęty jest podział na torbiele korzeniowe (*cystes radicales*) i torbiele mieszkowe (*cystes folliculares*).

Zawadowski odróżnia torbiele zapalne czyli korzonkowe, rozwijające się ze zmian zapalnych wierzchołkowych, od torbieli zawiązkowych, które mają charakter nowotworu łagodnego.

6) Mesz N. *Przypadek raka przetyku powikłany ropniem płuca*.

Chora lat 40-kilku została przyjęta na oddział chirurgiczny D-ra Wertheima. Z powodu głuchoty chorej nie można było od niej zebrać wywiadów, od rodziny dowiedziano się, że chora wymiotuje od 8-ia miesięcy.

Stan obecny: Ciepłota do 39°. Nad dolnym płatem płuca prawego stłamienie, zwłaszcza od przodu, ze zniesieniem oddechu. Zgłębienie bez przeszkody przechodzi przez przełyk do żołądka. Naczczo żołądek treści nie zawiera; po śniadaniu próbnym kwasota ogólna — 17,5 kwasu solnego wolnego brak; obecność kwasu mlekowego. Nakłucie próbne w 8 cm międzyżebrowo z tyłu ujawniło obecność płynnej masy, która, jak wykazało badanie drobnowidowe, okazała się treścią żołądkową. Chora została skierowana do badania rentgenologicznego z rozpoznaniem: przebiecie wrzodu żołądka do jamy brzusznej z powstaniem ropnia i zbiornika treści żołądkowej pod przeponą.

Prześwietlenie klatki piersiowej stwierdziło obecność płynu w opłucnie w niewielkiej ilości. Masa kontrastowa przechodziła częściowo przez przełyk do żołądka, częściowo przez otwór w przełyku na wysokości rozwidlenia tchawicy do jamy w obrębie dolnego płatu płuca prawego. W jamie tej, większej od żołądka, treść kontrastowa zalegała bardzo długo. Rozpoznano raka przełyku na wysokości rozwidlenia tchawicy z przebieciem do płuca i powstaniem dużej jamy w obrębie płatu dolnego.

Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie rentgenologiczne.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Le waditli Liyunan Po na posiedzeniu Akad. lek. w Paryżu (Pr. méd. Nr. 40) zdawał sprawę z prób stosowania *argosterolu naświetlanego przez usta w gruźlicy przewlekłej u królików*. Okazało się, że ma to wpływ niewątpliwy na wapienie zmian gruźliczych: tworzą się prawdziwe skorupy mineralne, zawierające zmienione prątki gruźlicze. Być bardzo

może, że wytwarzanie się tych skorup wstrzymuje szerzenie się zakażenia gruźliczego na tkanki otaczające.

Handuroy na posiedz. kwietn. tow. patologii porównawczej (Pr. méd. Nr. 40) stara się odpowiedzieć na pytanie, czy można na zasadzie ujemnego wyniku badania *pracowniowego orzec, że niema gruźlicy*. Istnieją chcerzy, których płwocina przy zwykłym barwieniu nie zawiera prątków, lecz ich ułamki. Płwocina taka, zastrzyknięta świnkom, również często nie daje zwykłego obrazu gruźlicy, z czego błędnie wyprowadza się wniosek, że nie mamy do czynienia z gruźlicą.

Należy wówczas zaszczepić organy, wzięte z pierwszego zwierzęcia i na pozór zdrowe, drugiemu, i nieraz dopiero wówczas stwierdza się gruźlicę. H. przytacza podobny przypadek, dotyczący chorego z podejrzanym cierpieniem nerek. Mocz, wstrzyknięty śwince, nie dał zmian wyraźnych, gdy tymczasem gruczoł pachwinowy tej świnki, przeszczepiony na drugą świnkę, dał typową gruźlicę.

Ninni (Sekcja badań nauk. nad gruźlicą Pr. méd. Nr. 29) twierdzi, że *zastrzyknięcia bezpośrednie do gruczołów jest najlepszym uwidocznieniem istnienia zarazka przesycającego gruźlicy*. Wystarczy wstrzyknąć małą dawkę przesączu i doszukiwać się prątków kwasoodpornych między 8-ym i 15-ym dniem. W przypadku wątpliwym można ów gruczoł zaszczepić drugiemu zwierzęciu.

Na tem samem posiedzeniu.

Waltis, podkreślając doniosłość techniki, zalecanej przez Ninniego, komunikuje, że udało mu się w pracowni Zalmette'a *otrzymać hodowlę zarazka przesycającego gruźlicy* na specjalnem podłożu o pH=7,8. Na dziesiąty dzień powierzchnia pożywki staje się opalizująca, zmienia barwę — zjawiają się wówczas prątki długie kwasoodporne z silną ziarnistością. Prątki te nie dają zwykłej gruźlicy u świnki, szczepienie zaś dożylnie królikowi wywołuje bardzo silne objawy toksyczne.

K o r e s p o n d e n c j a

Vichy w czerwcu 1930 r.

Vichy dzisiaj jest największym zdrojowiskiem i najpiękniejszą stacją klimatyczną Francji, dokąd, w pełni sezonu ściągają niezliczone rzesze kuracjuszy ze wszystkich stron świata.

Źródła Vichy.

Zasadniczą cechą wszystkich źródeł Vichy, a jest ich zgórą 15, — jest ich zasadowość i bardzo znaczna mineralizacja, około 6 do 9 gramów w litrze, w zależności od źródła. Głównym składnikiem wód jest dwuwęglan sodowy — od 5 ciu do 7 gramów w litrze; pozatem wody te zawierają dwuwęglany żelaza, potasu, wapnia i magnezu oraz chlorek, siarczan i arsenian sodu. Poza dużą zawartością gazowego dwutlenku węgla wody Vichy zawierają tak rzadkie gazy, jak: argon, krypton, ksenon, hel, neon etc. Wody te, pite u źródła, tworzą zespół leczniczy, którego ciepłota, promieniotwórczość (radioaktywność) i gazy szlachetne, w ilości niezważalnej, warunkują to zbawienne działanie na organizm. Przy wytryskiwaniu źródła Vichy posiadają temperatury różne, co powoduje różnorodne działanie fizjologiczne, zależne od ich odrębnej aktywności.

Wymieniamy najważniejsze:

Źródło Chomel (42°6)

Źródło Grande Grille (41°25)

Źródło Hôpital (33°)

Źródło Célestins (16°7)

Źródło Lucas (23°)

Źródło Dome (60°)

Źródło Les Lys (58°)

Dzięki różnorodności składników, temperatur oraz ich działaniu, źródła te o sławie światowej, do których należy dodać Mesdames, Pare i Hauterive, znane są światu lekarskiemu ze swych nieocenionych własności. To też znajduje w nich lekarz nieprzebrane możliwości lecznicze przy zastosowaniu ich według poszczególnych wskazań.

Wskazania lecznicze.

Wszystkie wskazania lecznicze Vichy i działanie lecznicze jego wód wypływają bezpośrednio z 2 czynników: 1) dobroczynne działanie alkalicznych źródeł Vichy na czynność wątroby, a właściwie na zaburzenia czynnościowe komórki wątrobowej, nieżytych przewlekłych dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego i 2) niemniej dobroczynne działanie na błonę śluzową, gruczoły, mięśniówkę i skłód nerwowy przewodu pokarmowego. Działanie wód Vichy na regulowanie czynności wątroby ustalono głównie na drodze badań klinicznych, a częściowo i doświadczalnie. Według poważnych danych należy przypuścić, że dwuwęglan sodowy, wydzielając się przez przewody żółciowe i zwiększając w ten sposób rozpuszczalność cholesterolu. Ustalona też została, według prac Bineta i Loepera, wartość antyseptyczna dwuwęglanu sodu. Ogromne doświadczenie kliniczne stale i dobitnie wykazuje dobroczynny wpływ wód Vichy w schorzeniach wątroby. Wszelkie objawy związane z niedomogą wątrobową, jak migrena, pckrzywka, wszelkie odmiany anafilaksji, choroba Quinckego, objawy gastryczne, związane z zaburzeniami w czynności wątroby — wszystkie te stany w znacznej mierze ulegają poprawie, a na, wet często przechodzą całkowicie po dwu lub trzykrotnym pobycie w Vichy.

Cierpiący na przewlekły nieżyt pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych z żółtaczką lub bez niej stanowią kategorię chorych, którym kuracja w Vichy sprawia największą ulgę. Najprawdopodobniej należy tu wziąć pod uwagę antyseptyczne i uspakajające działanie wód Vichy na drogi żółciowe i ściany pęcherzyka żółciowego. Prócz wpływu uspakajającego kuracja w Vichy ma dla tej kategorii chorych również duże znaczenie profilaktyczne, albowiem uregulowanie czynności komórki wątrobowej wpływa na zmniejszenie się wydzielania cholesterolu, na skutek czego tworzenie się nowych złożeń w przewodach

żółciowych i pęcherzyka zostaje utrudnione, a nawet zupełnie wstrzymane.

Wszyscy ci chorzy wykazują nadzwyczajną wrażliwość w ciągu pierwszych dni kuracji, a czasem całkowitego jej przebiegu. Wskazana tu jest najbardziej dokładna obserwacja i u miękkie dawki, gdyż wszelkimi siłami należy unikać ostrego ataku, uniemożliwiającego dalszą kurację na kilka tygodni.

Nie należy kierować do Vichy chorych, o ile nie upłynęło co najmniej miesiąc od ostatniego ataku. Nie nadają się do wysłania chorzy, u których regeneracja komórki wątroby nie może nastąpić. Tu należy wymienić marskość wątroby przerostową lub zanikową, choć w bardzo wczesnych okresach choroby może kuracja Vichy być skuteczna.

Liczną również kategorię chorych, kierowanych do Vichy stanowią chorzy z wadliwą przemianą materii; do nich zaliczyć należy chorych na otyłość ze skazą moczanową, a głównie podagrę, oraz cierpiących na kamicę nerkową. Znaczenie wątroby w metabolizmie kwasu moczowego i cholesteroliny jest dobrze znane. Sole nagromadzone w organizmie, dają się zawsze usunąć dużymi ilościami jakiegokolwiek wody. Aby jednak przeszkodzić dalszemu tworzeniu się złogów, należy poprawić i wzmocnić czynność wątroby, a tu właśnie występuje kuracja wodami Vichy, jako najbardziej racjonalna na plan pierwszy.

Jeszcze słów kilka o chorych cukrzyczych już od dawien dawna przybywających do Vichy. Najlepsze wyniki osiąga się u cukrzyczych otyłych, a należących do kategorii artrytyków.

Dobroczynne działanie wód Vichy na przewód żołądkowo-kiszkowy przyczyniło się do rozpowszechnienia jego sławy wśród tego rodzaju chorych. Najbardziej dodatnie wyniki osiąga się u chorych, u których dyspepsja zależna jest w dużej mierze od zaburzenia czynnościowego wątroby. Niedokwaśność oraz atonia żołądka poprawia się pod wpływem wód Vichy niewątpliwie. Daleko lepsze wyniki jednak osiąga się w nadkwaśności. Na początku kuracji chorzy odczuwają nasilenie wszystkich objawów chorobowych, po upływie jednak kilka dni kuracji wszystko się normuje. Cierpiący na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy mogą być kierowani do Vichy jedynie w okresie uspokojenia się objawów chorobowych, a przede wszystkim wymiotów krwawych lub zwykłych i okresu krwawienia nawet utajonego. Zazwyczaj technika kuracji polega głównie na stosowaniu źródeł gorących. Źródła zaś zimne, jako to: Celestin, Parc i Lucas — stosują się głównie, jako moczo-pędne. Dawki wody, zapisywane chorym są niezbyt duże. Rozpoczyna się od 200 gramów dziennie, aby dojść w końcu trzytygodniowej kuracji do 400 — 500 gramów, w rzadkich przypadkach do 600—700 gramów.

Prócz wyżej wymienionych chorób, bardzo dobre wyniki lecznicze uzyskuje się w Vichy w przewlekłych nieżytach nosa, krtani oraz oskrzeli, w schorzeniach serca i naczyń, w zaburzeniach narządów płciowych, kobiecych, nerek i pęcherza. A wszystko dzięki wzorowo urządzonej kąpielni kwasowogłowej, zakładom fizjo i hydroterapeutycznym!

Dr. Goldenstein (Vichy).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wrażenia z międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreźnie.

Podał

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Stolica Saksonii posiada już swą tradycję w dziedzinie wystaw higienicznych. Wprawdzie pierwsza powszechna niemiecka wystawa higieny z 1883 roku odbyła się w Berlinie, ale nie była ona przeznaczona dla szerokiego ogółu. Zwiedzali ją specjaliści, a tematem jej, zgodnie z panującymi wówczas poglądami na higienę, było zobrazowanie dodatniego i zgubnego wpływu, jakie ma otoczenie człowieka na jego zdrowie.

W Dreźnie w roku 1911 urządzono pierwszą wystawę higieniczną, przeznaczoną „for the man in the street”, pierwszą wystawę, której założeniem było, iż człowiekowi nie można zdrowia podarować, iż tylko on sam własnym swym wysiłkiem zdrowie to zdobyć i zachować może. Powodzenie wystawy, której projekt był narazie sceptycznie przyjęty, przeszło wszelkie oczekiwanie. Wystawę w ciągu kilku miesięcy zwiedziło powyżej 5 milionów osób. Takiego wyniku nie oczekiwał nawet jej twórca i inicjator August Lingner, przemysłowiec saski, który po zdobyciu wielkiej fortuny poświęcił cały swój czas i majątek sprawie popularyzacji higieny.

Z wystawy 1911 r. powstało Niemieckie Muzeum Higieny (Deutsches Hygiene-Museum). Muzeum podjęło

i prowadzi systematyczną pracę nad rozpowszechnianiem wiadomości o zdrowiu. Zdobyło ono sobie wszechświatową sławę głównie swą działalnością na polu wystaw ruchomych w Niemczech i poza ich granicami. Działalność swą muzeum opiera na następujących założeniach. Chociaż komunalami stały się zdania, iż zdrowie decyduje o szczęściu jednostki w życiu i o sile i potędze państwa, jednakże człowiek przeważnie nie dba o swoje zdrowie. Aby go tego nauczyć, należy go zaznajomić z budową ciała, zaciekać i wzbudzić podziw dla działalności tego niezwykłego mechanizmu, jakim jest organizm ludzki i dopiero na tej podstawie uczyć zasad zdrowego życia. Ponieważ jednak niewielka tylko liczba ludzi będzie mogła i chciała zdobyć potrzebne wiadomości w tej dziedzinie przez studia, trzeba iść drogą nauczania poglądowego przez muzea, pokazy, wystawy, tak, aby, mówiąc słowami Lingnera, „każdy mógł drogą patrzenia zdobyć wiadomości, umożliwiające prowadzenie rozsądnego i wzmacniającego jego organizm trybu życia”. Obiekty wystawiane powinny być tak wykonane i opisane, aby mogły być zrozumiane przez każdego laika. Muzeum winno być pośrednikiem pomiędzy nauką a szerokimi masami ludności. Działalność muzeum zgodnie z zamierzeniami Lingnera nie miała się ograniczać do popularyzacji. Muzeum miało dokształcać specjalistów, umożliwiając im pogłębianie wiadomości z różnych dziedzin higieny.

W okresie wielkiej wojny i bezpośrednio po wojnie muzeum drezdeńskie przechodziło ciężkie ko-

leje, dzieląc losy wielu innych instytucji naukowych. Lingner umarł, zapisując muzeum cały swój majątek wartości dziesięciu milionów marek, które po latach inflacji zredukowały się do skromnej sumy 150 tysięcy RM. Dzięki jednak wielkim wysiłkom współpracowników, którzy skomercjalizowali część muzeum, przystępując do wyrobu i sprzedaży eksponatów muzealnych, można było najgorsze czasy przetrwać.

Obecnie na utrzymanie muzeum składają się rząd Rzeszy, państwo Saksonja i miasto Drezno. Muzeum posiada 7 współpracowników naukowych i około 200 techników. Wszystkie eksponaty muzeum są wyrabiane we własnych warsztatach. Przy muzeum funkcjonuje Akademia higieny. Zadaniem Akademii higieny jest urządzenie wykładów i kursów (przeważnie bardzo krótkich) dla urzędników państwowych i komunalnych, nauczycielstwa, pielęgniarek oraz innych pracowników na polu zdrowotności publicznej i opieki społecznej. Lekarzy akademja nie kształci.

Wobec szybkiego rozwoju muzeum trzeba było pomyśleć o odpowiedniej siedzibie i otwarciu nowego gmachu postanowiono uczcić zorganizowaniem nowej wystawy higienicznej.

Przyjrzyjmy się trochę bliżej samej wystawie. Teren wystawy 1930 r. zajmuje 400.000 m.², w czym zabudowanych 46.700 m.². Już zewnętrznie najbardziej imponującą jej część stanowi nowe muzeum, reszta pawilonów otacza wielki stadion sportowy oraz rozpościera się w pięknym parku miejskim i na terenach stałego placu wystawowego.

Wystawę podzielić można zgrubsza na trzy działy: 1) dział ogólny, 2) wystawę rządu Rzeszy 11 poszczególnych państw, wchodzących w skład Rzeszy, i miast oraz c) wystawę państw obcych. Udział przemysłu jest znaczny, i niektóre działy są właściwie wystawą przemysłu.

Pod względem architektonicznym wystawa przedstawia się bardzo jednolicie, może nawet trochę monotennie. Ton ogólny nadaje muzeum zbudowane w nowoczesnym kubistycznym stylu, styl ten został utrzymany i w budowie pozostałych pawilonów. Problem oświetlenia wystawy nie został pomyślnie rozwiązany. Co do samej techniki wystawiania zaznaczyć należy, iż nie uderza ona bogactwem pomysłów. W porównaniu z wystawami, które widywało się w Niemczech w ostatnich latach jest to nawet pewien krok wstecz. Uderza moc fotografii, fotomontażu i napisów bez końca. Słyszałam zdanie, może słuszne, iż ten nadmiar napisów nie razi Niemców, przyzwyczajonych od dzieciństwa do napisów na ręcznikach i talerzach. Widza innej narodowości to trochę nuży.

Podstawę działu ogólnego wystawy tworzy muzeum, składające się z 13 oddziałów. Najciekawszy dział, poświęcony budowie i działalności ciała ludzkiego nosi nazwę „Der Mensch”. Przedewszystkiem imponuje tu technika muzealna. Widzimy przed sobą nie martwe okazy, ale żywy pracujący organizm. Zwiedzający zapoznaje się dokładnie z działalnością poszczególnych organów, potem widzi, jak działalność ta wytwarza harmonijną całość, rozumie, jak trudne technicznie zadania ma do wykonania ciało człowieka, i jak po mistrzowsku zadania te zostały rozwiązane przez naturę. Weźmy parę przykładów. Oto mięsień żwacz — jaką pracę wykonywa i do czego służy? Mamy więc przedewszystkiem plastycznie ujęty model głowy z pokazanymi na niej mięśniami — dalej powiedziane jest, iż dla zgryzienia np. orzecha leśnego

mięsień musi wykonać tyle pracy, ile jej potrzeba do podniesienia 50 kg. Zaraz obok znajdujemy wagi z umieszczonym na nich 50 kg. ciężarem. Dalej mamy aparat do mierzenia siły mięśni. Na ścianach widzimy oświetlone od wewnątrz przezroczą, pokazujące mięśnie przy pracy i w spoczynku.

Weźmy model przekroju skóry. Kto raz zobaczył, jak on wygląda na dużym modelu plastycznym, przedstawiającym poszczególne warstwy skóry, komórki tłuszczowe, gruczoły potowe i łojowe, włosy, nie zapomni tego łatwo. Weźmy dział oddychania — mamy model klatki piersiowej; za naciśnięciem guzika widzimy, jak klatka piersiowa wznosi się i opada, mamy duży model głowy i tak umieszczone lustro, aby można było dokładnie obejrzeć gardło, mamy szereg modeli, obrazujących pracę strun głosowych, i ciekawy rysunek, pokazujący sposoby mowy różnych narodów.

Przykłady te możnaby mnożyć bez końca. Wspomnę tylko jeszcze o tak zwanym przezroczystym człowieku. Przezroczysty człowiek daje możliwość zapoznania się ze strukturą wewnętrzną ciała ludzkiego conajmniej równie dokładnie, jak przy pomocy promieni Roentgena. Preparaty są przygotowane specjalną metodą prof. Spalteholza, która stanowi sekret muzeum i ma za podstawę, iż przedmiot wydaje się przezroczysty, o ile jego zdolność do przełamywania promieni jest taka sama, jak otaczającego go płynu.

Z innych działów muzeum na specjalne wyróżnienie zasługuje dział odżywiania, zaopatrzony wyjątkowo bogato. Kierownicy muzeum wychodzili z założenia, że w żadnej bodaj dziedzinie higieny niema tylu przesądów do zwalczania, ile w dziedzinie odżywiania. Na dział ten składają się: część historyczna obrazująca rozwój nauki odżywiania, podstawowe wiadomości o przemianie materji, wiadomości o produktach spożywczych, bardzo bogaty dział witamin oraz dane praktyczne, dotyczące sposobów gotowania, jadłospisu przystosowanego do pór roku i t. d. Technika wystawiania bardzo bogata i ciekawa.

Nie da się powiedzieć tego samego o części muzeum, noszącej nazwę „Choroba i zdrowie”, na którą składają się działy chorób zakaźnych i chorób społecznych (gruźlica, rak, choroby weneryczne), nie wychodzą one poza poprawny szablon. Mimowoli powstaje pytanie, czy twórcy muzeum zwrócili główną uwagę na wyposażenie działu anatomji i fizjologii czy też przedstawienie i ujęcie zagadnień społecznych w płaszczyźnie wystawy jest tak trudne, iż, aby sprostać zadaniu, powstać dopiero muszą nowe metody obrazowania tych zjawisk.

Przed opuszczeniem muzeum zatrzymamy się jeszcze na chwilę w dziale nauczania higieny. Najwięcej miejsca i uwagi poświęcono metodom nauczania higieny przez szkołę, oraz przedstawieniu różnic w metodach propagandy, używanych w różnych krajach. Zebrano tu sporo rysunków, wykonanych przez dzieci (wyróżniają się rysunki szkoły ludowej w Hellerau pod Dreznem), tablic pogędowych, napisów, wzorów i rysunków, wykazujących możność zainteresowania dzieci i dorosłych zagadnieniem higieny.

Poza muzeum ogólny dział wystawy składa się z 15 pawilonów. W najbliższym sąsiedztwie muzeum wznosi się duża sala ćwiczeń fizycznych. Zaczynamy od historii, zapoznajemy się z rozwojem ćwiczeń fizycznych na przestrzeni wieków i ze stanem obecnym

sprawy. Hasłem tutaj jest: wielka dziedzina ćwiczeń fizycznych jest tak rozmaita, iż pozwala każdemu, w zależności od wieku, płci, dążeń i zdolności, dobrać sobie odpowiednie ćwiczenia. Ćwiczenia fizyczne są potrzebne każdemu, kto pragnie zachować do późnego wieku zdrowie fizyczne i duchowe oraz zdolność do pracy. Część naukowa działu stara się uzasadnić powyższe twierdzenie, wykazując wpływ ćwiczeń fizycznych na oddychanie, przemianę materji, krwiobieg, wzrost, postawę i t. d. Technika i metodyka ćwiczeń i sportów wszelkiego rodzaju została przedstawiona przez związki sportowe niemieckie, mogące naprawdę poszczycić się 8.000.000 członków czynnych. Przechodząc wzdłuż sali wystawowej, spoglądamy wciąż przez szklaną ścianę hali na stadjon, na którym o każdej porze dnia odbywają się jakieś ćwiczenia fizyczne. Łączy to teorię z życiem.

Obok sali ćwiczeń fizycznych wznosi się gmach, noszący nazwę szpitala. Właściwie jest to pokaz wzorowych urządzeń szpitalnych, wykonanych przez zakłady przemysłowe pod kierownictwem naukowym specjalistów. Zwiedzamy więc cały szereg pokoi, urządzonych zgodnie z potrzebami szpitala, liczącego od 1.000 do 1.500 łóżek. Jest tam pokój przyjęć i pokoje dla chorych, specjalny typ pokoju dla położnic, dla niemowląt, dla chorych zakaźnych nawet dla astmatyka, sale badań, pokoje dla personelu pielęgniarskiego, kuchnie djetetyczne, pralnia i t. d. Trudno, nie będąc specjalistą, ocenić wartość tego pokazu. „Fanok” komitet normalizacyjny publicznych i prywatnych zakładów leczniczych w Niemczech zorganizował pokaz normalizowanych instrumentów, bielizny, ubrania dla pacjentów, środków dezynfekcyjnych, aparatów i t. d.

Dział teoretyczno-statystyczny, bardzo ciekawy, zapoznaje nas z bieżącymi zagadnieniami w dziedzinie szpitalnictwa. Okazuje się, że najbardziej palącą sprawą jest zbyt wielkie dążenie ludności do leczenia szpitalnego. Wysoki poziom szpitalnictwa i to, że koszty pobytu w szpitalu są pokrywane tylko przez 10^{0/0} chorych (60^{0/0} chorych leczy się na koszt kas chorych, 30^{0/0} opieki społecznej) jest przyczyną ogromnego napływu ludności do szpitali. Dążeniem obecnie jest stworzenie całego szeregu instytucji, jak polikliniki, kuchnie djetetyczne, opieka nad chorymi w domu, któreby sprawiły, aby tylko ci chorzy dostawali się do szpitala, którym to leczenie szpitalne jest niezbędne. Jakże dalecy jesteśmy od tych czasów (wprawdzie było to w r. 1581), kiedy w Dreźnie także kierownikiem szpitala był grabarz cmentarny, jedyną pielęgniarką jego żona, a drezdeńska rada miejska, nie troszcząc się wcale o żywienie chorych, dostarczała szpitalom od czasu do czasu zepsutego mięsa, zarekwirowanego w jatkach, jako nie nadającego się do użytku ludzi zdrowych.

Duża sala higieny ogólnej wypełniona jest przeważnie stoiskami firm przemysłowych; w części naukowej zgromadzone zostały eksponaty, wykazujące konieczność odpowiedniego pielęgnowania ciała, modele, rysunki, niektóre bardzo pomysłowe, fotografie i fotomontaże, podające szczegółową technikę pielęgnowania skóry i zębów, duży aparat demonstrujący, jak należy spędzać dzień z pożytkiem dla zdrowia, wreszcie, jak i we wszystkich innych pawilonach, dane historyczne. Dział naukowy ma za zadanie przekonać zwiedzającego, iż ciało ludzkie w miarę oddalania się człowieka od natury wymaga coraz troskliw-

szej pielęgnacji, zwłaszcza mieszkaniac wielkiego miasta, chcąc, zachować zdrowie, musi się nauczyć zużytkować odpowiednio te krótkie chwile, jakie może przeznaczyć dla zdrowia. Pamiętać również winien o konieczności uwzględnienia różnych potrzeb ciała, unikając przesady w jakimś kierunku, np. w sporcie.

Z sali higieny ogólnej przechodzimy bezpośrednio do działu, poświęconego kobiecie w rodzinie i zawodzie, wyróżniającego się bardzo dodatnio pod względem techniki wystawowej. Hasłem działu jest: higiena jest środkiem, przy którego pomocy człowiek przystosowuje się do otaczających go warunków. Zastosowanie tego środka jest tem konieczniejsze wtedy, kiedy następuje nagła zmiana w warunkach pracy bytu jakiejś grupy, jak to miało miejsce dla kobiet w wieku XX. Zagadnieniem chwili jest umożliwienie kobiecie wypełnienia jej obowiązków względem domu, rodziny i zawodu, bez uszczerbku dla zdrowia. Jest to zadanie pierwszorzędnej wagi dla Niemiec, gdzie liczba kobiet, pracujących zawodowo, wynosi obecnie około 11.000.000.

Zgodnie z wyżej wymienionem hasłem ekspozyty, umieszczone w pawilonie, dają obraz zmiany, jaka zaszła w pracy kobiet, oddalając ją od domu i rodziny, wykazując przyczyny przeważnie natury gospodarczej, zmuszające kobietę do szukania zarobku, stwierdzając konieczność przygotowania wszystkich kobiet do zawodu gospodyni domu, podnoszą wpływ decydujący kobiety na stan zdrowia rodziny, omawiają szkodliwości dla zdrowia kobiety, wpływające z wykonywania różnych zawodów. Zwraca uwagę nacisk położony na konieczność przestrzegania postulatów higieny pracy, wreszcie potrzeba przyzwyczajania chłopców od małego do pomocy w domu, aby w przyszłości razem z kobietą mogli dźwigać ciężar pracy przy gospodarstwie.

Znacznie mniej udany jest dział wystawy, poświęcony dziecku. Przewija się przez ten dział, jako groźne momenta, poważny spadek liczby urodzeń jaki się zarysowuje w Niemczech w ciągu lat ostatnich. W r. 1871 współczynnik urodzeń wynosił 40,6 na 1000 — w 1927 — 18,4. Poza danymi statystycznymi, mamy tu trochę tablic, obrazów i napisów, poświęconych pielęgnowaniu niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym, oraz obszerniejszy dział higieny szkolnej. W dziale tym zostały ujęte z jednej strony zagadnienia opieki nad zdrowiem dziecka w szkole, ze szczególnem uwzględnieniem okresu dojrzewania i pracy zarobkowej w tym okresie, z drugiej zaś strony kwestja budownictwa szkolnego, zmierzającego do zaspokojenia głodu, światła i powietrza.

Pawilon higieny pracy składa się z wystawy przemysłu i części naukowej, opracowanej przez niemieckie towarzystwo higieny pracy. Zorganizowano dział naukowy, wychodząc z założenia, iż higiena zatracca coraz bardziej cechy nauki o zwalczaniu różnych szkodliwości, a staje się coraz więcej nauką o zdrowem życiu. To też w dziale naukowym zwrócono nie tylko uwagę na walkę z kurzem, zatruciami, zabezpieczeniem od wypadku, lecz i na racjonalizację pracy, mającą za cel zapewnienie człowiekowi pracującemu optymalnych warunków życia i pracy. Kierunek ten znajduje swój wyraz i w części, poświęconej bezpieczeństwu pracy, której naczelnym postulatem jest: „przed nieszczęśliwymi wypadkami chronią — lepszy robotnik, lepsza organizacja przemysłu

lepsze urządzenia fabryczne." Wystawa związku celowego ubezpieczeń społecznych, łącząca się ideowo z wyżej omawianymi działami, wykazuje, że w Niemczech daje się zauważyć obecnie silnie zaakcentowany zwrot w działalności Kas Chorych, przechodzących od leczenia do zapobiegania.

Zagadnienia higieny umysłowej skoncentrowane są w dwu niewielkich działach: a) „higiena psychiczna” i b) „człowiek nerwowy”. Dział higieny psychicznej daje przede wszystkim określenie samego pojęcia „higiena psychiczna” zaliczając tutaj zapobieganie rozrodczości osobników, społecznie niepożądanych, zapobieganie błędom wychowania, ułatwianie wyboru zawodu, propagandę racjonalnego podziału pracy, odpoczynku i snu, opiekę nad nerwowymi i umysłowo chorymi, ze specjalnem uwzględnieniem

kwestji trybu życia tych chorych i umożliwienia im drogą pracy powrotu do normalnego życia. Poszczególne części wystawy odzwierciedlają te wszystkie zagadnienia.

Dział „człowiek nerwowy” przeładowany jest napisami. Na wstępie spotykamy określenie nerwowości, jako zakłócenia stosunku pomiędzy wymogami indywidualnymi a przymusem rzeczywistości. Stąd społeczne znaczenie nerwowości i konieczność zwalczania tych objawów. Dla świadomego uregulowania życia psychicznego niezbędne jest rozpowszechnienie wiadomości o procesach, zachodzących w naszej psychice. Na znajomości tych procesów opierać się winni ci, którzy chcą wychowywać i leczyć. Kto chce tego dokonać winien przede wszystkim uporządkować swe własne życie psychiczne.

Wiadomości bieżące

— Ruch Służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia.
za miesiąc maj 1930 r.

W Zarządzie Centralnym:

Mianowani:

Dr. Popławska Helena, do odwołania referendarzem w VII st. sł. dekretem z dnia 21. V. 1930 r.

Prószkowska Ludwika, prowizor, rejestrator w IX st. sł., dekretem z dnia 27. V. 1930 r.

Kolakowska Wanda, prowizor, rejestrator w IX st. sł., rejestratorem w IX st. sł., dekretem z dn. 27. V. 1930 r.

Wiązowski Ludomił, prowizor, rejestrator w X st. sł., rejestratorem w X st. sł., dekretem z dn. 27. V. 1930 r.

Przeniesieni:

Dr. Drzewiecki Bolesław, prowizor, referendarz w VII st. sł., na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w VII st. sł. w Starostwie w Tucholi, dekretem z dn. 21. V. 1930 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia:

Mianowani:

Dr. Sochacki Władysław, prymarjusz w VI st. sł. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Koblitz, dyrektorem Państwowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie w V st. sł., dekretem z dn. 30. V. 1930 r.

Dr. Sporzyński Tadeusz, do odwołania asystentem w VIII st. sł. w Państwowym Zakł. Hig. w Warszawie, dekretem z dn. 23. V. 1930 r.

Zwolnieni:

Dr. Bednarz Józef, przeniesiony w stan nieczynny dyrektor w V st. sł. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie, na zasadzie postanowień art. 56 ustawy z dn. 18. II. 1922 r., dekretem z dn. 22. V. 1930 r.

We Władzach II Instancji:

Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Siemaszko Zygmunt, inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Białymstoku, na własną prośbę z dniem 31. V. 1930 r.

We Władzach I Instancji:

Mianowani:

Dr. Talikowski Jan, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym w Rawie Mazowieckiej lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże starostwie, dekretem z dnia 16. V. 1930 r.

Dr. Fekecz Stanisław, kontraktowy pracownik w VII grupie uposażenia p. O. lekarza powiatowego w Starostwie powiatowym Wileńsko-Trockim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dn. 27. V. 1930 r.

Dr. Wysokiński Józef, prowizor, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Kostopolskim, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dnia 27. V. 1930 r.

Dr. Rakowiecki Tadeusz, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym w Nowogródku do odwołania referendarzem w VII st. sł. w Zarządzie Centralnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dekretem z dn. 19. V. 1930 r.

Przeniesieni:

Dr. Jurkowski Leopold, prowizor, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Wilejskim, na takież stanowisko i w dotychczasowym stopniu służbowym do Starostwa powiatowego w Łańcucie, dekretem z dnia 24. V. 1930 r.

Dr. Walczak Maurycy, prowizor, lekarz powiatowy w VII st. sł. w starostwie powiatowym Krasnostawskim, na takież stanowisko i w dotychczasowym stopniu służbowym do Starostwa morskiego w Wejherowie, dekretem z dnia 30. V. 1930 r.

Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Gierszewski Józef, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowym w Tucholi, na własną prośbę z dniem 30. V. 1930 r.

Dr. Panek Franciszek, lekarz powiatowy w VI st. sł. w morskiem Starostwie w Wejherowie, na zasadzie ustawy emerytalnej art. 29, z dniem 31. V. 1930 r.

— O k ó ł n i k Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Poczty i Telegrafów w sprawie nowego wzoru kart porad.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oznajmia, iż na skutek porozumienia się z Najwyższą Izbą Kontroli wprowadza w życie z dniem 20 czerwca 1930 r. nowy wzór kart porad.

Sposób użytkowania oraz wypełniania kart porad ustala się jak następuje.

Karty porad będą wydawane urzędom w bloczkach po 50 sztuk.

Każda karta porady ma trzy odcinki, z których jeden będzie pozostawał w urzędzie, wydającym kartę porady, przy grzbiecie bloczka, dwa zaś pozostałe odcinki będą przez powyższy urząd wydawane zgłaszającemu się o pomoc lekarską.

Lekarz, udzielający pomocy, będzie zaznaczał na obu odcinkach rodzaj choroby, datę każdorazowej porady oraz w odnośnych rubrykach swoje uwagi, zatrzymując u siebie „odcinek dla lekarza”, a pozostawiając leczącemu się „odcinek dla pracownika”.

Po ukończeniu leczenia pracownik obowiązany będzie zwrócić swój odcinek temu urzędowi, który mu go wydał.

Urząd zaś będzie musiał wpisać w odcinku grzbietowym liczbę udzielonych porad, odnotowanych w zwróconym odcinku.

Grzbiety bloczków zużytych łącznie z odpowiednimi „odcinkami dla pracowników” właściwy Urząd winien zwrócić powiatowej władzy administracji ogólnej przy zapotrzebowaniu na nowe bloczki, urząd zaś powiatowy przekazuje je wojewódzkiej władzy administracji ogólnej.

Powyższe zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) podać do wiadomości wszystkim P. P. Starostom swego Województwa (m. st. Warszawy) celem zapoznania się oraz pouczenia urzędów co do ścisłego stosowania się do nin. przepisów.

Dr. P i a s t r z y ń s k i
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie spisu lekarzy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w zasadzie corocznie wydaje Urzędowy Spis lekarzy, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, dla użytku zarówno władz sanitarnych, jak i informacji aptek, instytucji handlowych, przemysłowych i t. p.

Ze względu na to, że materiały dla spisu lekarzy opracowuje się na podstawie danych, nadsyłanych przez wojewódzkie władze administracji ogólnej, a te ostatnie nie przywiązują dostatecznej wagi do należytego ich ujęcia i szczegółowego sprawdzenia, co w następstwie, jak stwierdzono, powoduje, że nazwisko jednego lekarza figuruje w kilku spisach, nadesłanych przez różne terytorjalne Urzędy, oraz przez wzgląd na konieczność z jednej strony zobrazowania w spisie faktycznego stanu lekarzy w Państwie Polskiem, z drugiej zaś ułatwienia redakcji związanej z tem pracy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządza co następuje:

1) Szczegółowy wykaz lekarzy, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, winien być przedłożony Ministerstwu Spraw Wewnętrznych przez poszczególne wojewódzkie władze administracji ogólnej w nieprzekraczalnym terminie do dnia 15 października każdego roku kalendarzowego;

2) wykaz lekarzy winien obejmować imię i nazwisko lekarza, rok urodzenia, rok otrzymania dyplomu, miejsce otrzymania dyplomu, specjalność i dokładny adres;

3) wykaz lekarzy składać się winien z trzech części:

- wykazu lekarzy urzędowych,
- wykazu lekarzy samorządowych,
- wykazu lekarzy wolnopraktykujących.

Należy przytem każdego lekarza umieścić tylko w jednej grupie, biorąc za podstawę klasyfikacji zajęcie podstawowe. Za lekarzy rządowych lub samorządowych należy brać lekarzy, zajmujących pewien etat, choćby dany lekarz był na tem stanowisku urzędnikiem prowizorycznym lub kontraktowym.

Wykaz lekarzy wolnopraktykujących obejmować musi wszystkich lekarzy, uprawnionych do wykonywania praktyki w ramach art. 2 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. Nr. 105 poz. 762), oraz lekarzy, wykonywających praktykę lekarską z mocy tymczasowych pozwoleń, udzielonych w ramach art. 4. powołanej powyżej ustawy. Przy nazwiskach tych ostatnich winna być zrobiona specjalna adnotacja, wskazująca niestały charakter praktyki.

4) Wykaz lekarzy obejmować winien nazwiska wszystkich lekarzy, zamieszkałych względnie wykonywających praktykę lekarską na obszarze danego Województwa w/g poszczególnych powiatów, poszczególne powiaty natomiast według alfabetu.

5) Wykaz lekarzy winien być sporządzony według stanu na dzień 30 czerwca każdego roku kalendarzowego i nie powinien zawierać żadnych zmian, zasłanych po tym terminie.

6) Celem należytego skontrolowania prawidłowości spisu należy przeprowadzać porównanie wykazów ze spisami Izby Lekarskiej z danego okręgu; spis bowiem członków Izby Lekarskiej w związku z przymusem przynależności, określonym art. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izby Lekarskiej (Dz. U. Nr. 105 poz. 763), obejmować powinien wykaz wszystkich lekarzy z danego okręgu, wykonywających praktykę zawodową, i jako taki może być bardzo pomocny do wspomnianej powyżej kontroli prawidłowości spisów, zestawionych przez władze administracji ogólnej.

Wszystkie powyżej podane normy przy uwzględnieniu zmian, wynikających z p. 3 a i b oraz p. 6, stosować należy przy zestawieniu spisów lekarzy dentystów, uprawnionych do wykonywania praktyki w ramach rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. Nr. 54 poz. 476). Spisy lekarzy dentystów przedkładać należy Ministerstwu Spraw Wewnętrznych równocześnie ze spisami lekarzy.

Wykonanie postanowień niniejszego zarządzenia zwalnia od obowiązku przedkładania danych w tej materji we wszystkich innych wykazach sprawozdawczych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie manco przy przeróbce środków odurzających.

Przy wykonywaniu kontroli rozchodu środków odurzających w aptekach i fabrykach p. Inspektorowie Farmaceutyczni napotykają trudności w ustaleniu, jakie manco tych środków należy uważać za usprawiedliwione.

Wobec powyższego niżej podaje się przeciętne normy, jakich manco to nie powinno przekraczać przy najczęściej używanych przetworach:

1) przy rozważaniu na dawki lekarskie manco może wynosić od 2 do 3⁰/₀ zależnie od tego, czy dawki były większe lub mniejsze.

2) Przy wyrobie ampulek z 1 litra płynu otrzymuje się 700 ampulek teoretycznie po 1 ccm., jeżeli ampulka zawiera faktycznie 1,2 ccm., 160 ampulek teoretycznie po 5 ccm., jeżeli

ampulka faktycznie zawiera 5,5 cm., i 85 ampulek teoretycznie po 10 ccm., jeżeli ampulka faktycznie zawiera 10,5 ccm.

Liczba ampulek, których faktyczna zawartość jest więcej zbliżona do oznaczonej na etykiecie teoretycznej zawartości, powinna być odpowiednio większa.

3) Z 1 kilograma młkowca otrzymuje się: 900 gramów nalewki zwyczajnej bądź szafranowej oraz od 360 do 380 gramów wyciągu.

Dr. Pi e s t r z y ń s k i
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż na posiedzeniu Komitetu Konkursowego im. D-ra Wacława Męczyńskiego, przyznana została nagroda profesorowi D-rowi med. Władysławowi Szenajchowi za pracę p. t. „Szpital im. Karola i Marji dla dzieci. Budowa, organizacja działalność“.

Prof. Dr. med. B. Sawicki
Sekretarz Stały

— Komunikat Polskiego Towarzystwa zwalczania Gośćca w Polsce.

Na walnem zgromadzeniu organizacyjnem w dn. 29 maja r. b. postanowiono przekształcić dotychczasowy Polski Komitet Zwalczania Reumatyzmu na Polskie Towarzystwo Zwalczania Gośćca (reuma(ty)zmu) w Polsce z siedzibą w Warszawie.

Do zarządu wybrano: prof. Dr. Orłowskiego, prof. Dr. Krczyńskiego, prof. Dr. Renckiego, prof. Dr. Orzechowskiego, prof. Dr. Jezierskiego, prof. Dr. Januszkiewicza, Doc. Dr. Sabatowskiego, Dr. Kluszyńskiego, Dr. Br. Nowakowskiego, Dr. Raszeja, Dr. A. Landaua, Dr. Kunickiego, Dr. Bujalskiego, Dr. Babeckiego, Dr. Burchardta, — na zastępców: Dr. Skawińskiego, Dr. Bełdowskiego, Dr. M. Goldbauma. — Do Komisji Rewizyjnej wybrano Dr. Medyńskiego i inż. Radziejewskiego.

Zarząd zebrał się na pierwsze konstytucyjne posiedzenie w dn. 13 czerwca 1930 r. i dokonał wyboru prezydium w składzie: przewodniczący prof. Dr. Orłowski, zastępca przewodniczącego Dr. Kluszyński, sekretarz Dr. B. Nowakowski, skarbnik ppłk. Dr. Babecki.

Praca Towarzystwa rozpocznie się jesienią r. b.

Tymczasowy adres Zarządu, dokąd należy zwracać się po informacje: Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych — Warszawa, Lwowska 13 — p. Dr. Kluszyński.

— Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymał od Komitetu Jugosłowiańskiego następujący program III-go Zjazdu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy.

2-go października zrana zebranie w Zagrzebiu. W tym dniu uczestnicy są gośćmi Zagrzebia. W nocy po kolacji, odjazd do Suszaku specjalnymi wagonami.

3-go października — śniadanie i oglądanie Suszaku, potem wsiadanie na statki „Kumanovo“ i „Karadjordje“ (czytaj Karadzjordże). Przed południem statki idą do Crkvenicy, wysp Krku i Raba. Obiad i kolacja na statku.

4-go października — zrana odjazd do Splitu. Cały dzień oglądanie Splitu i okolic. Wieczorem koleżeńskie zebranie w celu zapoznania się — na tarasie hotelu „Belvue“

5-go października — O godz. 10-tej rano uroczyste otwarcie Zjazdu w teatrze. Popołudniu obrady w sekcjach.

6-go i 7-go paźdz. Przed i popołudniu obrady w sekcjach i zamknięcie Zjazdu. Sekcje pracują od godz. 8 pół do 11 i pół przed południem i od godz. 15-tej i pół do 19-tej popołudniu. Od godz. 11-tej i pół do godz. 15-tej wycieczki statkami na sąsiednie wyspy i pobraża: Hvar, Solta, Makarska, Trogir i t. d. W czasie wycieczki obiad na statkach.

8-go paźdz. o godz. 2-giej rano odjazd ze Splitu do Korczuli i do Dubrownika (statkiem). Cały dzień oglądanie Dubrownika i okolic: Locruma (wyspa), Kupari, Cavtat i t. d. Wieczorem raut w domu oficerskim.

9-go paźdz. — zrana odjazd: jedna partja (według wyrażonej chęci) automobilami jedzie do zatoki Kotorskiej przez Herceg-Novi, Risan, Perast, i Kotor, nagórę Lovćen i do Cetynje. Nazajutrz powrót tą samą drogą do Dubrownika. Druga partja jedzie statkiem do zatoki Kotorskiej ogląda te miejscowości i jedzie do Petrovic, Budvu i Ulcynj. Powrót na zajutrz 10-go paźdz. do Dubrownika, gdzie się zbierają obie partje. Wieczorem kolacja na statkach, a po kolacji wsiadanie do specjalnych wagonów i odjazd do Mostaru i Sarajewa.

11-go paźdz. Oglądanie Sarajewa i Banje Hlidze (miejscowość kąpielowa). Obiad w Sarajewie, kolacja w Hlidze i tam nocleg.

12-go paźdz. zrana tymi samymi sypialnymi wagonami jedzie się dalej z Sarajewa przez Visegrad, Užice, Czacak i Obrenovac do Belgradu. Pewna liczba osób, na żądanie, może jechać do Belgradu przez „Vrnjacke Banje“ (miejsc. kąpielowe).

13-go paźdz. Zwiedzania Belgradu. W Belgradzie, uczestnicy są gośćmi kolegów Belgradzkich gminy.

Cała droga ta od Zagrzebia do Belgradu z kosztami jazdy i utrzymania ma wynieść około 450 do 500 zł. tych od osoby.

Do tego dochodzą naturalnie koszty drogi i utrzymania do Zagrzebia w tamtą stronę i z Belgradu (z powrotem), koszt paszportu wiz i t. p.

— Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłym porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Komisją Zdrojową oraz Gminą po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje wzorem lat poprzednich III trzydniowy lekarski kurs dokształcający w dniach 31. VIII i 1 i 2. IX. r. b.

Do wygłoszenia odczytów zaproszeni zostali:

Dr. med. R. Bernhardt (Warszawa), prof. St. Borowiecki (Poznań), Minister Dr. W. Chodźko (Warszawa), Doc. Dr. A. Elektorowicz (Warszawa), Doc. Dr. W. Czarnocki (Warszawa), prof. W. Jasiński (Wilno), prof. K. Jonscher (Poznań), Dr. med. M. Latkowski (Warszawa), Dr. med. Wł. Osmolski (Warszawa), Doc. Dr. Z. Monsiorski (Warszawa), Prof. Z. Radliński (Warszawa), Prof. dr. M. Semerau-Siemianowski (Warszawa), Dr. med. C. Wroczyński (Warszawa).

Wszyscy prelegenci wyrazili swą zgodę na współudział w kursie w charakterze prelegentów.

Uczestnicy Kursu mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku oraz zwykłe t. zw. kuracyjne ulgi kolejowe.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania Kursu.

Dokładny program będzie rozesłany we właściwym

czasie wszystkim lekarzom zamieszkującym Rzeczpospolitą. Organizacja Kursu spoczywa w rękach — prof. E. Lot-
ha (przewodniczącego) Doc. D-ra L. Lorentowicza, D-ra P.
Rudzkiego, (zastępców przewodniczącego), D-ra I. Dembie-
kiego, lekarza zakładowego i D-ra C. Hoppego, sekretarza
Komitetu.

— W dniu 23 b. m. o godz. 8-mej rano w Uniwersytec-
kiej Klinice Dziecięcej p. Prof. Jonschera otwarty został
kurs informacyjno-dokształcający dla lekar-
zy kasowych z województw poznańskiego
i pomorskiego. Kurs obliczony jest na 6 dni przy 6 do
7 godzinach dziennej pracy. Przedmiotem kursu jest medycyna
zapobiegawcza w najszerszym tego słowa znaczeniu.

Związkowi Kas Chorych, który jest organizatorem kursu,
udało się zaprosić na prelegentów najwybitniejszych lekarzy,
poświęcających się tej dziedzinie pracy.

Między innymi wykładają p. p. Prof. Jonscher, Dr.
Wroczyński i inni. Otwarcia Kursu dokonał w imieniu
Związku Kas Chorych Komisarz tegoż Związku p. Nacz. Wil-
czyński w obecności przedstawicieli Władzy Nadzorczej
oraz zaproszonych gości.

W przemówieniu swem p. Nacz. Wilczyński pod-
kreślił znaczenie kursu i jego zadania, kończąc życzeniem
owocnej pracy.

Przemawiali jeszcze p. Prof. Jonscher oraz p. Dr
Wroczyński, z Warszawy.

— Nr. 12-ty „Dziecka i Matki” przynosi następujące
artykuły: Z. A. Wołowskiej „Poczucie niższości u dziecka”,
M. Benisławskiej „Ojciec i Matka”, J. Kiewnarskiej „Łamanie
charakterów”, J. Pisarczykówny „Jak urządzić letniska dla
dziecka”, Dr. M. Kłosińskiej „Kąpiele powietrzno-światłne”,
Dr. P. Łuniewskiej „Oznaki i czas trwania ciąży”, Dr. M.
Biehler „Szczepienie Ochronne”.

Dział „Ważne drobiazgi” omawia sprawy: ogrzewania
słońcem wody do kąpeli, letnich sukienek, uprzedzanie do
jedzenia, snu, mleka, oraz leczenia niektórych schorzeń.

W dziale „Rodzice między sobą” dyskutowana jest spra-
wa dobierania towarzystwa dla dzieci i przypadłości żołądko-
wych. Dział mód i odpowiedzi Redakcji obfitują w szereg
praktycznych wskazówek. — Numer ożywiają liczne fotografie
dzieci czytelników.—

ZMARLI.

Edward Żebrowski, kierownik I kliniki wewnętrznej
Uniwersytetu Warszawskiego.

Stanisław Trzebiński, prof. historii i filozofii medy-
cyny Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

TREŚĆ: M. SZOUR. W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. — B. P. MUSZKATBLAT. Arsen w praktyce
dziecięcej. — W. FRANZÓWNA. Zapobieganie krzywicy i jej leczenie. (Str. zbior. Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek.
— Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — St. ADAMOWICZOWA. Wrażenia
z międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreźnie. — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Sur le diagnostic clinique de la leukaemie aiguë. — B. P. MUSZ-
KATBLAT. L'arsenic dans la pratique infantile. — W. FRANZ. La prophylaxie du rachitisme et son traitement. (Rev. gén. fin.)
— St. ADAMOWICZ. Impressions sur l'exposition internationale d'hygiène à Dresde.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 150.—, ćwierć str.
80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

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

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8ej do 11ej r.

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