

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE I REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 11 WRZEŚNIA 1930 R.,

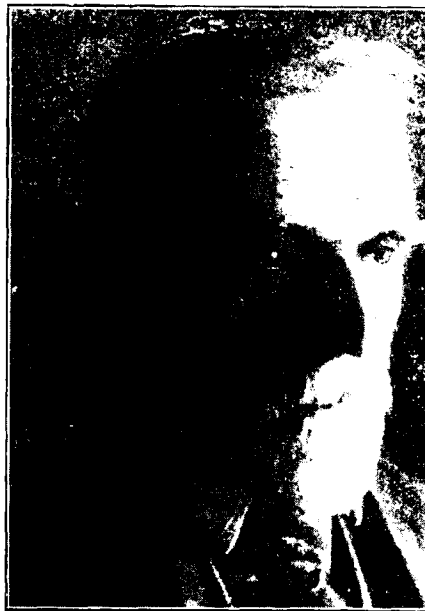
Nr. 37

Ś. p.

Dr. med. KAZIMIERZ DŁUSKI

zmarł dnia 6 września 1930 r.

Gdy na początku r. b. myśl uczczenia zasług na Kazimierza Dłuskiego w numeru pisma, zaproszenie twa znalazło natychmiast szczyt pracy, przyjaciół i by tuż przed zamierzonym jubileuszowym ciężka nie boleści. Z dnia na dzień jubileuszu w nadziei, że robę, jak walczyć umiał Mu życie nie szczędziło. nasze: planowane chwile uroczystość żałobną.



powstała w gronie naszym ukowych i społecznych daniem poświęconego Mu nasze do współpracowników odzew wśród Jego towarzyszy asystentów. Niestety, wręczeniu Mu numeru moc powaliła Go na łożo odkładaliśmy święto Jego zwalczy trawiącą Go chorobę z przeciwnościami, których Nie ziściły się nadzieje radosne zamieniły się w

Ubył nam jeden, z najlepszych. Odszedł człowiek światły, w szlachetnych swych przekonaniach nieugięty, dzielny, uczony i miłujący swój zawód lekarz. wzorowy, szczerze oddany i zasłużony Ojczyźnie obywatel.

Pismo nasze traci w Nim wiernego przyjaciela, mądrego doradcę i gorliwego współpracownika, który zasilał je artykułami wielkiej wartości naukowej.

Pogrążeni w żałobie, żegnamy dziś szczątki śmiertelne Kazimierza Dłuskiego, ale Duch Jego wśród nas żyć nie przestanie.

REDAKCJA.

PRACE ORYGINALNE

R o z p r a w y

Z Kliniki Chor. Dzieci. Uniw. Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz)

Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych.*)

Podał

Henryk BROKMAN (Warszawa)

Badania nasze nad patogenezą płonicy, w szczególności zaś nad biologicznymi własnościami jadu płoniczego, nasunęły nam szereg wniosków natury ogólniejszej. Uwydatniły nam one cały szereg punktów stycznych, istniejących pomiędzy jadem płoniczym a innymi jadami bakteryjnymi z jednej strony, z drugiej zaś wyszły na jaw podobieństwa, istniejące pomiędzy jadem płoniczym a inną grupą antygenów, tak zwanymi allergenami. To też w związku z naszymi badaniami nad płonicą podjęliśmy próbę zanalizowania biologicznych własności całego szeregu antygenów, poczynając od najbardziej typowych jadów, kończąc zaś na typowych allergenach. W ten sposób przeprowadzona analiza pozwoliła ująć zachodzące tutaj zjawiska w pewien prawidłowy układ. Nasze rozważania oparte zostały częściowo na własnych badaniach, częściowo zaś na faktach niewątpliwych, wykrytych przez innych badaczy, a stanowiących podstawę współczesnej immunobiologii.

W rozważaniach naszych poddamy analizie działanie na ustrój ludzki, wzgl. zwierzęcy, jadu błoniczego, jadu tężcowego, jadu płoniczego, tuberkuliny, wreszcie czynników, dających zjawiska anafilaksji, t. zw. anafilaktogenów, oraz czynników, dających zjawiska idiosynkrazji, które to ostatnie zgodnie z propozycją Coce będziemy nazywać atopenami.

I. Stosunek antygenów do wrażliwej komórki.

A. Stosunek allergenów do wrażliwej komórki.

Jak wiadomo, dwa ostatnie zjawiska (anafilaksja oraz idiosynkrazja) należą do grupy alergicznych. Słowo allergja (innoczynność według Nitscha) pochodzi od greckich słów (*allos* i *ergeia*), t. zn. inne oddziaływanie. W tem pojęciu mieści się jedna z najważniejszych cech zjawisk alergicznych, polegająca na tem, iż u osobnika, znajdującego się w stanie allergji, pewien określony bodziec wywołuje odmienne oddziaływanie, aniżeli u osobnika normalnego. Już klasyczne doświadczenie anafilaktyczne pozwala nam tę cechę ustalić. Jak wiadomo, świnka normalna jest niewrażliwa na wstrzyknięcie surowicy obcogatunko-

wej. Z chwilą jednak, gdy tę samą surowicę wstrzykniemy śwince poraz wtóry, po pewnym przeciągu czasu, wówczas wystąpią objawy wstrząsu anafilaktycznego. Cechę tę możemy ustalić również i w zjawiskach atopji (idiosynkrazji). Jak wiadomo, ludzie normalni nie oddziałują na szereg takich bodźców, jak n. p. pyłek zbożowy, środki farmaceutyczne, spożywcze, przy zachowaniu umiarkowanych dawek. Natomiast człowiek, znajdujący się w stanie idiosynkrazji, na wszystkie te czynniki oddziałuje w sposób bardzo wybitny, a przytem odmienny, aniżeli człowiek normalny. Te same czynniki, o których dopiero co była mowa, mogą u osobnika wrażliwego wywołać objawy astmy, wyprysku, pokrzywki, zarówno przy wprowadzeniu drogą jelitową, poprzez narządy oddechowe, jakoteż przy bezpośrednim zadziałaniu na skórę. Dla wszystkich tych zjawisk możemy ustalić obecność tej zasadniczej cechy, o której mowa była wyżej, a mianowicie, odmienne oddziaływanie osobnika normalnego, inne zaś osobnika, znajdującego się w stanie allergji na te same czynniki.

Głębsza analiza zjawisk alergicznych pozwoliła wykryć inną jeszcze zasadniczą cechę. Polega ona na szczególnie silnem powinowactwie antygeny do komórek osobnika wrażliwego. Jak wiadomo, typowe objawy wstrząsu u świnki morskiej, polegające na skurczu mięśni oskrzelików, zależą od tego, iż antygen dąży do wrażliwych nań komórek mięśniowych i, wywołując w nich zmiany o charakterze zapewne fizyczno-chemicznym, powoduje ich skurcz. Wstrząs u królika polega na tem, iż antygen (np. surowica obcogatunkowa) dąży do mięśni naczyń krwionośnych płuc, drażniąc te ostatnie. U psa wstrząs polega na zadrażnieniu przez antygen naczyń wątroby. W każdym bądź razie we wszystkich tych przypadkach zjawiska anafilaktyczne polegają na tem, iż antygen ze szczególną siłą dąży do komórki nań wrażliwej, powodując w niej zmiany, warunkujące wzmożoną czynność. Jeszcze kilkanaście lat temu sądzono, że podłożem zjawisk anafilaktycznych są zmiany humoralne, odbywające się w surowicy. Obecnie jednakże wiemy, że warunkiem ich powstania są właściwości komórek. Podobnie ma się sprawa i w dziedzinie idiosynkrazji. Tak w przypadku dychawicy oskrzelowej mamy do czynienia z zadziaływaniem antygeny na komórki wrażliwe mięśni oskrzelików, w wyprysku spostrzegamy powinowactwo antygeny do naskórki, w pokrzywce następuje wiązanie antygeny przez głębsze warstwy skóry. To powinowactwo antygeny do komórki spostrzegamy jedynie u osobników alergicznych, brak go u osobników normalnych.

Cecha zjawisk alergicznych, dopiero co omówiona, a polegająca na powinowactwie antygeny do komórki wrażliwej, posiada swój negatyw,

*) Częściowo według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Sekcji Klin. Polsk. Tow. Medycyny Społecznej (dn. 23/II. 1929 r.)

wyrażający się w braku powinowactwa. Mianowicie, ustroje, znajdujące się w stanie alergji, mogą to powinowactwo z łatwością zatracić pod wpływem całego szeregu bodźców. Ta zdolność do nagłego zatracania wrażliwości poprzednio obecnej stanowi cechę zasadniczą zjawisk alergicznych. Na niej polega stan antyanafilaksji, powstający po wstrzyknięciu śwince uczulonej dawki surowicy, nie powodującej śmierci. Świnka taka przez pewien okres czasu jest niewrażliwa na ponowne zastrzyknięcie surowicy. Również w stosunku do zjawisk idiosynkrazji panuje pogląd, iż za pomocą wstrzykiwania niewielkich dawek antygeny udaje się uczynić ustrój niewrażliwym na zetknięcie się z danym antygenem. Na tej zasadzie, jak wiadomo, oparte jest leczenie idiosynkrazji.

Następną zasadniczą cechą zjawisk alergicznych jest nieswoisty charakter odczynów, wywoływanych przez poszczególne antygeny. Tak, zarówno w anafilaksji, jak i w idiosynkrazji, charakter objawów nie zależy bynajmniej od tego z jakim antygenem mamy do czynienia. Wstrząs anafilaktyczny u świnki morskiej wystąpi zawsze w jednakowej postaci niezależnie do tego, co było przyczyną powstania tego wstrząsu. Podobnie objawy idiosynkrazji (dychawicy oskrzelowej, wyprysku, pokrzywki) mogą być wywołane przez przeróżne antygeny. Ta lub inna postać idiosynkrazji zależy jedynie od tego, które komórki u danego osobnika są wrażliwe na antygen. Mamy więc tutaj jedynie do czynienia ze swoistością lokalizacyjną, nie zaś przyczynową. Tak więc podkreślona tutaj charakterystyczna cecha zjawisk alergicznych polega na tem, iż obraz kliniczny jest całkowicie niezależny od jakości antygeny. Ten pewnik posiada pewne nieznaczące, lecz dość ważne dla przyszłych naszych rozważań zastrzeżenie.

Mianowicie, Bloch, znawca objawów atopji, odbywającej się na skórze ludzkiej, twierdzi, że swoistość przyczynowa, acz w nieznacznym stopniu zaznacza się i tutaj. Twierdzi on, że doświadczony badacz kliniczny, mając do czynienia n. p. z wypryskiem, na zasadzie jego wyglądu z pewnym stopniem prawdopodobieństwa może określić jego przyczynę, t. zn. antygen, który go wywołał. W każdym razie zastrzeżenie to w niczem nie kwestjonuje zasadniczego faktu, iż zespół objawów idiosynkrazji jest niezależny od zadziałania tego lub innego antygeny.

B. Stosunek jadów pierwotnych (toksyn) do komórki wrażliwej.

Po uświadomieniu sobie zasadniczych cech alergji, postaraliśmy się ustalić równoległe właściwości typowych jadów bakteryjnych. Najtypowszymi przedstawicielami są jady: tężcowy oraz błonniczy. Szczególnie biologia jadu błonniczego została doskonale opracowana, wobec czego omawiamy go jako pierwowzór jadu.

Działanie tego jadu na ustrój zwierzęcy było spostrzegane w postaci jego działania śmiertelnego, głównie na świnkę morską; poza tem u świnki, jak również u człowieka

spostrzegamy odczyn skórny, noszący w ostatnim przypadku miano odczynu Schick'a. Działanie tego jadu tłumaczono sobie inaczej, aniżeli działanie alergenu. Jad ten nosi miano pierwotnie toksycznego, t. z., że działa on na wszystkie komórki bez ich specjalnego przygotowania. Zbędne jest tu uczulenie, które warunkuje wrażliwość ustroju na anafilaktogeny. Niema tej przepaści, jaka istnieje pomiędzy ludźmi niewrażliwymi** i wrażliwymi w zjawiskach atopji. Nie widzimy różnicy pomiędzy sposobem działania antygeny na osobnika wrażliwego w stosunku do osobnika normalnego. Istnieją jednak pewne wyjątki: nie wszystkie bowiem zwierzęta doświadczalne są wrażliwe na jad błonniczy. Tak n. p. toksyna błonnicza nie wywołuje objawów chorobowych u szczurów, a jad tężcowy nie działa na żółwie. Jednak w obrębie określonego gatunku zwierzęcego również nie spostrzegamy różniczkowania na wrażliwe i niewrażliwe. Tak więc w stosunku do jadu błonniczego nie udaje się stwierdzić zasadniczej cechy zjawisk alergicznych, a mianowicie, odmiennego działania na osobników wrażliwych w przeciwstawieniu do niewrażliwych osobników normalnych.

Niewątpliwie powodem stwierdzonego dopiero co faktu jest odmienny mechanizm działania jadu błonniczego, aniżeli alergenu. Wówczas, gdy alergeny działają dopiero w warunkach szczególnego powinowactwa antygeny do komórki, które to powinowactwo dopiero wytwarza się przez uprzednie wstrzyknięcie antygeny, komórka zwierzęca posiada pierwotne powinowactwo do jadu błonniczego. Powinowactwo to, jak z dalszych rozważań zobaczymy, nie jest zbyt wielkie, lecz dostateczne dla przejawienia wpływu jadu błonniczego na komórki ustrojowe.

Działając w warunkach normalnego powinowactwa do komórki, jad błonniczy naogół nie zatracą nagle tego powinowactwa. Wyjątki, istniejące pod tym względem, omówione będą dalej, jednakże w przeciwstawieniu do tego, cośmy mówili o zjawiskach alergicznych, należy podkreślić, iż naogół nie udaje się wywołać sztucznie anergji komórek do jadu błonniczego.

Wreszcie należy podkreślić jedną właściwość jadu błonniczego, zasadniczo różniącą go od alergenu. Jad błonniczy wywiera całkowicie swoiste dla siebie działanie zarówno pod względem zmian anatomicznych, powstających w narządach zatrutego zwierzęcia, jakoteż wyrażających się w postaci typowego dlań odczynu skórniego. To działanie dla siebie swoiste dzieli jad błonniczy wraz z innymi typowymi jadami (jad tężcowy, *botulinus*) w sposób dla tych jadów nadzwyczaj charakterystyczny.

(c. d. n.)

**) Nie uwzględniamy w tej chwili niewrażliwości, warunkowanej obecnością antytoksyny, gdyż mamy tutaj na uwadze jedynie wrażliwość lub niewrażliwość komórkową.

Wykłady kliniczne

O angiospazmach oraz ich znaczeniu dajno- stycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych *).

(Istota zaburzeń w krążeniu krwi w cerebropatiach, psycho-
zach, newrozach i t. zw. nadciśnieniu samoistnem.)

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Dokończenie patrz № 36).

W sprawach nerwowych mózgu kwestja angiospazmów jeszcze bardziej stała się aktualna. Nawet w urazach bez widocznego uszkodzenia mózgu, opoń i naczyń spotykano (Staemmler) liczne drobne ogniska rozmiękczenia w ścianach odległych komór, ogniska, dające nieraz okazyjnie przy wzruszeniu lub hipertencji późne krwawienia (traumatische Spätaoplexie Bollingera). Ogniska te są prawdopodobnie również pochodzenia angiospastycznego wskutek odruchu pourazowego.

Jeszcze dalej się posuwa w tym kierunku Weigelt, który wogóle nie uznaje arteriosklerozy mózgu, jedynie u człowieka notowanej, za chorobę starczą, gdyż jej u stuletnich starców, nadużywających nikotyny i napojów, nie spotykano wcale. Wychodząc ze słusznej skądinąd zasady, że innerwacja naczyń mózgu i serca jest zupełnie odrębna od obwodu, uważa on, iż w udarze apoplektycznym pierwotne jest zachorzenie angiospastyczne tkanki mózgu (białe rozmiękczenie), zaś wtórny jest udział ściany naczyniowej czyli angionekroza.

Inni autorzy wyrażają nawet mniemanie (Neubürger), że ograniczona biała encefalomalacja bywa stałe następstwem angiospazmu i zawiązuje swe powstanie licznym drobnym krwotokom z tętniczek, które same, anatomicznie niezmiennione, krwawią przy wzmożonym ciśnieniu. I tu sądziłbym, że insult uderza w aparat wazomotoryjny całego mózgu, wywołując jeno — zależnie od stanu histologicznego skurczonych tętnic — tu ischamię spastyczną, tam krwawienie *per diapedesin*.

Jak widzimy, znajduje się jeszcze dotąd ponieważ w zawieszeniu odcyfrowanie i rekonstrukcja kolejności zmian od pierwszego bodźca, uderzającego nagle w mury forticy naczynioruchowej mózgowia, do końcowego, grubo materialnego zachorzenia ściany naczyniowej, normalnej, względnie dotkniętej uprzednio sklerozą lub przewlekłą odmianą *endarteriitis obliterans* wieku starczego lub młodzieńczego.

Pytania co do rodzaju samych przejawów naczynioruchowych nie mocen jest rozstrzygać morfolog czystej krwi bez jednoczesnego wskrzeszenia — według słów Rickera — preparatu anatomicznego, t. j. bez łączenia martwego obrazu anatomopatologicznego z żywymi faktami kliniki i danymi eksperymentu. Ta współpraca anatomopatologa, klinicysty i eksperymentatora jest właśnie w dziedzinie przemijających, przelotnych angiospazmów niezbędna, każdy z tej triady ma swoje prawo do rozstrzygnięcia niezależnie od świadectwa samego mikroskopu. Dowód pośmiertny angiospazmu przyżyciowego udaje się wyjątkowo: z napełnienia naczyń w obrazie drobnowidzowym nie zawsze odważy się morfolog wnioskować o takimże stanie za życia.

*) Odczyt programowy, wygłoszony 4 maja 1930 r. na Zebraniu Dorocznem Warsz. Tow. Neurolog.

Może słusność ma Westphal, że anemizacja angiospastyczna wywołuje autolizę i rozmiękczenie tkanki mózgowej, a później dopiero autolizę twardej tkanki czyli naczyń, dającą wylew. Widzimy więc, że w udarze mózgu, jak w udarze serca, bywa czasem zejście śmiertelne nie tylko tam, gdzie jawne są objawy organiczne, ale gdzie ich stwierdza się znikome ślady, a uciekać się trzeba do zaburzeń funkcjonalnych lub do wybitnej przewagi tego komponentu spastycznego. O ile żyliśmy się z tym stanem w 1-m okresie nadciśnienia, o tyle obce nam jest pojęcie i zjawisko zejścia śmiertelnego po insulcie z minimalnymi zmianami w parenchymie lub naczyniach.

Z rozważań powyższych, które kończę, zdaje się w każdym razie wynikać fakt, że wpływ angiospazmów na substancję mózgową jest przemożny, zaś jego wpływ niszczący na tkankę naczyniową jest prawdopodobny, acz definitywnie jeszcze nie ustalony.

* * *

Jeśli więc angiospazm funkcjonalny, powracający często, może wreszcie wywołać schorzenie naczyń, to rodzi się odwrotne pytanie: czy schorzone naczynie, wykazujące wyraźne zmiany anatomiczne (*endarteriitis obliterans, gummosa, diabetica, alcoholica*), może czasem działać ze swojej strony drażniąco w kierunku wazomotoryjnym i wywołać odruchowo angiospazmy miejscowe.

Odpowiedź na to pytanie musi wypaść *a priori* twierdząco. Jeśli angiospazm może być samoistny, czyli niewiadomego pochodzenia, to dlaczego nie mógłby być natury odruchowej, tembardziej, że liczne tego przykłady znajdujemy w klinice codziennej. Widzimy to w każdym razie tu i owdzie na obwodzie, — by dla przykładu przytoczyć *angina pectoris vera* i *endarteriitis obliterans juvenilis cum claudicatione intermittente*, — iż stan zapalny czy degeneracyjny w mowie będących naczyń drażni pośrednio pobliskie włókna i zwoje sympatyczne wewnątrzścienne, wywołując miejscowe ciężkie i bolesne napady angiospastyczne.

Znane nam są też odruchowe skurcze mięśni gładkich przełyku, wpustu i odźwiernika żołądka, dające objawy stenotyczne, a wychodzące nawet z odległych guzów, owrzodzeń i zapaleń (*oesophagospasmus prostaticus*) drogą drażnienia zwojów współczulnych.

Że to samo ma miejsce prawdopodobnie i w mózgu, rozważaliśmy wyżej, mówiąc o nowych poglądach na patogenezę zatorów, rozmięczeń i wylewów samoistnych i urazowych, ale poucza nas o tem i obszerna dyskusja lat ostatnich o cierpieniach systemowych i układowych kory, o bioklizie i patoklizie, o elektywności i urazowości, architektonice i angiotektonice poszczególnych terytoriów układu ośrodkowego w związku z badaniami — przy podejrzeniu na angiospazmy — całego mózgu, nie zaś wyłącznie chorej jego części. I na tej linii badań stwierdzono, powiedziałbym, pewne mikroskopowe *signum cerebri vasomotorium*, które ułatwia rozpoznanie postaci angiospastycznej tym klinicystom, którzy nie odnoszą się zasadniczo odpornie do całej tej nauki (Aschoff, Dürck). Uważać należy za objaw postępu już sam fakt, że sprowadza się do jednego wspólnego mianownika, do zadziałania na sam narząd wazomotoryjny to wszystko, co dawniej z wielkimi trudnościami

w interpretacji przypisywano w cerebropatii i psychozie różnym wpływom toksycznym, toksemicznym, traumatycznym i t. p.

Przy ścisłym badaniu drobnowidzowym chorego mózgu *in toto*, nie zaś wyłącznie jego chorej lub uszkodzonej części, stwierdza się nierzadko, — co już uderzało przed bardzo wielu laty anatomopatologów, którzy się interesowali skąpem wielce podłożem padaczki, — zajęcie pewnych odcinków mózgu, symptomatologicznie drugorzędnych, położonych nieraz w wielkiej odległości od samego ogniska chorobowego. Takimi miejscami predysponowanymi okazały się róg Ammona, jądro zębate, warstwa komórek mózdkowych Purkiniego i t. d. Zwyródnienie częściowe lub całkowite tych terytoriów stwierdza się zarówno w zatruciach o charakterze wybitnie mózgowym, jak w urazach czaszki, zarówno w napadach apoplektycznych jak w ciężkich infekcjach, zarówno w padaczce i mocznicy, jak w ograniczonych sprawach zapalnych i rozmiękczeniowych, zupełnie odległych od wspomnianych odcinków mózgu i mózdzka.

Słowem, bardzo ściśle badania anatomiczne odkrywają zarówno w mózgach naczyniowo nietkniętych jak w miejscowo arteriosklerotycznych nekrobiozy rozsiane, które należy uważać jako funkcjonalne, gdyż brak zupełnie zmian w końcowych rozgałęzieniach naczyń. Są to więc ubytki tkanek wskutek miejscowych zaburzeń krwioobrotu, nie dających się sprowadzić do materialnych zmian ani w ścianie, ani w świetle tętnicy.

Mnoży się w ostatnich latach — od czasu, gdy zaczęto bliższą na to zwracać uwagę — liczba miejsc predestynowanych i uosobionych do wszelakich zwyrodnień, liczba skupisk komórek, łatwo zniszczalnych przez wszelakie sprawy pobliskie i odległe. W różnych zakażeniach i intoksykacjach, ucisku i urazach okazują się nader wrażliwymi niektóre nerwy, jak okoruchowe, sercowe, opuszkowe; w porażeniu postępującym, zachorzeniu par excellence rozsianem, zrazy czołowe wykazują wielokrotnie większe zwyrodnienie od potylicznych; w niemniej ogólnym cierpieniu elementów komórkowych, jakim jest choroba Tay-Sachsa, zwłaszcza jej postać młodzieńcza, komórki mózdkowe giną więcej i częściej od mózgowych; w licznych innych chorobach degeneracyjnych, zapalnych i naczyniowych egzo- i endogennego pochodzenia znajdują się mocno uszkodzone poza obrębem ogniska chorobowego leżące oliwy, w innych 3-cia warstwa kory i t. p.

* * *

Patogeneza tych niezwykle, lokalizacyjnie trudno wytłomaczalnych zwyrodnień pośrednich długie lata nie dawała spokoju neuropatologom, którzy najróżnorodniejsze wyrażali domysły w tej materii.

Tu i owdzie znajdowano podłoże w swojej budowie tkanki dotkniętej, np. w nader subtelnej strukturze plazmatyczno-glejujowej substancji zadniczej 3-ej warstwy kory (Bielschowsky), i w ten sposób tłomaczono sobie urazowość wrzekomowarstwową (pseudolameläre Vulnerabilität). W innych przypadkach, o wiele częstszych, sprowadzano wszystko do czynników wielce hipotetycznych, jak np. do starej koncepcji, stworzonej jeszcze przed laty 40-tu przez Kahlera i Picka, a później zmodyfikowanej gruntownie przez Schaeffera, t. zw. zachorzeń układowych czyli systemowych; do wrodzonej i dziedzicznej

abiotrofji miejscowej Gowersa lub nabytej Edingera; do zmniejszonej odporności lub wzmózionej urazowości poszczególnych terytoriów mózgowia. Ostatnio łączono urazowość lokalną według nauki Ehrlicha o haptoforach z głębszym powinowactwem do jądów zewnątrz- i zewnątrzpo pochodnych, lub też według Vogta z bio- lub patokliza, polegającą na swoistym fizykochemizmie grup neuronowych danego umiejscowienia, jednostek topograficznych (topistische Einheiten).

Kogo zbyt hipotetyczność wszystkich tych koncepcji elektywności nie zadawała, zwracał się chętniej do wpływu soków i płynów, bezpośrednio stykających się z tkankami mózgowymi, przedewszystkiem do płynu mózgowo-rdzeniowego i osocza krwi, które mogą wywołać to niezwykle i tajemnicze zjawisko wybiórczości w związku z obfitem lub skąpem żywieniem komórek nerwowych.

I istotnie znalazły się przy bliższych poszukiwaniach drogi komunikacyjne toksyn, biorące swój początek od płynu mózgowo-rdzeniowego („vom Liquor aus” Hauptmanna), od rozkładu topograficznego komór, uchyłków, zbiorników w mózgu i mózdzku (*meningitis basalis, lues cerebrospinalis, paralysis progressiva, encephalitis infectiosa*).

* * *

O wiele atoli wybitniejszą rolę od typu urazowości płynnopo pochodnego (*typus liquorogenes*) zdaje się odgrywać typ naczyniopo pochodny (*typus vasogenes*), ważny według szkoły monachijskiej ze stanowiska nietylko ogólnopatologicznego i patogenetycznego, ale i dagnostycznego. Wywołany na drodze odruchowej — toksycznej, infekcyjnej, urazowej, udarowej — angiospazm ogólny mózgu uszkadza przedewszystkiem i w poważniejszym stopniu odcinki, upośledzone pod względem unaczynienia, gdzie już drobny skurcz chwilowy powstrzymuje prawie zupełnie dopływ krwi. Inaczej reaguje miejsce, skąpo w naczynia lub w końcowe tętnice zaopatrzone, a inaczej miejsce z mocno rozgałęzionym krążeniem, inaczej ogniska z pionowym, zaś inaczej z ukośnym kierunkiem gałęzi. Rolę więc gra i gęstość siatki naczyń, gęstość kollaterali i pozycja, bieg oraz liczba dopływów z obocznic, kierunek prądu i kąt rozgałęzienia, słowem wszystko to, co według Pfeiffra angiarchitektoniką mózgu zwać się zwykło.

Gdzie endo- lub egzogenne jady w grę wchodzi, tam dołącza się jeszcze poza, angiospastycznym, czynnik natury toksycznej w zależności od tego, czy jad działa wyłącznie na miąższ nerwowy, czy też i na naczynia, a jeśli, to czy zwężając, czy też rozszerzając. Możliwą więc jest i taka konstelacja, że — odwrotnie — obfite unaczynienie ułatwia jadowi zniszczenie tego właśnie obrębu mózgu. Tem się też tłomaczy, że np. alkohol oszczędza jądra blade zwojów podstawnych, zaś gaz świetlny niszczy *pallidum*, a nie rusza w sąsiedztwie leżącego *putamen*.

Co atoli w interesującej nas sprawie angiospazmów najbardziej zaciekawia, to jest okoliczność, stwierdzona ostatnio wielokrotnie, że cytowane wyżej, często ulegające zwyrodnieniu odcinki (oliwki, *corpus dentatum*, komórki Purkiniego, sektor Sommera rogu Ammona i t. d.) są właśnie pod względem angiotelektonicznym bardzo mocno upośledzone.

Wniosek poboczny więc z tej urazowości naczy-

niowej słusznie się nasuwa i wyprowadza, że we wszystkich uszkodzeniach wielorakiej natury główną rolę odgrywa stan angiospastyczny, działający zarówno na bliskość, jak odległość, że angiospazmy należą w tej dziedzinie do zjawisk wcale nie rzadkich, i że dżagnoza angiospazmu mózgowego przestaje stopniowo istotnie być „dżagnozą z zakłopotania”, skoro klinicysta może z obecności skurczu naczyniowego domysleć go się przy łóżku chorego—drogą suppozycyjną— a anatomopatolog może wyprowadzać go *per exclusionem*— drogą dedukcyjną— i rozpoznać pod mikroskopem. Takie rozsiane ogniska zanikowe (*Verödungsherde*), do niedawna zupełnie lekceważone, stanowią poważne poparcie anatomiczne dla poglądu, który przyjmuje— już na skutek samego doświadczenia klinicznego— w *hypertonia genuina* zaburzenie innerwacyjne naczyń jako wybitny czynnik przy powstawaniu tak częstym udarów.

Gdzie angiospazm zjawia się raz jeden, tam degeneracja bywa minimalna, gdzie zjawia się często, tam anemizacja jest duża i wpływ przyłączającego się zastoju wybitny. W tych razach uważałbym właśnie za stosowne mówić o *diathesis angiospastica*. Znam takich pacjentów i opisałem, u których wystąpienie zupełnej hemiplegii zostało poprzedzone w ciągu doby przez kilkanaście przemijających napadów, a nie obcy mi jest i inny typ chorych, których angiospazmy mózgu męczyły przez rok cały w odstępach niezbyt od siebie odległych w postaci napadów zawrotu głowy, przemijających afazji, powrotnych hemiparestezji, chwilowych niedowładów kończyn i sensacji języka lub twarzy, przy jednoczesnej opacznej reakcji naczyniowej na wpływ ciepła i zimna oraz przy dużych wahaniami ciśnienia w ciągu dnia i różnicy ciśnienia po obu stronach ciała.

* * *

Być może, że, gdy się uda łatwiej rozpoznawać udary angiospastyczne mózgu, wprowadzimy i terapię racjonalniejszą, przy której będzie wyłączony tak często i niepotrzebnie w insulcie stosowany upust krwi, zamienimy przez ciepły kompres okład lodowy, usuniemy tak nadużywane zastrzykiwania naczyniowzężającej kofeiny i strychniny, a będziemy stosowali obok mięśnioporażnej papaweryny i narkotyny naczyniorozszerzającą nitroglicerynę, acekolinę i wodan chloralu.

Co pozatem przy omawianych badaniach okazało się według mnie wielkiej wagi ze stanowiska teoretycznego i jednocześnie praktycznego, jest następujące. Zupełnie jak na obwodzie w nerwicy wegetatywnej Raynaua lub w siatkówce w migrenie

i mocznicy spotykamy nieraz w mózgu wszystkie etapy od *vasospasmus* poprzez *vasostasis* do *vasoparalysis*, widzimy zależnie od długotrwałości i częstotliwości angiospazmu okres świeżej nekrobiozy, okres eliminowania substancji rozpadowych, okres pospiesznej odbudowy i okres obojętnej blizny. I obraz całego mózgu się zmienia zależnie od tego, czy przyłączający się do sprawy zasadniczej mózgu (arteriosklerozy, udaru, wstrząśnienia) angiospazm jest ostry, przemijający, czy też chroniczny, powrotny, dający t. zw. *labilitas vasomotoria*.

Nie wolno niedoceniać wyników tych badań, jak nie należy z drugiej strony przeceniać ich ze stanowiska czysto dżagnostycznego. Ich wartość leży wyłącznie w płaszczyźnie patologii ogólnej. Widzimy tutaj przy badaniu pośmiertnym nie obrazy chorobowe lecz zespoły, jedynie histopatologicznie i patogenezytycznie pokrewne. Kto na zasadzie tego obrazu chciałby ścisła postawić dżagnozę, byłby w wielkim kłopotcie, zmuszony nieraz wahać się między padaczką samoistną a uremją nerkową, między zatruciem morfiną a gazem świetlnym, między psychozą arterjosklerotyczną a schizofrenją, między wstrząśnieniem a udarem mózgu.

Może jest to przypadek, mówi Spielmeyer, że w cierpieniach, etjologicznie i klinicznie tak zupełnie sobie obcych, klinika odkrywa cechy różniące, czyli to, co je rozdziela i różniczkuje (*differentielle*), zaś histologja, co je wiąże i łączy (*integrative*). Klinicysta musi znać jedno i drugie, tembardziej że on często rozstrzyga, czego anatom nie potrafi (ostra mocznica eklamptyczna czy chroniczna mocznica wrzekoma). Patolog więc z mózgu poznaje nie psychozę lub padaczkę, ani też ich formę i postać, lecz jedynie poprzedzający je skurcz względnie bezwład naczyń. To należy zrozumieć i zapamiętać zgodnie z tezą: jednakowe obrazy histologiczne nie mówią nic o pokrewieństwie przyczyny zachorzenia. Ale i to już jest zdobycz poważna, która wskazuje, że jesteśmy na drodze do przewartościowania kategorii, jakimi myśl lekarska operowała dziesiątki lat i operuje dotąd zarówno w dziedzinie nerwów (np. padaczki), jak organopatji (np. udaru).

Cała patogenetyka uświęconych tradycją organopatji mózgowych wymaga ścisłej rewizji i korektywy. Poważne miejsce zyskać muszą zaburzenia funkcjonalne, zwłaszcza naczynioruchowe, zarówno angiospastyczne, jak angiodylatacyjne, które to ostatnie świadomie przez cały czas w odczycie swoim przemilczałem, jako odgrywające w mózgowiu o wiele mniejszą rolę, niż w sercu i nerkach, przewodzie pokarmowym i obwodzie.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z *Prosektorjum Szpitala Ś. ga Duża w Warszawie.*
(Kierownik: Dr. med. A. Siedlecka).

Jeszcze o szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terryego).

Nóż podwójny do wykonywania skrawków.

Podala

A. SIEDECKA (Warszawa).

W 1929 r. ogłosiłam spostrzeżenia moje *) nad szybką metodą badania histologicznego w-g Terryego.

*) Warsz. Czasop. Lek. Nr. 13, 1929 r.

ryego. Metoda ta polega na następującem. Z utrwalonych lub nieutrwalonych tkanek sporządzamy odręcznie za pomocą bardzo ostrego noża skrawki nie grubsze od 1 mm., pendzlujemy powierzchnię skrawka barwnikiem (polychromes Methylenblau neutral nach Terry, lub błękitem toluidynowym w-g przepisu Sabrazès i Magrou) i oglądamy w kropli wody pod mikroskopem, zarówno pod powiększeniem małym, jak i dużym (100—200-krotnym). Powierzchnowe warstwy skrawka zostają zabarwione, głębsze prze-

puszczają światło i są niewidoczne. Badanie trwa 30—60 sekund. Metoda ta dała mi wyniki doskonałe.

Cała trudność badania w-g metody Terryego polega na wykonywaniu jaknajcieńszych i jaknajrówniejszych skrawków, co wymaga dużej wprawy. Aby ułatwić robienie skrawków obmyślałam pewien przyrząd, który usuwa w dużej mierze tę trudność.

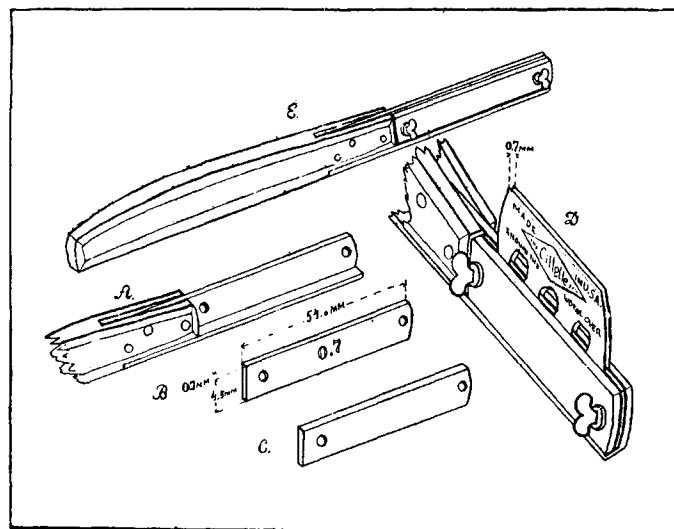
Przyrząd ten składa się z nasady, do której przymocowuje się dwa noże systemu Gillette (do golenia), ułożone równolegle w odległości około 1 mm. Drewniana rączka jest zakończona metalową oprawką (A), do której przykładamy się jeden nożyk Gillette, później płytkę pożądanego grubości (B), drugi nożyk, następnie przykrywa się płytką C i umocowuje się dwiema śrubkami. Tak złożony nóż przedstawiony jest na rycinie D. Po wyjęciu noży nasada ma wygląd E.

Wycinanie (do oczyszczania po wykonaniu skrawka) i wkładanie noży odbywa się tak, że tylko nieco rozluźniamy śrubki, nie rozkładając całego przyrządu.

Płytek do wkładania między noże powinno się mieć dwie; jedną—grubości 0,7 mm. do preparatów nieutralizowanych, miękkich, drugą—grubości 0,5 mm. do bardziej spoiistych, dobrze utrwalonych tkanek. Gdy odległość między nożami wynosi 0,7 mm., zdawałoby się, że i skrawki będą miały taką grubość, tak nie jest jednakże; skrawki są grubsze, gdyż noże są sprężyste i rozchylają się nieco podczas krajania. Gdy wkładałam między noże płytkę grubości 1 mm. otrzymywałam skrawki zbyt grube, nie nadające się do badania metodą Tarryego.

Zastosowanie noży Gillette jest bardzo praktyczne. Zwyczajny nóż musi być bardzo ostry,

aby można nim było wykonać bardzo cienki skrawek; ciągle zaś ostrzenie ogromnie niszczy noże i zabiera dużo czasu. Noże zaś Gillette, nawet uprzednio użyte do golenia, są ostre i w zupełności nadają się do robienia skrawków.



Wycinek, z którego sporządzamy skrawek, układamy na płytce parafinowej lub korkowej i przytrzymujemy palcami, wzgl. pincetą. Nóż nasz, kładąc, przesuwamy ruchem ciągnącym, nie piłującym. W ten sposób otrzymujemy skrawki równomiernie cienkie, o powierzchni gładkiej i równej, a nie schodkowej, jak to zwykle ma miejsce w skrawkach, robionych nożem zwyczajnym; nadają się one doskonale do barwienia, nawet, gdy są wykonane z miękkich, nieutralizowanych tkanek.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z oddziału Szp. Śgo Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: dr. Wernic).

O trudnościach rozpoznawczych w kile pierwszorzędowej i wartości leczenia poronnego.

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

Poruszając w poniższym artykule kwestję praktycznego zachowania się lekarza wobec przypadków, gdzie rozpoznanie stwardnienia pierwotnego jest kwestją więcej niżli palącą, i biorąc pod uwagę odpowiedzialność, jaką lekarz bierze na siebie w wyrokowaniu o charakterze sprawy, nie od rzeczy będzie zastanowić się bliżej nad tokiem badania oraz zachowania się ze strony badającego.

Niewątpliwie każdy lekarz chorób wenerycz-

nych słyszał, niestety, niepozbawione słuszności zarzuty, że pierwotnie lekarz zbagatelizował cierpienie i uśpił w ten sposób czujność chorego. Dopiero wybuch i ujawnienie się choroby sprowadza pacjenta ponownie do lekarza, który ze ściśniętym sercem zmuszony jest wysłuchać słusznych zarzutów, skierowanych pod adresem niefortunnego rozpoznania jego kolegi.

Tam, gdzie mamy do czynienia z najczęstszą i najcharakterystyczniejszą postacią stwardnienia pierwotnego, a mianowicie, z *ulcus papulo-erosivum*, którego obrazu klinicznego, tak dobrze określonego, nie będziemy tu opisywali, często pierwsze uważniejsze zbadanie decyduje o rozpoznaniu. Trudniej sprawa przedstawia się w tych przypadkach, gdzie do czynienia mamy z kilkoma odmianami zjawiska pierwotnego. Zaliczymy tu *ulcus crustosum* lub *ecthymatosum*, usadawiające się najchętniej na skórze poza organami płciowymi (przy czynach lubieżnych), które może budzić trudności rozpoznawcze

w różniczkowaniu z początkowym okresem liszajca; dalej *ulcus diphthericum*, *ulcus gangraenosum*, *ulcus hypertrophicum giganteum*, zbliżone do spraw nowotworowych; bardzo rzadko spotykaną postać *ulcus petechiale*, wreszcie bodaj czy nie najtrudniejsze w sensie rozpoznawczym — *ulcus mixtum*.

Jeśli dodamy, że naciek u podstawy wykwitu oraz obrzmienie miejscowych gruczołów chłonnych może mieć miejsce przy każdym banalnym, lecz wtórnie zakażeniem uszkodzeniu skóry, że na częściach płciowych u mężczyzny sprawę często wikała stulejka zapalna, gdzie lekarzowi pozostaje tylko polegać na zmyśle dotyku — to uświadomimy sobie, dlaczego dajnostyka tej dziedziny natrafia na nieprzezwyciężone trudności.

Badając jakiegokolwiek uszkodzenie na częściach płciowych i mając wątpliwości ze strony wywiadu, lekarz winien stale pamiętać, że prócz stwardnienia pierwotnego i wrzodu wenerycznego może mieć również do czynienia z owrzodzeniami gonokokowemi, z banalnemi, lecz zakażeniami nadżerkami pochodzenia urazowego, z opryszczką zakażoną lub leczoną środkami drażniącymi, z owrzodzeniami świerzbowcowemi, wreszcie z początkiem nabłoniaka. I jeśli nawet wszystkie dane przemawiają za odrzuceniem kiły początkowej, nie wolno zapominać, że każde uszkodzenie może stać się wrotami wejścia dla jadu kiłowego, który ujawni się później. Jeżeli zatem chory stykał się z jakimkolwiek podejrzanym źródłem, należy wytłomaczyć mu, że niezbędna jest kontrola lekarska, podejmowana co 8—15 dni, przynajmniej w ciągu trzech miesięcy.

Niezmierznie często, zwłaszcza na początku sprawy, spotykamy się z przypadkami, gdzie chorzy zgłaszają się z uszkodzeniami o cechach nieokreślonych, niecharakterystycznych lub zniekształconych przez zakażenie dodatkowe. Czasem spotykamy nadżerkę bez wyraźnego nacieku, kiedy indziej znów początek sprawy robi wrażenie uszkodzenia urazowego, które, potraktowane przez chorego lapisem lub innym środkiem żrącym, twardnieje, a nawet sprowadza obrzmienie sąsiednich gruczołów. Innym znów razem początek ma charakter opryszczkowaty; wykwity wówczas są liczne, drobne, lekko nacieczone. W tych przypadkach należy pamiętać o działaniu maści kalomelowej, zalecanej wystraszonemu i gotowemu do zwierzeń pacjentowi przez każdego niemal aptekarza. Niekiedy, rozpadające się pod wpływem środków żrących, vegetacje ulegają wtórnemu zakażeniu i symulują owrzodzenia złośliwe. Dodajmy do tego jeszcze odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia, obrzmienia, bolesności i nacieczenia części płciowych, a będziemy mieli wówczas obraz różnorodności zmian.

W wielu przypadkach typowy wygląd kliniczny wystarczy, aby zorientować się w rozpoznaniu, lecz ileż razy staniemy wobec otwartego pytania, z czym właściwie mamy do czynienia?

I tu doświadczenie codzienne wysuwa tezę, którą każdy wenerolog winien mieć zawsze w pamięci: w obliczu jakiegokolwiek uszkodzenia na częściach płciowych zawsze należy myśleć o kile. Musimy zatem szukać cech stwardnienia pierwotnego w sposób systematyczny, poczynając od dokładnego ustalenia okresu wylegania, obrazu ana-

tomicznego, uwzględnienia ewentualnej infekcji wtórnej, wpływu środków drażniących i t. d. Jeśli okoliczności pozwalają, należy posłużyć się metodą konfrontacji z osobą, podejrzaną o zakażenie.

Przy dzisiejszym stanie metod analitycznych nie jesteśmy zmuszeni czekać na zjawienie się objawów wtórnych, gdyż w badaniach mikroskopowych i odczynach serologicznych posiadamy cenne środki pomocnicze. Odczyn Wassermana — na jednakże może mieć wartość najwcześniej w 15—20 dniu od chwili ukazania się wykwitu pierwotnego; w rzadkich tylko przypadkach wcześniej. Jeśli krętki zostaną wykryte — wszelkie wątpliwości odpadają. Najlepsze usługi pod tym względem oddaje badanie w ciemnym polu; przy prawidłowej technice i pewnej wprawie lekarz w sposób szybki i precyzyjny ustala rozpoznanie niekiedy już przy pierwszej wizycie chorego. Odpowiedni aparacik jest bardzo prosty w użyciu i nieskomplikowany (autor metodą ultramikroskopową stwierdzał obecność krętków w 50% podejrzanym owrzodzeniach). Jednorazowe badanie z wynikiem ujemnym nie jest jeszcze miarodajne; należy powtórzyć je po dwóch dniach w warunkach lepszych, a mianowicie, po szeregu kompresów z fizjologicznego roztworu soli, który oczyszcza dno owrzodzenia, a jednocześnie wywołuje większy dopływ cieczy surowiczej. Wreszcie, jeśli bezpośrednie badanie wykwitu pierwotnego zawodzi, możemy szukać krętków w płynie, wydobytym drogą nakłucia miejscowych gruczołów chłonnych (Hoffmann).

Badanie w ciemnym polu oraz odczyn serologiczne stanowią wielki postęp i pozwalają często na rozstrzygnięcie zagadnienia, które jeszcze do niedawna pozostawało otwarte, aż do wystąpienia osutki uogólnionej. Lecz byłoby niebezpiecznym mniemać, że pracownia przecina radykalnie wszelkie wątpliwości; znamy bowiem liczne przypadki, gdzie wyniki badań, mylnie interpretowane, były przyczyną ciężkich błędów. Błąd jest tem cięższy, że opiera się na gwarancjach aktualnej techniki naukowej. Nie trzeba zdaje się powtarzać, że tylko dane kliniczne, poparte badaniami laboratoryjnymi, mogą wprowadzić lekarza na właściwą drogę. Jeśli badanie drobnowidzowe stwierdza laseczki Duccreya, lub częsty zespół lasiecznika wrzecionowatego i banalnych krętków, tembardziej należy bacznie szukać ewentualnych oznak kiły. Niewystępowanie odczynu serologicznego nawet w 25 dniu po zjawieniu się wykwitu pierwotnego nie jest jeszcze sprawdzianem braku zakażenia, bowiem nierzadko zdarzają się przypadki opóźnionej reakcji.

Pozostaje pytanie, jak zachować się wobec podobnych niewyjaśnionych przypadków? Jeśli ponowne badanie daje wynik ujemny, lecz z tytułu ważkich klinicznych i etjologicznych przesłanek istnieje nadal podejrzenie zakażenia specyficznego, raczej należy natychmiast rozpocząć leczenie, niżli tracić cenny czas na grożące uogólnienie się sprawy. Choremu należy sytuację wyjaśnić i uprzedzić, że bierze na siebie odpowiedzialność i ryzyko dalszego czekania. I tu jeszcze raz trzeba podkreślić, że nie wolno przystępować do leczenia bez poważnej krytyki z punktu widzenia klinicznego; winno ono być stosowane tylko tam, gdzie, pomimo ujemnych badań pomocniczych, kiła wy-

daje się wielce prawdopodobna. Jeśli nasze wątpliwości nie mają racjonalnych podstaw, należy raczej powstrzymać się od leczenia specyficznego. Bezkrytyczne stosowanie leczenia przy łada zmianie na częściach płciowych jest nonsensem z punktu widzenia lekarskiego. Twierdzenie zaś, że wszak leczenie nie może zaszkodzić, jest oparte na nieznajomości rzeczy i braku odpowiedniego doświadczenia (crises nitritoides, żółtaczki, wysypki posalwarsanowe).

Lecz posuńmy się dalej; z chwilą, kiedy chory rozpoczął leczenie, czujność lekarza nie powinna być uspiona. Pomimo niewielkich szans znalezienia krętków, badanie można powtórzyć; w myśl bowiem niektórych autorów krętka znikają ze stwardnienia pierwotnego już po pierwszym wlewaniu salwarsanu. Wkrótce wykwit zaczyna się cofać. Rodzi się wówczas ponowne pytanie, czy było to stwardnienie pierwotne, które znikło wskutek leczenia specyficznego, czy też owrzodzenie natury

niekiłowej, które ustąpiło w toku leczenia? I znów odpowiedź może być uzyskana tylko na podstawie szeregu odczynów serologicznych i późniejszego rozwoju klinicznego. Jeśli leczenie było podjęte wcześniej i możliwie energicznie, zjawienie się oznak drugorzędowych jest wątpliwe. Opieramy się wówczas na odczynie serologicznym, który należy powtarzać możliwie często, i który w większości przypadków pozostaje na stałe ujemny. W przeciwnym razie na 3-ci lub 4-ty tydzień, a niekiedy i wcześniej, po zjawieniu się wykwitu początkowego występuje nagle odczyn dodatni, który sprawę rozstrzyga i potwierdza podejrzenia pierwotne. Lecz bez względu na zachowanie się odczynu krwi obserwacja chorego musi trwać co najmniej od 9 do 12 miesięcy, aby wykluczyć i nie przeoczyć rzadkich wpawdzie, lecz zdarzających się niespodzianek.

* * *

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Biologia.

L. STERN, S. RAPAPORT i A. SCHARIKOWA. O wpływie wyciągów tkankowych na krążenie wieńcowe. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. 1927. Nr. 16).

W badaniach nad warunkami chemicznymi pracy serca (wpływ elektrolitów, stężenie jonów wodorowych, wpływ różnych hormonów) nie zwracano dotychczas naogół większej uwagi na współudział stanu naczyń wieńcowych. Nie ulega jednak wątpliwości, że krążenie wieńcowe odgrywa zasadniczą rolę w mechanizmie wpływu różnych czynników na pracę mięśnia sercowego. Z tego względu, badając wpływ wyciągów z różnych tkanek, autorzy badali równolegle działanie ich na serce i na krążenie wieńcowe.

W obecnej swej pracy autorzy zajęli się badaniem wpływu wyciągów z tarczycy, jajnika, jądra, śledziony, wątroby, mięśni i mózgu na krążenie wieńcowe wyosobnionego serca kota lub królika. Z doświadczeń ich wynika, że prawie wszystkie wspomniane wyciągi powodują zwolnienie krążenia wieńcowego, bądź to bezpośrednio, bądź po przejściowym przyspieszeniu.

Autorzy są zdania, że w wyciągach tkankowych znajdują się dwa rodzaje związków, z których jedno zwiększa napięcie naczyń wieńcowych, a drugie je zmniejsza. Działanie substancji hipotonizujących przejawia się tylko przy użyciu dawek małych i jest pozaatem znacznie mniej trwałe, niż substancji hipertoniczujących.

J. T y p o g r a f.

L. STERN, S. RAPAPORT i A. SCHARIKOWA. O działaniu wyciągów tkankowych na czynność wyosobnionego serca. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. 1928. Nr. 26).

Stwierdzone przez autorów działanie wyciągów tkankowych na krążenie wieńcowe nie może, oczywiście, pozostawać bez wpływu na czynność mięśnia sercowego. Wynika z tego, że badając wpływ określonych związków chemicznych na mięsień sercowy, należy usunąć współczynnik ich działania na krążenie wieńcowe. W obecnym szeregu doświadczeń autorzy badali wpływ wyciągów tkankowych na sercach, całkowicie pozbawionych krążenia wieńcowego i odżywianych krwią wyłącznie z jam sercowych.

Z badań tych, wykonanych na sercach żabiach wynika

że wyciągi tkankowe za nielicznymi wyjątkami posiadają właściwość pobudzania czynności mięśnia sercowego. Wydaje się z tego względu mało prawdopodobnem, aby rozchodziło się tu o substancję swoistą lub określony hormon. Nie wyłącza to jednak możliwości, aby serce *in situ* w ustroju żyjącym pozostawało pod wpływem szczególnych wytworów gruczołów wewnątrzwydzielniczych, działających bądź to za pośrednictwem pozasercowego układu nerwowego, bądź za pośrednictwem innych narządów, mniej lub więcej związanych z czynnością serca.

J. T y p o g r a f.

L. STERN, S. RAPAPORT i A. SCHARIKOWA. Badania nad stosunkiem wpływu wyciągów tkankowych na krążenie wieńcowe do ich wpływu na czynność serca. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 26. 1928).

Po zbadaniu wpływu wyciągów tkankowych z jednej strony na krążenie wieńcowe z drugiej zaś na czynność wyosobnionego serca, autorzy zajęli się zbadaniem stosunku między zmianami krążenia wieńcowego i czynności serca pod wpływem jednego i tego samego wyciągu. Wchodzą tu w rachubę dwie możliwości. Dany wyciąg przyspiesza krążenie wieńcowe i działa pozaatem bezpośrednio pobudzająco na mięsień sercowy (przyspieszenie rytmu i wzmocnienie skurczów). W przypadkach tych wpływ na krążenie, łącząc się z bezpośrednim wpływem na mięsień sercowy, powinien w wyniku ostatecznym dać wzmocnienie czynności serca. Podobnie zwolnieniu krążenia wieńcowego może towarzyszyć zmniejszenie pracy mięśnia sercowego. Druga możliwość polegałaby na tem, że związek, przyspieszający krążenie wieńcowe, powoduje osłabienie akcji serca lub naodwrot. W tych przypadkach wpływowi na krążenie przeciwstawiłby się w mniejszym lub większym stopniu wpływ bezpośredni na mięsień. Wynik ostateczny przedstawiałby sumę algebraiczną obu jednoczesnych wpływów i zależałby od przewagi jednego lub drugiego czynnika. (Zwolnienie krążenia ze wzmocnieniem czynności serca lub przyspieszenie krążenia z osłabieniem akcji serca).

Badania autorów nad omawianym jednoczesnym wpływem zarówno na krążenie wieńcowe, jak i na sam mięsień sercowy wykazały, że niektóre wyciągi działają równolegle, to znaczy bądź pobudzająco, bądź hamująco na oba te czynniki, podczas gdy inne wyciągi równoległości tej w swem

działaniu nie okazują i działają odmiennie na krążenie wieńcowe i odmiennie na mięsień sercowy.

J. T y p o g r a f.

Edgar ZUNZ i Jean la BARRE. O bezpośrednim wpływie pobudzającym adrenaliny na wysepki Langerhansa. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 11. 1928).

Autorzy wykazali, że dożylne wstrzykiwania adrenaliny powiększają ilość insuliny we krwi żyły trzustkowej. Ta hiperinsulinemia poadrenalinowa nie zależy od stanu nerwu błędnego, albowiem dochodzi do skutku również i po przecięciu nerwów błędnych. Wydaje się więc, że gwałtowne powiększenie się ilości adrenaliny we krwi pobudza wprost wytwarzanie insuliny. W obecnej swej pracy autorzy wykazali na psach, którym usuwano trzustkę z jamy brzusznej i przeszczepiano ją pod skórę szyi, że i w tych warunkach, to znaczy bez jakichkolwiek połączeń nerwowych wstrzyknięcie adrenaliny powiększa ilość wydzielanej przez przeszczepioną trzustkę insuliny. Powiększenie to może w tych warunkach doświadczalnych zależeć wyłącznie od bezpośredniego zadziałania adrenaliny na wysepki Langerhansa na drodze czyisto humoralnej.

J. T y p o g r a f.

R. WILLHEIM i K. STERN. O próbie rozbudowy i analizy cytolitycznej reakcji rakowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 28. 1930).

W surowicy chorych na raka, podobnie jak w badaniach Freunda i Kaminerówny w surowicy nierakowych, znajduje się substancja, niszcząca komórki rakowe. Przyczyna tego, że surowica rakowych w warunkach próby Freunda i Kaminerówny nie niszczy komórek rakowych, tkwi w tem, iż działanie tej substancji zostaje spariżowane przez drugi czynnik, prawdopodobnie przez substancję, chroniącą komórki Freunda i Kaminerówny.

Ta okoliczność skłoniła autorów do próby przedstawienia własności litycznych surowicy w postaci krzywej. Otrzymywano ją w ten sposób, że do stałej liczby komórek rakowych dodawano wzrastające ilości badanej surowicy i określano następnie cytolizę. Zbadano stosunki 1:1, 1:5, 1:10, 1:20.

Przy użyciu surowic ludzi bez raka krzywa przebiega tylko wstępująco, przy surowicach rakowych prawie zawsze obserwowano najwyższy punkt, do którego zrazu, aż do rozcieńczenia 1:5 lub 1:10 lityczne własności wzrastały, aby odtąd spadać i przy rozcieńczeniu 1:20 dojść w większości przypadków do linii odciętych. To osiągnięcie *maximum* przez krzywą wydaje się autorom charakterystycznym dla surowic rakowych, a nie ich brak własności litycznych.

Napotymano też surowice, nie wykazujące w żadnym rozcieńczeniu własności litycznych. Nie były to jednak surowice rakowych, lecz najczęściej pochodziły od ciężarnych w 8—9 miesiącu.

Autorom udało się wykazać, że komórki adsorbują zarówno substancję lityczną, jak i jej paralizator, jednak tego ostatniego w silniejszym stopniu. Dzięki temu udało się przez związanie paralizatora przez komórki usunąć go z surowicy rakowych i zamienić ją na dającą typową krzywą normalnej surowicy.

Miedzy surowicami, dającymi normalne krzywe, nie było żadnej, pochodzącej od rakowego (pomijając łagodne nabłoniaki skóry), podczas gdy między krzywymi z *maximum* były surowice, których właściciele nie mieli żadnych objawów klinicznych raka (12⁰/₁₀).

Henryk Landau.

Patologja kliniczna i doświadczalna.

ADNANOFF i AUSBACHER. Wątroba i miedź. (D. m. W. 1930 N. 9).

Zastanawiając się nad znaczeniem miedzi dla organizmu ludzkiego, autorzy badali podczas autopsji w Genewie zawartość miedzi w wątrobie. Stwierdzono ilości zmienne od 0.5 — 13 mg na 1 kg wątroby; w przypadkach marskości wątroby ilość miedzi bywa znacznie większa. Być może, że istnieje związek pomiędzy wyższą zawartością miedzi a marskością wątroby, udało się mianowicie autorowi wywołać marskość wątroby u szczurów przez podawanie siarczynu miedzi. Stwierdzono również, iż wątroby noworodków i wcześniaków, podobnie jak u młodych zwierząt, zawierają większe ilości miedzi.

St. Luxemburg.

Josef BLÖCH. O wpływie adrenaliny na asymilację galaktozy przez wątrobę. (Kl. Woch. Nr. 37 rok 1929).

Autor badał tolerancję na galaktozę u osób, dotkniętych mięsaszowemi rozlanami chorobami wątroby. Pod wpływem mięsaszowych uszkodzeń wątroby asymilacja galaktozy jest obniżona. Po jednoczesnym podaniu galaktozy i wstrzyknięciu adrenaliny następuje jeszcze silniejsze obniżenie tolerancji na galaktozę (ilość galaktozy w moczu powiększa się). Przyczyną tego zjawiska jest utrata pod wpływem adrenaliny przez wątrobę glikogenu.

J. K.

SCHRENS. O aktualnej reakcji krwi u chorych na raka i wpływie na nią kwasu węglowego. (Kl. Woch. Nr. 38 r. 1929).

Badanie aktualnej reakcji krwi u chorych na raka wykazało, zgodnie z przeważną liczbą innych autorów, prawie stałe przesunięcie tej reakcji w kierunku zasadowym (przebiegna p_H wynosiła 7,427 w temp. 37°). Natomiast nie zaobserwowano prawie żadnego powiększenia u tych chorych rezerw alkalicznych, których liczby były stałe na poziomie normalnym.

Zwiększenie zasadowości krwi u chorych na raka zgadza się z faktem, że rozwój nowotworów w hodowlach *in vitro* przebiega najlepiej w reakcji raczej alkalicznej, dalej, że jony wapnia, które, jak wiemy, przesuwają reakcję krwi w kierunku kwasowym, działają również hamująco na rozwój komórek nowotworowych. Tak więc zwiększoną alkalozę krwi, a tem samem zmniejszenie liczby jonów Ca, należy uważać, jako korzystne podłoże, dla rozwoju raka.

Autor próbował obniżyć wskaźnik p_H przez podawanie chlorku amonu, lecz okazało się, że otrzymano jedynie obniżenie rezerw alkalicznych, zaś reakcja krwi pozostała bez zmiany.

Tem można wytłumaczyć fakt, że terapia zakwaszająca pozostaje naogół bezskuteczną. Natomiast wyraźne obniżenie p_H otrzymano, gdy chorzy oddychali w atmosferze, zawierającej nadmiar CO₂ (ok. 5⁰/₁₀); p_H spadło wówczas z 7,45 na 7,37.

Wobec tego powstaje kwestja, jakie znaczenie terapeutyczne dla raka może mieć oddychanie w atmosferze zawierającej zwiększoną ilość dwutlenku węgla.

J. Konorski.

Gruźlica.

o O.SOKOŁOWSKI. Suchoty a gruźlica. Wytyczne ich leczenia. Biblioteka Okręg. Zw. Kas Chorych w Krakowie „Lekarz Praktyk.” Kraków 1930 str. 40.

Zmiana, jaka zaszła w czasach ostatnich, w poglądach a powstawanie gruźlicy u dzieci i u dorosłych, a więc umiej-

scowienie niektórych zmian chorobowych w płucach, musiała w pewnym stopniu odbić się i na naszej energii terapeutycznej. Celowe stosowanie metody zachowawczej tam, gdzie jest ona wskazana, zaś szybkie dokonanie tego czy innego zabiegu operacyjnego w tych przypadkach, gdzie jest on konieczny dla uzdrowienia chorego — oto zadanie, które lekarz — ftizjolog musi rozwiązać w obliczu przebiegu choroby. Dobrze zrozumienie i zanalizowanie przypadku prowadzi do najlepszego rozwiązania. Autor dlatego też poprzedza właściwą treść broszury rozdziałami, omawiającymi pokrótce „nową naukę”, „suchoty a gruźlica według Neumanna”, „powstawanie nacisku wczesnego”, „rozpoznawanie początku suchot”, przechodząc następnie do „leczenia, rozpatrywanego pod kątem nowej nauki”. Odma zwykła i oliwowa, — wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka i plombowanie, chemo i t. zw. proteino-terapia — znajdują w broszurze krótkie, ale dokładne omówienie. Jako „uzupełnienie” znajdujemy streszczenie głównych prac, dotyczących t. zw. „nowej nauki” o powstawaniu gruźlicy.

Oparta na dużym doświadczeniu autora i nie pozbawiona zdrowego krytycyzmu, praca przedstawia w należytem świetle główne wytyczne leczenia gruźlicy. Polecamy ją uwagę wszystkich lekarzy praktyków, zwłaszcza zaś lekarzy Kas Chorych, mających tak często do czynienia z chorymi na gruźlicę płuc.

M. Gantz.

ANDERS. Patogeneza gruźlicy oddzielnych narządów. (Medizin. Klinik 1930 r. Nr. 28).

Autor, przyjmując koncepcję patogenetyczną gruźlicy Rankego za słuszną i udowodnioną, stara się ją rozszerzyć na gruźlicę narządów u osobników starszych.

Na zasadzie własnego materiału anatomiczno-patologicznego oraz obserwacji klinicznych, głównie Ghona i Szöe'a ustala następujące drogi zakażenia. Punktem wyjścia ma być zazwyczaj gruczoł chłonny, należący do „zespołu pierwotnego.” Stąd po latach, przy zaostrzeniu, szerzyć się zaczyna proces swoisty *per continuitatem*: a) albo drogą wstępującą wzdłuż gruczołów okołoskrzelowych i okółotchawicznych do *angulus venosus*, b) albo drogą zstępującą — poprzez gruczoły i naczynia chłonne śródpiersia, gruczoły krzyżowiny, małej żołądka i głowy trzustki do przewodu piersiowego. Jeden i drugi przebieg charakteryzuje się powolnością, kończąc się jednak zwykle wysianiem do krwi, a stamtąd do jakiegoś narządu.

Dalsze losy chorego zależą od intensywności wysiania i sił odpornościowych organizmu. Przy mniejszem wysianiu będziemy mieli do czynienia z gruźlicą narządu, względnie układu. Zazwyczaj znajduje się wówczas odpowiednie ognisko i w płucach (zakażenie wtórne zwewnątrzpocho-dne!), które klinicznie mogą nie dawać niemal żadnych objawów, a na obrazie rentgenowskim objawiać się w postaci przejściowych małych plam, odpowiadających anatomiczno-patologicznie bądź drobnym wytwórczym ogniskom w tkance płucnej, bądź częściej, ogniskom w tkance limfoidalnej podopłucnowej.

Pod względem częstości, zaatakowane zostają przede-wszystkiem: układ kostny (trzonek kręgowy), płciowy, rzadziej błony surowicze, centralny układ nerwowy i nadnercza.

R. Higierowa.

A. SONENFELD. Mechanizm działania wyrwania nerwu przeponowego. (Beitr. z Kl. d. Tuberk. t. 73, z. 3/1930)

W jednostronnej gruźlicy nie należy obawiać się jedno-czesnego zastosowania wyrwania nerwu przeponowego i odmy sztucznej przez wzgląd na możliwość późniejszego schorzenia drugiego płuca. Dwaj pacjenci, u których zabiegi te zastosowano, przebyli płatowe zapalenie płuc przeciwnej strony bez jakichkolwiek powikłań. Poza-tem autor przytacza szereg przy-

padków, w których po wyrwaniu nerwu i odmie sztucznej jednostronnej zastosowano odmę sztuczną także po stronie przeciwnej wskutek schorzenia drugiego płuca.

Przy jednoczesnem zajęciu obu płuc, o ile ognisko rozpadowe w jednym płucu znajduje się w płacie dolnym, stosujemy po tej stronie wyrwanie nerwu i odmę sztuczną po stronie przeciwnej. Należy jednak dokładnie stwierdzić rentgenologicznie, czy jama rozpadowa znajduje się w dalszym płacie.

Odma sztuczna obustronna w odstępach 2–3 tygodniowych wskazana jest w niezbyt rozległych procesach jamistych w obu płucach.

W wyniku stosowania wyrwania nerwu, jako metody samoistnej, otrzymano korzystne wyniki w przypadkach gruźlicy jamistej górnopłatowej. O ile nie możemy zastosować odmy sztucznej, należy dokonać wyrwania nerwu, które często daje nadspodziewanie dobre wyniki.

M. Segal.

WIRTH, KÖHN von JASKI. Doświadczenie z 600 operacji na nerwie przeponowym. (Beitr. z Kl. d. Tbk 73B. 1 H. 1929).

Wyrwanie nerwu przeponowego (*phrenicusexhaeresis*) (Phr-ex) wskazane jest tylko w tych przypadkach, gdzie dostatecznie długa obserwacja wykazała, że leczenie zachowawcze jest niewystarczające.

Dla tych samych przypadków, w których ustalono wskazania do założenia odmy sztucznej — możemy zastosować phr-ex. (z wyjątkiem przypadków *indicatio vitalis* przy niedających się zatamować krwotokach płucnych). Wskazania te dotyczą przypadków ze zmianami zarówno w płacie dolnym, środkowym i górnym, jak i ognisk serowaciejących, zserowaciałych nacieków pierwotnych, zmian włóknisto-jamistych.

Zabieg Phr-ex ma przewagę nad odmą sztuczną z następujących względów: 1. zabieg jest jednorazowy, nie wymaga długoletniego i często połączonego z wielkimi trudnościami leczenia ambulatoryjnego, jak to ma miejsce w odmie sztucznej. 2. zabieg jest mniej niebezpieczny w porównaniu z odmą. 3. ze względów socjalnych: możliwość przeprowadzenia leczenia w krótkim czasie, a przede-wszystkiem nieprzerwanie pracy zawodowej.

Jeżeli po phr-ex w przypadkach gruźlicy jednostronnej nie stwierdzamy poprawy po dostatecznie długim okresie obserwacji, (co najmniej 1–2 miesięcy) — należy założyć odmę sztuczną.

W razie niepowodzenia — nasutek zrostów, albo przy niedających się ucisnąć jamach, względnie tam, gdzie istnieje przeciwwskazanie do odmy — należy wykonać torakoplastykę.

Odrębną dziedzinę wskazań do Phr-ex. stanowią przypadki rozstrzeni oskrzeli, ropni płuc, uporczywe zapalenia opłucny ze stałymi dolegliwościami, a przede-wszystkiem wielka dziedziną gruźlicy płuc obustronnej, gdzie zgóry wyłączamy możliwość założenia odmy sztucznej i torakoplastykę. Po wyrwaniu nerwu przeponowego po stronie, bardziej zajętej, stwierdzono wyraźną poprawę po stronie przeciwnej, mniej zajętej.

Phr-ex. jako zabieg następczy uzupełniający odmę sztuczną niezupełną na skutek zrostów w płacie dolnym, środkowym albo górnym, coraz mniej bywa stosowany, gdyż w przypadkach zrostowych zaczynamy leczenie od Phr-ex.

W przypadkach *pyo-pneumothorax* i *empyema* — Phr-ex przed operacją prowadzi do zmniejszenia jamy przed dokonaniem plastyki.

M. Segal.

Choroby płuc.

Fritz LASCH. O leczeniu siarką astmy starczej (Med. Kl. Nr. 22/1930).

Leczenie nieswoiste astmy starczej zastrzykiwaniami

domięśniowymi siarki według Storm v. Leeuwen — jest wskazane i daje wyniki podobne do uczulania swoistego allergenami bakteryjnymi i grzybkami pleśni.

Odczyn gorączkowy i bolesność są nieznaczne; leczenie może być przeprowadzone ambulatoryjnie.

Efekt występuje szybko. Pierwsze zastrzykiwania decydują o powodzeniu leczenia: o ile po pierwszych zastrzykaniach poprawa nie występuje — nie należy jej oczekiwać od dalszego leczenia.

Przypadki astmy o typie napadowym z okresami względnie wolnemi od napadów — dają wyniki lepsze, aniżeli przypadki o charakterze duszności stałej z okresami nasilenia duszności.

Siarkę stosuje się w zastrzykiwaniach domięśniowych jako *sulf. praecipit.* 0,25 w 100 gr. *ol. olivarium* co 3–4 dni. Ogólna liczba zastrzyków — 10; pierwsze osiem po 1,0 każdorazowo, ostatnie po 0,75 gr. i 0,5 gr.

M. Segal.

L. WAJDA. Stosowanie chlorku manganu w leczeniu nieżytów oskrzeli. (Wien. kl. Woch. Nr. 23 | 1930).

Myśl zastosowania chlorku manganu w leczeniu przewlekłych nieżytów oskrzeli nasunęły autorowi spostrzeżenia, dotyczące pewnego chorego z gruźlicą płuc i towarzyszącym nieżytem oskrzeli, który otrzymywał z powodu gruźlicy zastrzyknięcia chlorku manganu; pod wpływem tych zastrzyknięć towarzyszący nieżyt oskrzeli w krótkim czasie zupełnie ustąpił.

Autor stosuje dwa razy tygodniowo zastrzykiwania wódrożynne 10% roztworu chlorku manganu w ilości 1½ cm.³ za pierwszym razem, 2 cm.³ w dalszych zastrzykiwaniach. Ważne jest, by roztwór nie dostał się poza żyłę, gdyż powoduje on bolesne zapalenia. Bezpośrednio po zastrzyknięciu występują czasem objawy naczynioruchowe w postaci zaczerwienienia twarzy, uczucia gorąca w głowie, zawrotów głowy, które jednak po upływie 1–2 minut zupełnie znikają.

Wyniki, otrzymane za pomocą chlorku manganu, są najzupełniej zadowalające. Najlepsze wyniki osiąga się w nieżytach oskrzeli, występujących po grypie, dalej w zawodowych i gruźliczych, słabsze, ale wyraźne poprawy w reumatycznych nieżytach oskrzeli.

Henryk Landau.

NISSEN v. KERN. Ipekopan w leczeniu rozstrzeni i przewlekłych stanów zapalnych oskrzeli. (D. m. W. Nr. 6. 1930).

Ipekopan nie posiada działania ubocznego jak proszek Dovera. Po 3 dniach podawania w przypadkach rozstrzeni występowało łatwiejsze odkrztuszanie i zwiększenie ilości wydzieliny. Stosowano 3 × 2 tabletki w odstępach ¼–½ godziny po jedzeniu. Nudności i wymioty występują przy podawaniu tego środka naczecz.

W uporczywych przypadkach dobre wyniki daje uprzednie stosowanie nagrzewania (szafki elektryczne). W ostrych stanach zapalnych układu oddechowego również występowała poprawa przy podawaniu tego preparatu.

Wanda Franzówna.

K. DIETL. Przemijające cienie wętkowe u dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym. (Wien. kl. Woch. Nr. 27. 1930).

Autor opisuje cztery przypadki, w których u dzieci z zupełnie ujemnym odczynem tuberkulinowym, lekkimi objawami nieżytu oskrzeli, z gorączką lub bez niej stwierdzano trójkątny cień wętkowy, który znikł w stosunkowo krótkim czasie. Zmiany te są prawie niemożliwe do odróżnienia od przemijających cieniów wętkowych u dzieci z *ep-*

tuberculosis; należy je rozpatrywać jako poronne procesy zapalne, przebiegające we wnętrzu płucnej.

Henryk Landau.

Choroby serca i naczyń.

KUTSCHERA — AICHBERGEN. Przyczynę do patogenezy duszniczy bolesnej. (D. m. W. Nr. 17. 1930.)

Teoria Wenkebacha o nadmiernym rozciąganiu naczyń wieńcowych podczas napadów duszniczy bolesnej znajduje potwierdzenie w wykonywanych pomiarach przekroju poprzecznego naczyń. Zmiany miażdżycowe w naczyniach wieńcowych (pierwotne rozciąganie mięśniówki, oraz wtórne zgrubienie błony wewnętrznej) wykluczają możliwość skurczu. Uzaledniwanie więc duszniczy bolesnej od skurczu zmienionych naczyń wieńcowych jest sprzeczne z obrazem anatomo-patologicznym tych naczyń.

Wanda Franzówna.

M. S. SCHWARZMANN. Leczenie chromania przestankowego wyciągami z mięśni. (Münch. med. Woch 18 — 1930).

Schwarzmann wprowadził leczenie duszniczy bolesnej wyciągami z mięśni prądkowanych. Wychodząc z analogii między dusznicą bolesną i chromaniem przestankowym (*angina pectoris-angina cruris*), polegającej na jednakowym powstawaniu i ustępowaniu napadów, zastosował autor wyciągi mięśniowe w kilku przypadkach chromania przestankowego i uzyskał poprawę trwałą, bądź czasową.

F. Turyn.

Ch. J. FINCK. Ciśnienie tętnicze a insulina. (Paris Med. Nr. 4. 1930).

W przypadkach nadciśnienia tętniczego, w których chorzy skarżą się na duszność, bóle głowy, bóle poza mostkiem, skurcze, a przedmiotowo stwierdza się zmniejszone napięcie CO₂ w pęcherzykach płucnych, nacieczenie cholesterynowe górnej wargi, silne zaciemnienie tętnicy głównej, insulina wywiera nader dobroczynny wpływ: dolegliwości podmiotowe ustępują, ciśnienie obniża się na stałe, intensywność cienia tętnicy głównej zmniejsza się, a w przypadkach, gdzie nie wyczuwano się tętnienia tętnic piszczelowych, powraca ono. Można z tego wnioskować o usuwaniu złogów cholesteryny przez insulinę.

W drugiej grupie przypadków, gdzie nadciśnienie jest bodaj jeszcze większe, ale dolegliwości podmiotowe sprowadzają się tylko do rzadkich okresowych skarg na duszność i bicie serca, napięcie pęcherzykowe CO₂ jest prawie normalne, a cień tętnicy głównej wykazuje prawie normalne natężenie, insulina powoduje bardziej nagłe spadki ciśnienia, niż w grupie pierwszej, ale nie są one trwałe, i ciśnienie wkrótce wraca do poprzedniego poziomu. Zmniejszanie się lepkości krwi, zwiększanie liczby kwasochłonnych, a zwłaszcza charakter skurczów serca w tych razach nadają spadkowi ciśnienia krwi taki charakter, jaki nosi on we wstrząsie peptonowym.

Hipercholesteryniemja, stanowiąca prawo w obu grupach przypadków, ulega pod wpływem insuliny zmniejszeniu. Insulina wywiera więc wpływ nie tylko na gospodarkę węglowodanową, lecz i tłuszczową.

Henryk Landau.

JUNKER. O konstytucjonalnem podciśnieniu (hipotonji) i jego znaczeniu różniczkowym w stosunku do gruźlicy. (D. m. W. Nr. 38.)

Niskie ciśnienie u osobników z budową asteniczną i ogólnie niedomaganiemi zwraca naszą uwagę przede wszystkim w kierunku gruźlicy. Autorowi udało się skontrolować pewną liczbę przypadków, u których po szczegółowym kilka

krotnem badaniu żadnych zmian gruźliczych w organizmie nie znaleziono; stale zaś utrzymujące się niskie ciśnienie obok typowych skarg podmiotowych, występujących zwykle u tych chorych, pozwoliło rozpoznać zespół konstytucjonalnego podciśnienia. Istota tej jednostki chorobowej jest dotąd nieznaną. Z objawów podmiotowych podkreślić należy łatwe męczenie się, częste bóle i zawroty głowy, bóle nieokreślone w brzuchu, piersiach i plecach. Rentgenogramy często wykazują serce leżące. W pewnej liczbie przypadków eozynofilia we krwi. Obok mylnie rozpoznawanej gruźlicy często stawiamy fałszywe rozpoznanie neurastenji. Dokładne zbadanie chorego w każdym przypadku niskiego ciśnienia, wyłączenie gruźlicy, neurastenji i innych spraw chorobowych, ma nadzwyczajne znaczenie dla samopoczucia chorego, jak i dla instytucji ubezpieczeniowych.

Wanda Franzówna.

S. DEDIC. Zmiany serca w skrzywieniu tylnem kręgosłupa — *cardiopathia kyphotica*. (Arch. des Mal. du coeur Nr. 1/1930).

Przyczając przypadki, w którym na skutek przebytej sprawy gruźliczej kręgosłupa rozwinął się garb, a w 35 roku życia wystąpiły zmiany w sercu (umiarkowany przerost, akcent na II tonie tętnicy płucnej, duszność wysiłkowa), autor wyraża pogląd, że przyczyną zmian sercowych nie są niesprzyjające warunki w małym krążeniu, lecz niepodatność klatki piersiowej, ucisk przepony i niedostateczność jej ruchów w czasie skurczów i rozkurczów. Zaburzenia oddychania utrudniają dopływ krwi z obwodu do prawego serca, nie pozwalają na spadek ciśnienia w płucnych naczyniach włosowatych, który ułatwia pracę skurczową prawego serca, utrudniają pośrednio dopływ krwi z tętniczek obwodu do żył pustych.

Jeśli chory mógł mimo to ciężko pracować, zawdzięcza to bardziej wytężonej pracy serca; lecz i ono wreszcie uległo osłabieniu, i wystąpiły objawy jego niedomogi. Dla wytłomaczenia niedomogi serca niema więc w danym przypadku potrzeby przyjmowania zwyródnienia mięśnia sercowego.

Cardiopathia kyphotica jest więc wtórnym schorzeniem serca, spowodowanym zaburzeniami mechanizmu oddechowego.

Henryk Landau.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

LOREY. Naświetlanie promieniami Roentgena w chorobie Basedowa. (D. m. W. Nr. 7. 1930).

Statystyki amerykańskie i niemieckie wymieniają wyleczenie w 82% w chorobie Basedowa po naświetlaniu promieniami Roentgena. Do statystyki należy brać jedynie przypadki ciężkie. Za kryterjum w tym kierunku obok stopnia zaburzenia przemiany materji służy cały zespół objawów klinicznych. Naświetlanie należy rozpoczynać jaknajwcześniej i wówczas mamy lepsze szanse wyleczenia. Naświetlanie przypadków przedawnionych efektu nie daje. Leczenie operacyjne szybciej daje poprawę, niż naświetlanie, i często ze względów ocialnych należy je przeprowadzać, ale jest bardziej niebezpieczne (śmiertelność w 5%). Przy dobrej technice naświetlań nie spostrzegano przypadków śmierci. W przypadkach, w których zawodzi naświetlanie, stosujemy zabieg chirurgiczny. Według Boraka brak poprawy przy 4 miesięcznem naświetlaniu decyduje o konieczności zabiegu. Dotąd nie mamy danych o działaniu promieni radu w porównaniu do promieni Roentgena. Być może, iż promienie radu będą mogły doprowadzić do poprawy te przypadki, w których Roentgen zawodzi.

Wanda Franzówna.

K. NARBESHUBER. Acetonemiczne wymioty w nadczynności tarczycy. (Wien. kl. Woch. Nr. 8. 1930).

Czasem u kobiet, u których zaledwie od kilku tygodni, najwyżej zaś od kilku miesięcy wystąpiły objawy nadczynności tarczycy w postaci spadku wagi, wypadania włosów, bicia serca, nerwowości i t. p., pod wpływem jakiegoś bodźca (np. przebytej grypy, zapalenia migdałków, naświetlania jajników i t. p.), występują nagle uporczywe, nie dające się powściągnąć wymioty z jednoczesnem silnem wydzielaniem acetonu w moczu i intensywnym zapachem acetonu w wydechanem powietrzu. Jeśli wymioty trwają krótko i po kilku dniach tak samo nagle ustępują, jak wystąpiły, sprawa kończy się szczęśliwie tylko na znacznej utracie wagi (3—4 kg. w ciągu tygodnia), która zostaje szybko wyrównana. Jeśli jednak wymioty trwają dłużej, ustrój ubożeje w wodę, następuje jego wyczerpanie, stopniowo rozwija się charłactwo; chorzy nie mogą się poruszyć, gorączkują do 38° i wyżej, obok ciał ketonowych zjawiają się w moczu duże ilości urobilinogenu, wątroba się powiększa, i następuje śmierć w obrazie ciężkiej intoksykacji z żółtaczką i wzmagającym się częstoskurczem. Obok uporczywych wymiotów w obrazie tym uderza ketonuria.

Autor uważa, że zespół powyższy jest spowodowany ostrem zaburzeniem w przemianie materji, na co wskazuje ostre zwiększenie się wytwarzania acetonu, którego nie można wobec tego położyć na karb głodzenia ustroju. Sprawa ta jest analogiczna do cyklicznych wymiotów acetonemicznych u dzieci. Przyczynę ketonemji i ketonurji upatruje autor w niedomodze czynnościowej wątroby wskutek wyczerpania się jej zapasów glikogenu i w szybkim i wzmocnionym rozkładzie ciał tłuszczowych, który często występują w nadczynności tarczycy. Wymioty są skutkiem stanu podniecenia roślinnego układu nerwowego, ściśle związanego z czynnością tarczycy.

W leczeniu kładzie autor główny nacisk nie na podawanie jodu i naświetlanie tarczycy, jak to czynią J. Bauer i Curschmann, lecz na stosowanie insuliny (2—3 razy dziennie po 10 jednostek insuliny) i cukru gronowego (1000—1500 cm.³ 5% roztworu glukozy w lawetkach kroplowych), które zwiększają zapasy glikogenu w wątrobie i przez to czynią ją bardziej wydolną. Dopiero po wzmocnieniu wątroby należy naświetlać tarczycę promieniami Roentgena i podawać jod w postaci roztworu Lugola.

Henryk Landau.

J. A. BEJLIN. Badania nad wymianą gazową u nerwowo chorych. (Med. Biol. Żurn. Z. 1. 1929).

U trzydziestu chorych z zaburzeniami gruczołu tarczowego współczynnik oddechowy okazał się obniżony w przypadkach nadczynności tarczycy; to obniżenie współczynnika oddechowego przebiega równoległe do ciężkości schorzenia. W niedomodze tarczycy współczynnik oddechowy jest zwiększony. W zapaleniu mózgu współczynnik oddechowy bywa patologicznie zmieniony: zwiększony lub zmniejszony; patologiczne odchylenia są przytem niezależne od ciężkości przypadku. Z 18 przypadków otyłości w 12 okazał się współczynnik oddechowy obniżony. W padaczce i akroasfiksji współczynnik oddechowy bywa przeważnie zwiększony.

Przemiana podstawowa w nadczynności gruczołu tarczowego jest zwiększona. W padaczce i akroasfiksji przemiana podstawowa jest raczej niższa, niż normalnie. W otłuszczeniu przemiana podstawowa bywa zwiększona. Na zasadzie swych 127 przypadków stwierdza autor, że w schorzeniach gruczołu tarczowego zachodzą między współczynnikiem oddechowym a przemianą podstawową odwrotne stosunki, t. j. przy zwiększonej przemianie podstawowej współczynnik oddechowy jest obniżony i odwrotnie. We wszystkich innych przypadkach współczynnik oddechowy albo przebiega równoległe do przemiany podstawowej, albo jest od niej zupełnie niezależny.

Henryk Landau.

M. LÉVAL. O wpływie depresyjnym insuliny na sferę płciową. (Med. Kl. Nr. 9. 1930).

Pomiędzy gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym istnieje niewątpliwie skomplikowana korelacja, która może ulec zaburzeniom przez wprowadzenie do ustroju znacznej ilości hormonu trzustkowego.

U pacjenta 37-letniego przeprowadzono kurację tuczącą, z przybytkiem na wadze 12 kg., w ciągu 6–7 miesięcy; po pewnym czasie wystąpiła impotencja, przyczem badanie nie wykryło innego źródła powstania tego cierpienia. W 2 przypadkach stosowania kuracji insulinowej u kobiet — wystąpiła *amenorrhea*; po przerwaniu kuracji wystąpił po pewnym czasie perjd. U królików udawało się wywołać czasową niepłodność przez długotrwałe stosowanie insuliny.

Mechanizm powstawania tych objawów nie daje się do tychczas wytłomaczyć; w każdym razie stwierdzono, że insulina działa nie tylko na przemianę materji, ale na cały układ wewnątrzwydzielniczy.

M. S e g a ł.

BRATUSCH A. Cholosulin i doustne leczenie cukrzycy. (Münch. Med. Woch. Nr. 17.—1930).

Na podstawie kilku obserwacji cukrzycy u dzieci stwierdza B., że preparat cholosulin (połączenie insuliny z kwasem dezoksycholowym) nie wywiera dostrzegalnego wpływu na tolerancję węglowodanową i w tej postaci nie może jeszcze mieć znaczenia praktycznego. Lepsze wyniki, które uzyskał S t e p h a n, tłumaczy autor poprawą, jaką często obserwuje się u djabetyków w szpitalach pod wpływem unormowania diety.

F. T u r y n.

Choroby narządów trawienia.

W. LAMBRET. Leczenie chirurgiczne opadnięcia żołądka. (Pr. Med. 99/1929).

Jedynie skutecznym leczeniem opadnięcia żołądka jest umieszczenie go na właściwym miejscu, t. j. leczenie chirurgiczne. Zaproponowana przez autora operacja nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw: w 28 przypadkach, w których ta operacja była wykonana, nie było ani razu najmniejszych komplikacji. Poprawa wyraża się przy badaniu radiologicznym w znacznym podniesieniu się żołądka, ustąpieniu objawów jego zwłoczenia i stałym cofaniu się zaburzeń opróżniania się żołądka i dwunastnicy. Poprawa kliniczna była we wszystkich 28 przypadkach znakomita: bóle żołądkowe zniknęły całkowicie bezpośrednio po zabiegu. W paru tylko przypadkach operowani skarżyli się od czasu do czasu na uczucie ciężkości. Zniknęły całkowicie objawy pseudokamicy, zaparcie, będące skutkiem opadnięcia kiszki grubych, objawy ogólne, jak: zawroty i bóle głowy, osłabienie oraz stan depresji psychicznej. Powróciły apetyt, chęć do pracy, dobry humor. Chorzy przybierali na wadze.

Henryk L a n d a u.

O. PORGES i O. STERNBERG. Badania kliniczne i doświadczalne nad powstawaniem zgagi. (Wien. Arch. f. inn. Med., t. XVIII.)

Uczucie zgagi jest wywołane przez współdziałanie wielu czynników. Najważniejszym z nich jest działanie płynu, drażniącego tkanki, na śluzówkę dolnego odcinka przełyku; płynem tym jest zwykle kwaśna treść żołądkowa, rzadziej zasadowa treść jelitowa. Dalej muszą istnieć patologiczne ruchy żołądka, które wpędzają treść żołądkową do dolnej części przełyku i przyczyną ich jest najczęściej nieżyty żołądka i zwężenie odźwiernika. Trzecim czynnikiem jest nieżyty śluzówki przełyku (*oesophagitis*), wywołany przez żrące działanie treści żołądkowej lub przez inne szkodliwe czynni

ki. Leczenie polega na podawaniu soli ziem alkalicznych, a w zgodzie, wywołanej przez zasadową treść jelitową, kwasu krzemowego (*Sol. ac. silicici 1,0/100,0*).

Henryk L a n d a u.

E. WIECHMANN i J. ELZAS. O zmniejszonym wydzielaniu kwasu solnego przez żołądek w moczowce cukrowej. (D. Arch. f. kl. Med. t. 164, z. 3 i 4.)

U chorych z moczówką cukrową bardzo często, bo w 40 proc. przypadków stwierdza się niedokwaśność lub zupełny brak wolnego kwasu solnego; niema przytem różnicy w zachowaniu się obu płci. Ponieważ moczówka cukrowa często kombinuje się ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego (*cholecystopathia*), którym towarzyszy *achylia gastrica*, przypuszczają autorzy, że zapalenie woreczka żółciowego prowadzi do zapalenia naczyń chłonnych trzustki, a to do śródmiąższowego zapalenia trzustki, dającego objawy cukrzycy. Dlatego niektóre przypadki niedokwaśności lub bezkwaśności w cukrzycy należy położyć na karb współistniejącego schorzenia dróg żółciowych. Dolegliwości, spowodowane zaburzeniami w stosunkach wydzielniczych żołądka, najlepiej usuwają preparaty trzustkowe, a tylko w razie uporczywych biegunk pochodzenia żołądkowego należy podawać kwas solny. Stwierdzenie niedokwaśności lub bezkwaśności w cukrzycy przemawia w wątpliwych przypadkach za istnieniem związku przyczynowego między moczówką cukrową a schorzeniem pęcherzyka żółciowego.

Henryk L a n d a u.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

∞ JOLTRAIN Edouard. Les urticaires. (Collection des actualites de médecine pratique. № XII. str. 417 in 16°. 1930. Fres. 40. Wyd. Gaston Doin et C-ie. Paryż).

Od klasycznych prac Widala i jego szkoły nad koloido—i hemoklają napadową nie zjawilo się nic zbiorowego, przeglądowego i krytycznego w piśmiennictwie francuskim w tej sprawie, tak, iż należy stwierdzić, że praca Joltraina, dyrektora Widalskiego Instytutu badań przy szpitalu Cochin, wypełnia poniekąd lukę poważną.

Po krótkim wstępie historycznym o przełomach hemoklastycznych zostaje „zespół pokrzywkowy” analizowany ze wszelkimi szczegółami, dotyczącymi licznych jego odmian, pod punktem widzenia wspólnej fizjognomji etiologicznej (*dermatoses de desensibilisation*):

Urticaires alimentaires (po jajkach, rybie, mleku, czekoladzie, chlebie pszennej, piwie, winie).

Urticaires médicamenteuses (po antypirynie, bismucie, rtęci, insulinie, salicylu, pyłkach drzewnych).

Urticaires proteino-toxiques ou microbiennes.

Urticaires physiques (po ciepłe, zimnie, promieniach świetlnych, wpływach atmosferycznych).

Oryginalnie opisana jest pokrzywka z przemęczenia fizycznego i z wzruszenia emocyjnego, jako ciekawy przyczynek do fizjopatologii pracy i do psychologii eksperymentalnej.

Pod względem opisowo-morfologicznym utrzymany został znany podział na: *Urticaria papulosa, vesiculosa, bullosa, haemorrhagica, tuberosa, gigantea, oedematosa, pseudophlegmonosa, gangraenosa, pigmentosa, dermatographica* w odmianie ostrej, przewlekłej i nawrotowej.

Dosyć dobrze uwzględnione są postaci zastępcze, równoważne i skombinowane pokrzywki (choroba posurowicza dychawica oskrzelowa, *coryza spasmodica*, pryszczycza napadowa, kamica żółciowa, pokrzywka w ciąży, w endokrynach padaczkowe, kile, zimnicy, hematozach, psychozach) w związku

z jednoczesnymi zmianami napadowymi i ponapadowymi we krwi, surowicy i osoczu.

Patogeneza, diagnostyka i terapia nie wiele dają nowego. W tej ostatniej uwzględnione są obok swoistych i ogólnych metod desensybilizacji narządowej autohemo-, autosero-, neurotono- i opoterapia.

Bibliografia zajmuje całe 35 stron z podkreśleniem tych monografii, gdzie dawne piśmiennictwo zostało należycie zebrane i wyzyskane.

Praca sumienna i wyczerpująca poświęcona została przez autora nauczycielowi swojemu, mistrzowi Vidalowi, którego szkic biograficzny zajmuje całe 50 stron, a uwzględnione w nim zostały 3 główne dziedziny, w których istotnie królował Vidal: sero- i cytodagnostyka, hemoklaza i anofilaksja, klasyfikacja i patofizjologia chorób nerkowych.

Pozwolę sobie uzupełnić w biografii skromne i skąpe dane z anamnezy rodzinno-dziedzicznej, które brzmią naogół dość sucho: „Issu d'une ligne médicale, Fernand Vidal est né le 9 mars 1862 en Algérie”.

Kto zna bliżej historię lekarzy średniowiecza, nie może nie dostrzec w niej rodziny Widaliów, słynącej od szeregu stuleci z inteligentów i oświatowców oraz Ignącej w poważnym stopniu do medycyny (*ligne médicale*).

Maestro de Burian Widali, lekarz żydowski w d'Arles, stolicy prowansalskiej, zostawia w 13 stuleciu księgi lekarskie. Widali Hasefardiki z Tolozy tworzy w Katalonii hiszpańskiej w 14 wieku dzieła filozoficzne i komentarze do ksiąg lekarskich, Talmudu i do dzieł medycznych żydowskiego filozofa i lekarza Majmonidesa. Bolson Widali, popularny na całej Sycylii lekarz, ucieka po prześladowaniu masowym Żydów w r. 1492 do Reggio de Calabria, gdzie tworzy w teorii medycyny. Don Profiat Widali, poeta prowansalski, koresponduje w 13 stuleciu ze słynnym lekarzem Abrahamem Bedersi z Bezier w sprawach rozwoju medycyny. W ubiegłym stuleciu też rodzina Widaliów liczy głośnych w Alzacji francuskiej rzeźbiarzy i kompozytorów, artystów i powieściopisarzy, lekarzy i znawców judaistyki. Ojciec Widali, lekarz znany, inspektor armii francuskiej, dziekan fakultetu medycznego w Strasburgu, oraz sam Widali, 3-ch imion George-Fernand-Isidor, urodzony w Dellis, małej miejscowości algierskiej, a późniejszy członek honorowy Akademii Paryskiej i Akademii Nauk, od najmłodszych lat wykazywali dziedziczne zamiłowanie do medycyny, jako nauki i sztuki.

Higier.

MAYR. O przemianie wodnej w chorobach skóry. (Münch. med. Woch. Nr. 26.—1930).

Zwraca uwagę, że wydalenie płynów jest niezupełne w dermatozach ogólnych, bez względu na ich etiologię i patogenezę. Podanie środków moczopędnych zwiększa nieznacznie tylko i w sposób niewystarczający djurezę. Krzywa wagi

nie odpowiada pozornej retencji wody, przeciwnie, w niektórych cięższych schorzeniach opada. W okresie zdrowienia ilość moczu jest większa i wraca do normy, nie przekraczając ilości pobranych płynów.

Obserwując chorych z rozległymi zmianami skóry, M zauważył znaczne wzmożenie parowania, dochodzące do 2000 gr. dziennie. Chorzy ci nie zatrzymują więc wody w tkankach wydalenie wody odbywa się u nich w znacznej części pozerkowo.

Podobnie zatrzymywanie chlorków jest również pozorne. Sole te wydzielają się wraz z wodą przez skórę, czasami nawet w nadmiarze, tak, że możliwe jest zubożenie organizmu w chlorki. Zwłaszcza wybitnie obserwuje się powyższe zmiany w pęcherzycy i rozległych wysiękowych sprawach skóry.

F. Turyn.

Th. NOGIER. Leczenie promieniami Roentgena przerostu gruczołu krokowego. (Monde Méd. Nr. 768.—1930).

Leczenie zachowawcze przerostu gruczołu krokowego tak długo wchodzi w rachubę, póki chory może oddawać mocz bez cewnikowania; od tej chwili wkracza w swe prawa chirurgia. Istnieje jednak bezkrwawa metoda leczenia, nie tylko powstrzymująca rozwój przerostu, ale zmuszająca go do cofnięcia się. Metodą tą jest właściwie prowadzone naświetlanie promieniami Roentgena; używać należy jedynie twardych promieni. Najlepsze wyniki osiąga się w przerostach gruczołowym, gorsze w przerostach mieszanym, najgorsze w przerostach łącznotkankowomięśniowych. Wyniki są tem lepsze, w im wcześniejszym okresie choroby rozpoczyna się leczenie. Nie należy naświetlać gruczołów krokowych, w których przy badaniu przez odbytnicę stwierdzono torbiele lub stwardniałe ogniska, gruczołów rakowych oraz w przypadkach, skomplikowanych silnym zapaleniem pęcherza. Jako drogę naświetlania wybrał autor drogę kroczową, wstępującą, do czego okazał się pomocny specjalnie w tym celu skonstruowany przezeń aparat „koń”, pozwalający na naświetlanie chorych w pozycji siedzącej i zabezpieczający zarazem jądra od promieni. Leczenie składa się z czterech seryj po trzy seanse; seanse trwają po 45 minut i odbywają się codziennie, serje są oddzielone od siebie przerwami, trwającymi 30—35 dni. Wyjątkowo (w 50% przypadków) uzupełniano te serje 2—3 naświetlaniami ponadłonowymi.

Wyniki anatomiczne polegają na zmniejszeniu się wszystkich wymiarów gruczołu krokowego oraz jego spoistości. Wyniki czynnościowe wyrażają się w ułatwieniu oddawania moczu, silniejszym i walcowatym jego rzucie; zmniejsza się również częstość mikcji. W przerostach gruczołowych liczba wyleczeń stanowi 60%, w przerostach ze stwardnieniem tylko 20%.

Henryk Landau.

Wskazówki praktyczne.

Pod nazwą *Eu-Med* wyrabia firma D-ra Tell et Cie pastylki następującego składu: *Coffein* 0,05; *Phenacetin*., *Pyrazphenyldimethyl*., *Dimethylaminophanocon* aa 0,15. Według Büscha pastylki te obok działania *przeciwgorączkowego* odznaczają się także własnościami *przeciwbólowymi* i stosowane były z powodzeniem w bolesnych zapaleniach stawów pochodzenia reumatycznego, w uporczywych migrenach, po zabiegach chirurgicznych w celu uśmierzania bólów, w stanach gorączkowych, w gościecu obok przetworów salicylowych. (Med. Klin. 1930. Nr. 35.)

— o —

Okres wylegania zimnicy szczepionej jest tem krótszy, im większa ilość krwi została zaszczerpiona. Najmniejsza ilość powinna wynosić 30 ctm.⁸ Przynależność do tej samej grupy krwi wpływa również na skrócenie okresu wylegania, który w tym razie rzadko przekracza 5 dni; jeżeli grupy krwi są niejednakowe, to okres ten trwać może do dni 21. (M. m. W. 1930. Nr. 32).

— o —

Albargine, jako środek zapobiegawczy i poronny w rzeżączce, stosował Kaufmann. W celach zapobiegawczych należy rozpocząć kurację najpóźniej w 10 godzin po

podjezranym stosunku płciowym. Leczenie poronne powinno trwać 4 dni, po których zastrzykuje się mleko lub szczepionkę gonokokową w celach prowokacyjnych. Prowokację tę powtarza się po 2-ach dniach, i, jeżeli i tym razem wypadła ujemnie, leczenie poronne uważać można za udane. (Med. Welt, 1930. Nr. 1).

— o —

Kofler poleca jako dobry przetwór jodowy nowy

środek Jodex (firma Dr. Klopfer w Dreźnie) w postaci płynnej i jako maść. Kofler stosował jodex w rozmaitych stanach chorobowych górnych dróg oddechowych, połączonych z tworzeniem się strupów, a więc w nieżytach zanikowych gardzieli, krtani, tchawicy i nosa w postaci rozpylań, pendzlowań i tamponów. W zapaleniu szyjnych gruczołów chłonnych stosowana była maść jodexowa.

Jodex zawiera 10% jodu w oleju roślinnym. (W. m. W. 1930 Nr. 36).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenia lekarzy szkolnych

Posiedzenie z d. 20 marca 1930 r.

Osób obecnych 70. — Przewodniczący Dr. St. Kopyński — sekretarz dr. Jurjewiczówna.

Przewodniczący informuje, że kartki do wykonania pomiarów młodzieży szkolnej będą rozesłane wszystkim szkołom w dniach najbliższych. — Następnie odczytuje pismo Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, zawierające prośbę do lekarzy szkolnych o kierowanie do Przychodni Przeciwgruźliczej dzieci dotkniętych nie tylko gruźlicą płuc, ale nawet ze zmianami gruczołów przyoskrzelowych.

Dr. Szczawińska prosi o rozesłanie do szkół spisu i adresów wszystkich Przychodni na terenie Wielkiej Warszawy.

Dr. Grzywo-Dąbrowska zapytuje, czy uczęszczanie młodzieży do pływalni zimowej Kasy Chorych przy ulicy Wolskiej nie przedstawia niebezpieczeństwa pod względem zdrowotnym.

Przewodniczący wyjaśnia, że woda w zbiorniku jest chlorowana i ciągle cyrkuluje, oczyszczając się w filtrach, — po zatem co tydzień ma być całkowicie zmieniana.

Dr. Surawska byłaby za wprowadzeniem badań specjalistów na miejscu młodzieży, aby całkowite 100% korzystającej z basenu były zabezpieczone od zakażenia.

Dr. Szczawińska podnosi ważność udostępnienia młodzieży żeńskiej kąpeli — wanień w zakładach kąpielowych miejskich przez znaczne obniżenie cen wanny. Przewodniczący obiecuje ingerować w tej sprawie.

Dr. Trenkner podnosi trudności techniczne, związane z przeprowadzeniem pomiarów, zaleconych przez Ministerstwo, i chciałby mieć możliwość dokonania pomiarów pewnej tylko liczby uczniów.

Przewodniczący wyjaśnia, że liczba badanych zależna jest od warunków, w jakich lekarz pracuje.

Obecni proszą o wydanie przez Ministerstwo okólnika, pociągającego Dyrekcję szkół do czynnej pomocy lekarzom przy wykonywaniu pomiarów i zwłaszcza wpisania dat pomiarów na kartkach.

Dr. H. Szczodrowski wygłasza referat p. t. „Wychowanie seksualne młodzieży” — (który w całości jest wydrukowany w Nr. 7-9. „Wychowania Fizycznego”. — Poznań, ulica Chelmońskiego Nr. 8.).

Poczem następuje dyskusja:

Dr. Załuski solidaryzuje się z Foersterem w poglądach na wychowanie seksualne młodzieży i konieczność wychowania woli i pielęgnowania wstydlivosti. Mówca stwierdza, że środowisko życiowe współczesne zbyt wcześnie odziera młodzież z poczucia wstydlivosti. Młodzież w wieku chłopców należy zainteresować wniośłami zagadnieniami, odwracając jej uwagę od kwestji seksualnej, młodzież dorastającą należy traktować inaczej, ukazując jej zadania współtwórczości z Bogiem i wzniosłość przystosowania do stanu małżeńskiego. Zasady wychowania muszą płynąć z religji.

Dr. Szczawińska kwestjonuje wiek młodzieży (12 lat), który uważa Foerster za najodpowiedniejszy do rozpoczęcia poruszania i należytego oświecenia sprawy seksualnej. Mówczyni stwierdza fakt oddziaływania niepożądanego na siebie dwóch płci w 7-ym i 8-ym oddziale szkół powszechnych, oraz fakt głodu mieszkaniowego i braku kultury obyczajowej, które w sposób brutalny wywołują uświadomienie młodzieży, a właściwie dzieci, co poprzedza proponowany przez prelegenta okres wieku. Opierając się na danych Międzynarodowego Zjazdu Związku Lekarek, mówczyni komunikuje,

że w Szwajcarii istnieją oficjalne wykłady w szkołach, traktujące sprawę seksualną. (Dr. Szczawińska w wykładach swych w Seminarjum naucz. Gospodarszym uwzględniła budowę, czynności i higienę narządów kobiecych).

Ks. Sobczyk przypomina encyklikę Piusa XI, w której wypowiedziano się przeciw uświadamianiu zbiorowemu.

Dr. Grzywo-Dąbrowska podkreśla, że nie można odrzucić całkowicie uświadamienia zbiorowego, gdyż uświadczenie dzieci i młodzieży zakreśliło bardzo szerokie kręgi, i w klasach szkolnych potrzebne jest podnoszenie i wyjaśnianie młodzieży kwestji, które dzieci same pomiędzy sobą rozwiązują.

Dr. Szokalski uważa, że nie jest możliwe skroczenie jednemi wspólnymi drogami, tylko religijnymi; należy przede wszystkim zwalczać zblazowanie wśród młodzieży i wyjaśnić jej szkodliwość wczesnego rozpoczęcia życia płciowego oraz budzić zainteresowanie społeczne, czy sportowe.

Dr. Trenkner stwierdza, że kwestja seksualna jest najtrudniejsza do rozwiązania, tak dla wychowawcy, jak dla lekarza szkolnego; należy ją rozdzielić na 2 części: 1) lekarz powinien ująć ją dostatecznie poważnie i naukowo w rozmowach, pogadankach. 2) wzmacnianiem kierunku i wpływu wychowawczego ogólnego, wychowaniem woli i idealizmu.

Dr. Szczodrowski, odpowiadając, powtarza: aby okiełznać rozhułkany popęd płciowy, należy wyrobić wolę. Uświadczenie należy wcześniej rozpocząć tam, gdzie grozi uświadczenie uboczne, z brudnego źródła. W znacznym stopniu należy ubiec okres onanizmu u chłopca.

Zebranie skończyło się o godzinie 10 wieczór.

Posiedzenie z dnia 22 maja 1930 roku.

Przewodniczący — dr. K. Mitkiewicz. — Sekretarz — dr. Rauch-Sobolewska. Osób obecnych 40.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia przewodniczący komunikuje, że w sprawie Pływalni Kasy Chorych porozumiewał się z p. d-rem Zameckim, który oznajmił, że chlorowanie wody już się odbywa, ale aparat do chlorowania wykazuje jeszcze braki, dopiero więc po wakacjach rzecz cała będzie doprowadzona do porządku. Natomiast będzie dostępna dla szkół Pływalnia Legji, znajdująca się na otwartym powietrzu na ulicy Łazienkowskiej. O warunkach, na jakich młodzież będzie mogła z pływalni korzystać, będą powiadomione szkoły już w dniach najbliższych.

Następnie przewodniczący podaje do wiadomości zebranych, że w marcu 1930 r. otrzymały województwa i starostwa okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wydany w porozumieniu z Ministerstwem Oświaty, na mocy którego lekarzom szkolnym przysługuje prawo egzekwowania mandatów karnych za poważne uchybienia sanitarne, zauważone przy wizytacji szkół. Tego rodzaju egzekutywa może dać lepsze rezultaty w ręku lekarza powiatowego, aniżeli w ręku lekarza szkolnego. Rozporządzenie to odnosi się przede wszystkim do szkół na prowincji, natomiast w Warszawie, gdzie każda szkoła ma swego lekarza, ingerencja czynników zewnętrznych byłaby zbyt duża, w wyjątkowych przypadkach, gdy chodzi o czyste braki sanitarne, może się lekarz szkolny zwrócić do lekarza sanitarnego, a gdyby to nie odniosło skutku, to do lekarza powiatowego. (Warszawa ma 3 powiaty).

W dalszym ciągu przewodniczący komunikuje, że w czasie od dnia 5-go do 18 czerwca r. b. odbędzie się w Dreźnie kurs p. t. „Higiena i szkoła”, który z uszczupleniem strony teoretycznej, będzie obejmował dużo zajęć praktycznych, pokazów, lekcji i t. d.

Przewodniczący informuje, że wyszedł już 3-4 numer „Przeglądu Sportowo-Lekarskiego”. Pismo to zawiera dużo ciekawych wskazówek, a cena przystępna umożliwia prenumeratę „Przeglądu” w szkołach. — Na zapytanie dr. K o r s a k ó w n y, odpowiada p r z e w o d n i c z ą c y, że koszty prenumeraty można pokrywać z funduszu gier i zabaw.

Następnie przewodniczący podaje do wiadomości, że szkoły otrzymały plakaty z uwidocznioną siecią szkolnych schronisk wycieczkowych noclegowych, które zapewniają wycieczkom szkolnym w różnych punktach p i e d á t e r r e. Lekarze szkolni mogą przy sposobności urządzenia dalszych wycieczek, zachęcać do korzystania z tych schronisk, narazie mało wyskwykiwanych.

Dr. B a b s k i zapytuje, czy mają być w sprawozdaniu tegorocznym obliczane przeciętne wzrostu, wagi i t. d. — P r z e w o d n i c z ą c y objaśnia, że przeciętne nie będą w przyszłości uwzględniane w sprawozdaniach rocznych — ustali je Urząd Statystyczny na podstawie pomiarów, dokonanych w kwietniu 1930 r., których wpłynęło około 650.000. W dalszym ciągu przewodniczący przypomina, że obliczenia statystyczne mają być zrobione według klas, a nie według wieku, na co oświadcza dr. U l i Ń s k i, że Sekcja Higieny Szkolnej poleca w szkołach miejskich robić statystykę nadal według wieku.

Dr. Aleksandra Stębowska wygłasza referat p. t. „*Aphasia associativa*” — (Zaburzenia mowy u młodzieży w wieku szkolnym. — Jąkanie).

—o—

„Mowa jest procesem psychofizycznym, powstałym w swoim komponencie fizycznym przez skoordynowanie trzech funkcji: oddychania, fonacji oraz artykulacji. Tor oddechowy spoczynkowy ulega zasadniczej zmianie z chwilą, gdy człowiek zaczyna mówić;

W stanie spoczynkowym, w warunkach fizjologicznie prawidłowych wdech równa się prawie wydechowi, zarówno co do czasu trwania, jak i nasilenia;

w czasie mówienia wdech staje się płytki i krótkotrwały, — wydech głębszy i trwający 15 do 18 sekund u dzieci i kobiet, a 25 sekund u dorosłych mężczyzn.

Podczas aktu mowy posługujemy się tylko fazą wydechu. W czasie wdechu mówić nie można.

Oddychanie w stanie spoczynkowym odbywa się przez jamę nosową. Podczas mówienia oddychanie jamą nosową w zupełności ustaje. Cały prąd powietrza wydechowego dostaje się do jamy ustnej (wyjątek stanowią dźwięki nosowe). Zamknięcie i odgroźnienie jamy nosowej od jamy ustnej odbywa się dzięki diafragmie ustnej, utworzonej przez podniebienie twarde i miękkie z jednej strony oraz tak zwany wał P a s s a v a n t a, powstały przez skurcz mięśni tylnej ściany gardła.

Powietrze wydychane, dostając się przez krtań, wprawia struny głosowe w drganie. Powstający przy tem dźwięk fonacyjny dostaje się do jamy ustnej i zostaje zmieniony tu na dźwięki artykulacyjne. — Oddychanie, fonacja i artykulacja są czynnościami mięśni. Mowa jest zatem ruchem.

Jąkanie jest cierpieniem funkcjonalnym, jest nerwicą skurczową w zakresie tych mięśni, które są zaangażowane w procesie oddychania, fonacji i artykulacji. Skurcze, o których mowa, są powodem zaburzeń oddechowych, utrudnienia fonacji i artykulacji.

Zaburzenia oddechowe charakteryzują się:

- 1) przyspieszeniem tempa oddechowego,
- 2) skróceniem fazy wydechowej, która z 18—25 sekund spada na 4—8 sek.
- 3) zachowaniem oddychania przez jamę nosową w czasie mówienia,
- 4) zablokowaniem klatki piersiowej w stanie wdechowym, podczas gdy przepona podnosi się do góry, a powietrze wydobywa się z płuc.

Klatka piersiowa jest *ad maximum* wzdęta, — płuca, po wypuszczeniu z nich powietrza, zapadnięte. Ujemne ciśnienie w klatce piersiowej wzrasta. Wielkie naczynia napelniają się nadmiernie krwią, krążenie w klatce piersiowej oraz zwoje układu sympatycznego ulegają zmniejszonemu ciśnieniu, a stąd wtórnie powstają zaburzenia naczynio-ruchowe i wydzielnicze. Pacjent doznaje uczucia ucisku i lęku. Twarz staje się biała, skóra pokryta potem, tętno przyspieszone, pacjent nie może słowa wypowiedzieć.

Po gwałtownym wydechu, z powodu skurczu krtań, wdech nie może dojść do skutku. Kurcze krtań prowadzą do zaburzeń w fonacji. Kurcze w jamie ustnej (wargi, język, podniebienie, tylna ściana gardła) utrudniają artykulację.

Kurcze, o których mowa, mają w początkowych okre-

sach jąkania charakter kurczów klonicznych, to jest kurczów częstotliwych o małym nasileniu. Ten okres może trwać kilka godzin, kilka miesięcy lub kilka lat. Chcąc przezwyciężyć kurcze, pacjent stara się jakby wycisnąć każde słowo, kurcze przybierają charakter toniczny. W trzecim, końcowym okresie jąkania, kurcze przechodzą na mięśnie twarzy, szyi, tułowia, kończyn górnych lub dolnych i mają charakter współruchów.

Jąkanie jest nerwicą postępującą. Przejście jednego okresu w drugi odbywa się powoli, z biegiem lat, lub nagle, pod wpływem przestraszenia, urazu psychicznego, zmniejszonej odporności ustroju w następstwie chorób gorączkowych.

Współruchy trzeciego okresu mają charakter niezmienny, automatyzują się w układzie nerwowym, możnaby powiedzieć, że się niejako organizują i stanowią objaw stały i niezmienny.

Według Fröscheisa i Hoepfnera jąkanie powstaje we wczesnym dzieciństwie, kiedy skoordynowanie aparatu mięśniowego, potrzebnego do mowy, jak również skojarzenie wyobrażenia z nazwą przedmiotu, jest niezupełne. Nieemożliwość mówienia nazywamy *Aphasia*, jąkanie jest zatem afazją asocjatywną, powstałą przez zaburzenie w koordynacji czynności psycho-fizycznych, jakie składają się na mowę.

Schilder uważa, że jąkanie powstaje wskutek niewspółmierności między impulsem do mówienia, a zdolnością wypowiedzenia się. Wzmógłony impuls do ruchów w ogóle, do mowy w szczególności, zależy od układu striopallidarnego, *substantia nigra* i *nucleus ruber*. „Gdyby mówił powoli, mówiłby dobrze” — mówią laicy. — „Gdyby nie miał wzmógłonego impulsu do mowy, mówiłby powoli” — musi powiedzieć lekarz.

Wzmógłony impuls może przejawiać się i w piśmie (pisma małe i szybkie). Schilder zalicza jąkanie i tick do jednej grupy i nazywa te schorzenia *Striatum neurosum*.

Na zakończenie wymienić należy następujące przy jąkaniu objawy, a mianowicie: zaburzenia naczynio-ruchowe, odfite pocenie, nadmierne ślinienie, oraz zaburzenia jelitowe, najczęściej o charakterze spastycznym. Rozpatrywać je możemy pod kątem widzenia współruchów.

Leczenie ma na celu zapobieganie kurczom oraz przeciwdziałanie wzmózonemu impulsowi. Jak więc widzimy, jąkanie, podobnie jak inne zaburzenia mowy, są symptomatami chorobowymi, już to organicznymi, już to funkcjonalnymi. Choroba powinna być leczona, leczenie leży w rękach lekarzy, to też lekarze powinni zwalczać „oduczanie” zaburzeń mowy, trzeba je leczyć!

Z lekarzem współdziałać powinien nauczyciel, aby stworzyć odpowiednie środowisko, jakim jest szkoła specjalna dla jąkającego się, bełkocącego, lub nawpół głuchego dziecka.

—o—

Prelegentka apeluje do lekarzy szkolnych, aby zechcieli wpłynąć na odpowiednie czynniki rządowe w kierunku organizowania poradni lekarskich oraz szkół specjalnych dla dzieci z zaburzeniami mowy. Tylko tym sposobem społeczeństwo przyniesie pomoc kaleckom, jakimi są niewątpliwie źle leczone i zaniedbane zaburzenia mowy.

Jąkanie w okresie skurczów klonicznych jest nerwicą samowyleczalną. Skurcze toniczne wymagają bezwzględnej interwencji lekarza. Okres trzeci ze współruchami daje prognozę jaknajgorszą, i jest bardzo trudny do wyleczenia.

W dyskusji zapytuje dr. K o r s a k ó w n a, czy w szkołach specjalnych, o których prelegentka wspominała, towarzystwo dzieci silnie jąkających się nie wpływa ujemnie na dzieci inne, dotknięte tą wadą w lżejszym stopniu.

Prelegentka uważa, że te różnice przy współzyciu dzieci zacierają się i nie przynoszą szkody. W Wiedniu, dzięki szkołom specjalnym, liczba jąkających się w okresie klonicznym znacznie się zmniejsza. Szkoły specjalne mają tam charakter szkół przejściowych — dziecko wchodzi do szkoły w 6 roku życia, w klasach jest 8—10 dzieci, odpowiadanie odbywa się śpiewną metodą L i e b m a n n, w dyslalji stosuje się odpowiednie profazy i t. d.

P. M a n c z a r s k i zapytuje, czy należy leczyć jąkanie w 3—4 roku życia? Prelegentka uważa, że tak małe dziecko najlepiej zostawić w spokoju, zaniechać wszelkiego uczenia na pamięć, jak to bywa w wyczażu. Oczywiście, że, o ile zaznacza się przejście w formę toniczną, należy stosować elektryzację, ciepłe kąpiele, metodę L i e b m a n n.

Dr. U l i Ń s k i dzieli się swoim spostrzeżeniem, że kurcz ustępuje po głębokim wdechu, i dlatego pacjentom, którzy nie mogą wysłowić się wskutek silnego jąkania, każe

głęboko zaczerpnąć powietrza Dr. Ul. skierowuje jękaących się do poradni zakładu dla głuchoniemych, Plac Trzech Krzyży 4/6.

Przewodniczący zapytuje, jakie należy zająć stanowisko wobec jękaących się kandydatów do seminarjów nauczycielskich, to jest młodzieży w wieku lat 14 — 16. Czy, zwłaszcza w lekkich formach, można mieć nadzieję, że kandydat wyleczy się zupełnie czy też *a priori* usuwać wszelkich kandydatów jękaących się?

Prelegentka odpowiada, że, co się tyczy leczenia, to wieku lat 14—15 nie uważa wcale za stracony, prognoza zaś jest zawisła od stadium, w jakim rozpoczyna się leczenie: formy kloniczne dają bezspornie rezultaty, formy toniczne mogą je także dawać, choć trudniej, formy zaś skomplikowane współruchami dają złą prognozę.

Następnie dr. Korsakówna wyraża zapatrywanie, że pacjentów, zgłaszających się do poradni, nie powinien załatwiać nauczyciel jak się to zdarza, lecz lekarz. Podobne stanowisko zajmuje i prelegentka, która uważa, że do leczenia jękania, które jest chorobą, jest powołany tylko lekarz, on bowiem tylko, biorąc do pomocy anamnezę, badanie kinografionem, osłuchanie krtani, pewne reakcje, może się zorientować, gdzie leży przyczyna choroby i jakie jest natury. Przeczy jednak, że współpraca nauczyciela jest tu bardzo pożądana.

W końcu prelegentka wyraża się z uznaniem o akcji, jaką podjęła Austria i Francja w kierunku leczenia jękaących się, i uważa za rzecz bardzo pożądaną, aby i u nas zakładać specjalne szkoły i specjalne poradnie dla tych chorych.

Przewodniczący, dziękując prelegentce za wygłoszenie bardzo interesującego odczytu, oświadcza, że przedstawi odpowiednim czynnikom konieczność organizowania poradni lekarskich oraz szkół specjalnych dla dzieci z zaburzeniami mowy.

Zamykając posiedzenie, przewodniczący zwraca się z apelem do lekarzy szkolnych, by w czasie tygodnia spor-

owego, urządzanego w najbliższych dniach przez szkoły warszawskie, starali się być na boiskach, gdzie ćwiczą ich szkoły, wykazując w ten sposób zainteresowanie wychowaniem fizycznym młodzieży, powierzonej ich opiece higieniczno-lekarskiej, z drugiej zaś strony lekarze zapewnią w ten sposób młodzieży, w razie jakiegoś wypadku, natychmiastową pomoc. Posiedzenie zakończyło się o godzinie 10.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu lipcowym Paryskiej Akademii Lekarskiej Ravaud, Valtis i Van Deinsse komunikowali, że udało im się stwierdzić *wa krwi chorego na wykwity gruźlicze skóry* obecność *zarazka niewidzialnego gruźlicy* za pomocą szczepienia krwi świnkom. Czterokrotnie następne przeszczepiania z zwierzęcia na zwierzę dawały za każdym razem obecność prątków Kocha w gruczołach. Tak więc tuberkulidy skóry są wynikiem posocznicy, wywołanej przez zarazek niewidzialny. (Pr. méd. Nr. 54).

Przypadek *ziarnicy złośliwej wraz z zarazkami gruźliczymi* spostrzegali Bezançon, Durny, Delarue i Fouquet (tow. lek. szpit. parysk. Pr. méd. Nr. 54). Klinicznie przypadek przebiegał z guzem wrzeczko-mięsakiowym w łopacie i powracającym zapaleniem opłucny. Badanie postmortalne wykazało współistnienie prosówki gruźliczej i ziarnicy. Ta ostatnia na opłucnie i w śledzionie miała wygląd guzowaty. Bardzo liczne pałeczki Kocha stwierdzono między komórkami Sternberga. Autorzy sądzą, że jest to tylko współistnienie obu zmian chorobowych, wywołane może tem, że ziarnica szczególnie sprzyja rozwojowi gruźlicy.

Na tem samem posiedzeniu Sergeant, Kourilsky, Lambert i Poumeau-Delille omawiali dwa przypadki *raka płuc*, przebiegające *pod postacią ropni*, z których jeden przy nakłuciu dał ropę jałową, drugi zaś rozwijał się jako ropień gnilny z cuchnącą wydzieliną. Dopiero badanie postmortalne wykryło, że miano do czynienia z rakami jamistymi

Z j a z d y

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego

w Wilejce w dn. 24 i 25 kwietnia 1930 r.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, lekarze Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, wizytator higieny szkolnej przy Kuratorjum w Wilnie, Dr. Borowski, naczelny lekarz powiatowych Kas Chorych Dr. Zajączkowski, kierownik kolumny okulistycznej Dr. Rostkowski, dyrektor szpitala państwowego w Wilejce Dr. Krauss i zastępca lekarza miejskiego miasta Wilna Dr. Wasilewski.

Po zagajeniu zjazdu w zastępstwie p. Wojewody przez Dra Rudnickiego powitał zjazd imieniem Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, poczem lekarze powiatowi składali kolejno sprawozdania ze swych prac na terenie powiatu w roku ubiegłym.

Na skutek klęski nieurodzaju, który w ciągu dwóch lat ostatnich nawiedził Województwo Wileńskie, akcja sanitarno-porządkowa nie pozwoliła osiągnąć zakreślonych planem rezultatów, dała jednak naogół wyniki zadawalające, a mianowicie: z pośród 159,533 domów w miastach i po wsiach odremontowano, względnie pobielono 105,470 czyli 64 proc.; z pomiędzy 61,715 studzien uporządkowano 46,891, czyli 75 proc. Śmietników w miastach pobudowano 85 proc, a ustępów po miastach i po wsiach 82 proc. w stosunku do przepiślowej liczby. Z pomiędzy 157 hoteli i zajazdów uporządkowano 133, a 130 cukierni 112 doprowadzono do stanu dostatecznego; z pośród 560 piekarni uporządkowano 510; z 259 fryzjarni doprowadzono do porządku 229, a z pomiędzy 93 zakładów masarskich uporządkowano 84.

Walka z chorobami zakaźnymi wymagała w roku ubiegłym większej czujności i wysiłków ze względu na dosyć znaczne ogniska duru plamistego, zawleczonego prawdopodobnie przeważnie z poza pasa granicznego. Dur plamisty był stwierdzony w 831 przypadkach i dał 34 zgony, dur brzuszny w 554 przypadkach z 37 zgonami. Błonicy zgłoszono 377 (16 zgonów), a płonicy 512 (13 zgonów). Na terenie województwa pracowało 5 państwowych kolumn dezynfekcyj-

nych, które się w znacznej mierze przyczyniły do stłumienia epidemii.

Walka społeczna z gruźlicą prowadzona była w Ośrodkach Zdrowia w Wilnie, Wilejce, Mołodecznie, Święcianach, Głębokiem i Brasławiu oraz w przychodniach rejonowych.

Wobec znacznego rozpowszechnienia na obszarze Województwa Wileńskiego jaglicy i niedostatecznej jeszcze sieci poradni społecznych i przychodni rejonowych, w związku z wielkimi przestrzeniami powiatów i złą komunikacją, zaszła potrzeba utrzymania i prowadzenia nadal w państwowym zakresie zorganizowanej przez Polski Czerwony Krzyż objazdowej kolumny okulistycznej. Kolumna miała na celu docieranie do odległych gmin i wsi, ujawnianie ognisk jaglicy, pouczanie miejscowego personelu lekarskiego o sposobach walki z jaglicą i udzielania choremu porad i zabiegów. Kierownik kolumny okulista Dr. Rostkowski wygłosił ponadto szereg odczytów, na które ludność przybyła tłumnie. Nauczyciele ujawnili wielkie zainteresowanie walką z jaglicą i, będąc po wysłuchaniu odczytów lepiej przygotowani, prowadzili w szkołach pogadanki z dziećmi, pouczając, w jaki sposób można zapobiec szerzeniu się choroby. Sprawa dowieżenia chorych do kolumny furmankami gminnymi jest obecnie pomyślnie rozwiązana. Związek pracy obywatelskiej kobiet i Związek strzelecki zorganizowały pomieszczenie i karmienie chorych na miejscu postoju kolumny. Porad chorem udzielono 2443 (przeciętnie 98 dziennie), operacji drobnych dokonano 264, większych zabiegów 156. Z pomiędzy 410 chorych na oczy zarejestrowano 17 ślepych wskutek picia spirytusu skażonego.

Higijena szkolna prowadzona była przez lekarzy powiatowych i rejonowych. Budynki szkolne są przeważnie bardzo złe, ciasne, często wilgotne i ciemne. Są szkoły, w których zabrudzenie dzieci dochodzi do 50 proc., a zawieszenie (szczególnie po wakacjach i głównie u dziewcząt) do 35 proc.

Walka z chorobami wenerycznymi i alkoholizmem prowadzona była w Ośrodkach Zdrowia oraz przez lekarzy powiatowych zapomocą pogadek, odczytów, broszur i ulotek. Na stacji opieki nad matką i dzieckiem w Wilnie jest specjalna poradnia dla dzieci, chorych na kile, prowadzona przez specjalistę.

W dalszym ciągu porządku dziennego Dr. Rudziński wygłosił referat „o pracy organizacyjnej w dziedzinie zdrowia publicznego na terenie województwa Wileńskiego”, Dr. Borowski — sprawy sanitarne w szkolnictwie powszechnym, Dr. Błahuszewski — wyniki akcji sanitarno-porządkowej, Dr. Krauss — rola szpitala powiatowego w nowoczesnej akcji zapobiegawczej, Dr. Wierciński — dur plamisty i brzuszy na terenie Województwa Wileńskiego i p. Hrynaszewicz — nadzór nad obrotem narkotyków.

Po zakończeniu obrad uczestnicy zjazdu zwiedzili instytucje sanitarne (szpital, Ośrodek Zdrowia i przychodnie rejonowe w Wilejce, Dolhinowie i Budstawiu).

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostockiego

w Suwałkach w dn. 29 i 30 kwietnia 1930 r.

W zjeździe wzięli udział wszyscy lekarze powiatowi, lekarze Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, lekarze miejscy z m. Białegostoku, Grodna i Suwałk, wizytator szkół przy Kuratorjum Warszawskim dr. Mitkiewicz i delegat D. O. K. III, kapitan Perucki. Przewodniczył p. Wojewoda Kirst. W imieniu Rządu powitał zjazd Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz.

Ze sprawozdań lekarzy powiatowych dał się zauważyć duży postęp w akcji społecznej. W Suwałkach został otwarty „Dom Zdrowia”, ufundowany i utrzymywany przez magistrat, sejmik, Kasę Chorych i T-wo Czerwonego Krzyża, dofinansowany przez Rząd. Budżet wynosił 15,230 zł. „Dom Zdrowia” składa się z sali posiedzeń, poradni przeciwgruźliczej, przeciwnaglicznej, przeciwwenerycznej, dentystycznej, stacji opieki nad matką i dzieckiem oraz kuchni mlecznej. Liczba członków T-wo Przeciwgruźliczego wzrosła w samym tylko mieście Suwałkach z 90 do 300. Poza tem czynne są Ośrodki Zdrowia w Augustowie, Białymstoku, Bielsku, Grodnie, Krynkach, Kolnie, Sokółce, Szczuczynie i Zabłudowie. Opieka nad matką i dzieckiem prowadzona jest przez T-wo „Przystań”, które zorganizowało i skoordynowało wszystkie poczynania społeczeństwa w dziedzinie opiekuńczej, uruchamiając stacje opieki, „krople mleka”, żłobki, dożywianie dzieci szkolnych, kolonie, półkolonie letnie i t. p. Wszystkie wojewódzkie organizacje zapobiegawcze i opiekuńcze wchodziły do przystani w charakterze autonomicznych sekcji.

W sprawie sanitarno-porządkowej zrobiono dużo: uporządkowano większość hoteli, fryzjerni, piekarni, masarni, sklepów spożywczych i t. p. Dozór nad higieną szkolną wykonywali lekarze powiatowi i rejonowi. Zbadano około 75 proc. działwy szkolnej, przyczem znaleziono około 30 proc. brudnych i zawszonych.

Co do zaopatrzenia w wodę, to jest ono naogół dostateczne, z wyjątkiem powiatów Augustowskiego, Łomżyńskiego i Wołkowyskiego, gdzie dobrej wody jest mało. W powiecie Łomżyńskim przechlorowano 46 studzien.

Liczba śmietników i ustępów w miastach znacznie wzrosła i dochodzi do 85 proc. przepisowej liczby. Po wsiach ustępy są w każdej zagrodzie.

Po zakończeniu sprawozdań uczestnicy zjazdu zwiedzili szpital, „Dom Zdrowia” i Kasę Chorych.

W drugim dniu zjazdu wysłuchano cały szereg rzeczowych referatów: Dra Krippendorfa — O zakresie współpracy lekarza powiatowego z nauczycielstwem, Dra Siemaszki — O roli lekarzy rejonowych w zwalczaniu chorób zakaźnych, Dra Mitkiewicza — O higienie szkolnej i Dra Brodowicza — O całokształcie walki z gruźlicą na terenie Województwa. Wreszcie urządzono wycieczkę do Sejna, gdzie została poświęcona stacja opieki nad matką i dzieckiem, i nad jezioro Wigry, gdzie zwiedzono zakład Hidrobiologiczny i schronisko T-wo turystycznego.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Nowogródzkiego

w Baranowiczach w dn. 9 i 10 maja 1930 r.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, dwunastu lekarzy rejonowych, lekarze Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia i jako prelegenci: kierownik Wojewódzkiego Oddziału Weterynaryjnego Dr. Taniewski i inżynier Tymiański.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał Zjazd Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, zwracając się z apelem w szczególności do lekarzy rejonowych, jako do tych, którzy, blisko stykając się z ludnością, najłatwiej mogą krzewić zasady higieny i pouczać o sposobach zapobiegania chorobom zakaźnym i społecznym.

Ze złożonych przez lekarzy powiatowych i rejonowych krótkich sprawozdań z ich działalności na powierzonych im terenach wynika, że akcja walki z chorobami zakaźnymi wymagała w roku sprawozdawczym wzmoczonej pracy. Dur plamisty stwierdzony był 216 przypadkach, szczególnie w powiatach Nieświejskim, Stolpeckim i Lidzkim. Dzięki energicznemu i w porę zastosowanemu środkom izolacji i dezynfekcji, dokonywanej przez dwie państwowe kolumny epidemiczne, względnie dezynfektorów samorządowych, epidemia została stłumiona. Dur brzuszy spotykany był przeważnie w powiatach ze złą wodą do picia, jak np. w powiecie Wołżyńskim, gdzie wskutek specjalnych warunków geologicznych 29 wsi wcale nie ma studni i czerpie wodę z sadzawek i potoków, i w powiecie Stolpeckim. Walka prowadzona była za pomocą chlorowania studzien i rozdawania ludności zapobiegawczej szczepionki Besredki. W Lidzkim powiecie panowała w jesieni roku ubiegłego grypa w dosyć ciężkiej postaci z komplikacjami.

Ośrodki Zdrowia w Baranowiczach, Lidzie, Bielicy, Nieświeżu i Stonimie prowadziły akcję zapobiegawczą przeciwko gruźlicy i jaglicy. W powiecie Lidzkim pracowała lotna kolumna okulistyczna, wykrywając ogniska jaglicy i udzielając porad chorym na choroby oczne. W szkołach zarejestrowano do 8½ proc., a w ochronkach 8 proc. dzieci chorych na jaglicę.

Nadzór nad higieną szkolną wykonywali lekarze powiatowi i rejonowi. Budynki szkolne pozostawiają jeszcze wiele do życzenia, jednak i w tym kierunku daje się zauważyć poprawa stosunków. Ustępy jeszcze nie we wszystkich szkołach są doprowadzone do porządku.

Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem prowadzona jest w Ośrodkach Zdrowia i w przychodniach rejonowych. Chore prostytutki odsyłane są do szpitala w Pińsku, a chorzy z pomiędzy ludności do szpitala w Klecku. W celach propagandy lekarze powiatowi i rejonowi wygłosili szereg odczytów i pogadanek popularnych.

Akcja sanitarno-porządkowa była energicznie prowadzona. Malowanie, względnie bielenie domów w miasteczkach i po wsiach było powszechnie stosowane. Ustępy i śmietniki w miastach są w 80 proc., a ustępy po wsiach w 90 proc. przepisowej liczby. W Stonimie i Nieświeżu na rynkach i placach postawiono oszkłone straganowe budki w stylu miejscowym. Hotele, restauracje, fryzjernie, piekarnie i sklepy spożywcze doprowadzono do porządku. Stan miast i miasteczek co do czystości i porządku uległ znacznej poprawie.

Na zjeździe wygłoszone były następujące referaty: Inż. arch. Tymiański omówił ustawę budowlaną z punktu widzenia wymagań sanitarnych, Dr. weter. Taniewski wygłosił odczyt o higienie mięsa w związku z ustawodawstwem polskim. Insp. farm. Labeś mówił o obrocie środkami leczniczymi i truciznami, wreszcie Dr. Maciulewicz powiadomił o stanie obecnym budowy sanatorium w Nowojelni.

Po zakończeniu zjazdu uczestnicy zwiedzili szpital sejmikowy, Ośrodek Zdrowia i kąpielisko miejskie w Baranowiczach.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Francji.

Podał
M. KACPRZAK (Warszawa)
(Ciąg dalszy — p. № 36).

W ścisłym związku z opieką lekarską znajduje

się pielęgniarstwo i opieka społeczna, którym należy się również choć trochę uwagi. Pielęgniarstwo społeczne we Francji rośnie szybko i rozwija się liczbowo, nie nadążając za zapotrzebowaniem. Działalność higienistek w istniejących poradniach przeciwgruźli

czych i opieki nad dzieckiem ma już obecnie tak szerokie oparcie i w sferach lekarskich i wśród warstw szerokiego ogółu, że niema mowy o jakiegokolwiek pracy w walce z temi klęskami bez higienistek. Tylko trudności rekrutacji hamują tempo rozwoju liczbowego tych pracowniczek społecznych, dopiero od czasu wojny postawionych na realnym gruncie również przez Amerykan, choć pierwsze próby uczynił tu Calmette jeszcze w roku 1904 w swojej poradni w Lille. W sumie Francja posiada przeszło 2 i pół tysiąca wyszkolonych higienistek na 20.000 dyplomowanych pielęgniarek szpitalnych (w tem przeszło 8.000 zakonnic).

Co do kierunku pracy higienistek w poradniach, niema dotąd ustalonego poglądu, czy mają one pracować w walce z określoną jedną tylko jakąś plagą, czy też na pewnym terenie obejmować całą pracę, t. j. czy podział pracy ich ma być terytorjalny, czy według specjalności. Zdaje się jednak obecnie przeważać pogląd, że w małych miastach i na wsi tylko terytorjalny system da się zastosować, natomiast w miastach dużych podział według specjalności liczy dotąd dużo zwolenników.

Z usług higienistek korzystają obecnie już nie tylko poradnie przeciwgruźlicze i opieki nad dzieckiem i wszelkiego rodzaju ośrodki walki o zdrowie, ale coraz więcej instytucyj leczniczych, niekiedy nawet mających znacznie mniej do czynienia z higieną, a więcej z opieką społeczną, szuka współpracy tych cennych pracowniczek, których funkcje coraz bardziej rozszerzają się, są coraz więcej różnorodne. Tak np. niektóre zakłady przemysłowe dążą na wzór amerykański do otoczenia opieką higienistek swoich pracowników. Także utworzone przez przemysłowców kasy pomocy dla rodzin, obarczonych liczną dźwiatwą (caisses de compensations), których liczba wynosi już około 225, prócz wpłacania zasiłków rodzinnych, rozciągają opiekę higieniczno-społeczną nad dźwiatwą robotniczą za pośrednictwem wyszkolonych higienistek. Poszczególne departamenty, rozszerzając pole swojej działalności społecznej i higienicznej, opierają swą pracę prawie wyłącznie na higienistkach, kładąc niekiedy na nie obowiązki i pielęgniarek i higienistek wywiadowczyń i pracownic społecznych w węższym znaczeniu tego wyrazu.

Rozwija się także praca społeczna w zakładach leczniczych, zapoczątkowana jeszcze w roku 1914 przez prof. Marfan'a w szpitalu dziecięcym (Hôpital des Enfants Malades). Idea tu powstała, przerobiona i przetworzona w odpowiedni system, wróciła w roku 1917 do Francji, importowana przez Czerwony Krzyż Amerykański do pracy wśród chorych na gruźlicę i wśród dzieci. Stąd wzięwszy początek, rozwinęła się bardzo szybko w Paryżu i Lugdunie. W Paryżu obecnie istnieje około 60 zakładów leczniczych, posiadających swoje sekcje społeczne (services sociaux), tworzące łączność między chorym, znajdującym się w szpitalu, a jego życiem domowym, warunkami, w jakich żył i pracował i do jakich ma powrócić.

Wreszcie praca społeczna, w wąskim znaczeniu, tworząca tak ścisły związek z higieną, ogarnia coraz szersze koła ludności. We Francji cechą charakterystyczną tej pracy, mającej na względzie dostosowanie do życia społecznego człowieka, wytrąconego z normalnych warunków biegu spraw, jest jej zabarwienie higieniczne, nawet podporządkowanie higienie społecznej „Le service social fait par-

tie integrante de tout service d'hygiène sociale” mówią czołowi przedstawiciele francuskiej służby zdrowia; idea ta odpowiada duchowi jednolitości kierownictwa, dominującemu wśród narodów łacińskich, a szczególnie we Francji, i nie napotyka większych przeszkód. Fakt powyższy zasługuje na podkreślenie i rozwałę (nie mówię ślepe naśladownictwo), szczególnie ze względu na tendencje przeciwnie, panujące w krajach anglosaskich, dla nas dotąd służących za wzór główny.

Z pośród różnorodnego typu pracowniczek społecznych należy wymienić pracownice społeczne w fabrykach i rodzinie. Pierwsze, jak wskazuje sama nazwa, pracują w większych zakładach przemysłowych, drugie działają w osiedlach robotniczych, stawiając sobie za cel wychowanie ogólne, urabianie duchowe warstw pracujących, poczynając od dzieci, najbardziej tej opieki potrzebujących.

Obecnie istnieje już pięć szkół specjalnie dla pracowniczek społecznych z kursem 1-2 letnim. Zapotrzebowanie jednak wzrasta znacznie szybciej, niż produkcja, a szkoły istniejące w żadnej mierze nie pokrywają potrzeb. Ma się przytem wrażenie, że wobec wyraźnej tendencji higienicznej największą przyszłość mają pielęgniarki higienistki (infirmières visiteuses) z dodatkowym wykształceniem społecznym.

Wobec coraz większego napływu warstw robotniczych cudzoziemskich, dających duży odsetek elementu anty — lub aspołecznego, powstała i potęguje się obecnie myśl rozwinięcia pracy w środowiskach emigranckich za pośrednictwem działaczek społecznych, pochodzących z pośród odpowiednich grup narodowych i społecznych, obeznanych z językiem, poglądami, sposobem myślenia własnych środowisk.

Rozwój pracy społecznej szczególnie w dziedzinie pomocy ekonomicznej, prowadzonej bardzo intensywnie i niezależnie przez szereg instytucyj narzucił wprost siłą konieczności dążenie do uzgodnienia pracy poszczególnych instytucyj i stowarzyszeń pracujących na tym samym terenie. Istnieją różne sposoby, zmierzające drogą zaprowadzenia ścisłej współpracy lub tylko porozumienia administracyjnego do usunięcia niepotrzebnych tarć, zaprowadzenia oszczędności w korzystaniu z istniejących sił i środków. Najciekawszy wydał mi się system amerykański (jeszcze jedna pozostałość z czasów wojny), polegający na zaprowadzeniu biura centralnego rejestratury, gdzie każda organizacja, przed udzieleniem pomocy jakiejś rodzinie, może zasięgnąć wiadomości, co to jest za rodzina, czy gdzieś już z pomocy nie korzysta i t. d. Istnieją próby podobnej organizacji w kilku departamentach, działają do dzisiejszego dnia dość pomyślnie takie biura centralne w Paryżu, Lugdunie, Hawrze i innych miastach. Biuro paryskie, które zwiedzałem, ma pewną osobliwość, a mianowicie tam nie zbiera się żadnych szczególnych danych i nie prowadzi żadnych kartotek, co pozostawione jest w rękach poszczególnych instytucyj; udziela tylko zapytującemu wskazówki, jaka organizacja posiada i może udzielić szczególnych danych o zapytywanej rodzinie, czy jednostce.

Należy przypuszczać, że wprowadzone obecnie w życie ubezpieczenia społeczne całą pracę na polu higieny społecznej i opieki, mającą swoje piękne karty, ostatecznie uregulują, skoordynują i spotęgują.

* * *

Do zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych, alkoholizmu, umieralności niemowląt i t. d. istnieją we Francji odrębne organizacje społeczne, przez rząd popierana materialnie i moralnie. Wyjąwszy gruźlicę, której naczelną organizacją, Komitet Narodowy do walki z gruźlicą, ma własne obfite źródło dochodu ze znaczka i dlatego może brać czynny udział w akcji na terenie, pozostałe organizacje zajmują się więcej propagandą i stroną ideową pracy, niż zwalczaniem klęsk społecznych w ścisłym znaczeniu wyrazu. Prócz tych organizacji, do których analogiczne widzimy w innych państwach, posiada Francja instytucję odrębną, poświęconą całokształtowi zagadnień higieny społecznej w szerokim jej pojęciu, przede wszystkim zaś nie objętych działalnością innych instytucji rządowych i społecznych. Jest to Narodowy Urząd Higieny Społecznej (Office National d'Hygiène Sociale), nazwa niezupełnie słuszna, gdyż nie jest to urząd w dosłownym rozumieniu, lecz instytucja publiczna półurzędowa, utworzona dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej. Narodowy Urząd Higieny Społecznej jest zawsze związany z ministerstwem, które kieruje zdrowiem, znajduje się stale pod kontrolą rządową, korzysta z dużych subsydjów państwowych (ongi znacznych amerykańskich) i stąd prócz autorytetu własnego posiada powagę instytucji rządowych.

Zadanie Urzędu można podzielić na 4 grupy: 1) zbieranie danych o stanie sanitarnym kraju, 2) wyszukiwanie i dostarczanie instytucjom i osobom prywatnym materiałów, dotyczących wszelkich zagadnień higieny, 3) prowadzenie propagandy, 4) tworzenie łączności między władzami publicznymi (państwowymi) a instytucjami społecznymi i prywatnymi.

Najpierw do obowiązków Urzędu należy zbieranie i opracowywanie danych o stanie sanitarnym kraju. Pod tym względem, dzięki współpracy inspektorów ministerstw i własnych korespondentów, osiągnięto już wyniki bardzo pomyślne. Przed powstaniem Urzędu statystyka lekarska była więcej niż w zaniebaniu i żadnych danych o tem, co się gdziekolwiek we Francji dzieje pod względem urządzeń sanitarnych, czy wogóle pracy (na polu zdrowia publicznego, nie było wcale, a nawet nie wiadano, gdzie ich szukać. To, co jest dziś, nie jest wprawdzie jeszcze zadawalające co do dokładności, niekiedy może i co do pełności, jednak ogłaszane są już pewne dane statystyczne, które są jedyne co do Francji, i których dokładność stale ulega poprawie. Oprócz zapoczątkowania statystyki, zbieranie danych ogólnych tymczasowo ma większe znaczenie, gdyż tą drogą wszystkie większe braki w organizacji i wszystkie wydatniejsze poczynania znajdują tu swój oddźwięk. To jest jedyne miejsce, gdzie się robi bilans działalności w dziedzinie opieki nad zdrowiem obywatela francuskiego. Stąd Urząd bardzo często jest bodźcem dla władz miejscowych.

Tak też rozumiejąc swoje zadanie Urząd po zbieraniu miejscowych warunków, wykazuje liczbami i faktami władzom miarodajnym, co mają, czego im brak, w jaki sposób najłatwiej i najtaniej brakom tym zaradzić, słowem, szkicuje plan pracy, odpowiedni dla każdego terenu. W tym celu utworzona nawet została specjalna sekcja techniczna, obejmująca całokształt organizacji służby zdrowia w kraju. Nic dziwnego, że tak instytucje społeczne, jak i władze publiczne często korzystają z tego aparatu, który im mówi o brakach i potrzebach, często im samym nie-

znanych, o sposobach zaradzenia złu, których bez pomocy fachowej i znajomości rzeczy opracować nie można. W ten sposób niedawno powstała organizacja, sama prawie niczego nie wykonywując, odgrywa rolę czynnika, jeśli nie twórczego, to pobudzającego do pracy innych. Z racji tej znajomości kraju do obowiązków niejako Urzędu należy. Udzielanie wskazówek wszystkim, którzy chcą zapoznać się z francuską służbą zdrowia na terenie, kierowanie ich studjami, co, wobec bardzo rozwijających się peregrynacji naukowych, ma duże znaczenie propagandowe, wchodzi również w zakres zadań Urzędu.

Drugim zadaniem Urzędu jest zbieranie wszelkich dokumentów z dziedziny zdrowia publicznego. Przedewszystkiem tutaj zbiera się literatura higieniczna stała i bieżąca, a więc wszelkie periodyki krajowe i obce, w których omawiane są zagadnienia, dotyczące ochrony zdrowia. Pozatem wszelkie publikacje, w których poruszane są choćby pośrednio kwestje zdrowotne, są skrzętnie przeglądane, artykuły odpowiednie wycinane i klasyfikowane w ten sposób, że w ciągu najwyżej paru minut można znaleźć wszelki artykuł czy informację, choćby pytający nie mógł wskazać, gdzie i kiedy była dana praca ogłoszona. Jest to urządzone na wzór angielskiego Epidemiological Intelligence Service, i francuski Urząd tak samo jak instytucja angielska, udziela chętnie informacji wszystkim, którzy się doń zwracają, swoim i obcym, ułatwiając w ten sposób pracę instytucjom, administratorom, badaczom, czy też osobom, tylko interesującym się zagadnieniami zdrowotnymi. W dziedzinie zdrowia publicznego współzależność nie tylko sąsiednich terenów w tym samym kraju między sobą, ale nawet pomiędzy odległymi krajami jest tak wielka, korzystanie z materiałów obcych tak niezbędne, że tego rodzaju centrala, zbierająca wiadomości dla użytku publicznego, okazuje wielkie usługi. W jakiej zaś mierze może ona pomóc w pracy nawet indywidualnym badaczom, wie każdy, kto kiedykolwiek w tej dziedzinie próbował pracować.

Trzeci dział — propagandowy należy również do bardzo rozwiniętych i czynnych i ze względu na wagę kwestji i jej aktualność zasługuje na dłuższą wzmiankę. Z góry powiedzmy, że tutaj Francja wyprzedziła wiele krajów, nawet wyżej od niej stojących pod względem sanitarnym (nie mówiąc już o nas), i to w bardzo krótkim przeciągu czasu, wszystko bowiem, co na tem polu we Francji zrobiono, jest dorobkiem powojennym.

Jako organ, nadający kierunek, działa tu komisja propagandy, w której biorą udział przedstawiciele różnych ministerstw. Wszystkie najważniejsze klęski społeczne są w naradach tych brane pod uwagę z punktu widzenia masowej walki, to jest zjednania jaknajszerszych warstw ogółu do wzięcia czynnego udziału w ich zwalczaniu.

Faktycznie w propagandzie pracuje stale około 40 osób, z czego 10 wędrownych propagatorów, co samo mówi o rozmachu pracy. Szereg następujących danych sprawę wyświeśla lepiej. W roku 1929 urządzono 1161 odczytów zwykłych i 231 przez radio, rozdano do 4 milionów druków, ogłoszono przeszło 27.000 artykułów w prasie, dano 127 przedstawień teatralnych, nie mówiąc o setkach i tysiącach najróżnorodniejszych z milionowym uczestnictwem zebrani, na których poruszano zagadnienia higieniczne. Niema takiej metody pracy w propagandzie, jakiejby

choć w niewielkiej skali nie zastosowano. Niemniej może rozwinięty jest dział wystawowy, dotąd bardzo niewiele używany. W razie jakichś ważnych zagadnień chwili urządzone są na różne tematy dni i tygodnie, tak np. w roku 1929 urządzono tydzień szczepień przeciwbłoniczych z takim rozmachem, że odgłosy akcji propagandowej doszły do najgłębszych zakątków kraju. Wyniki tej kampanii okazały się też bardzo pomyślne, bo bez przymusu sprowadziły do szczepień setki tysięcy dzieci.

Zasługują także na podkreślenie: organizacja, bogactwo urządzeń i strona techniczna całej pracy. Centrala rozporządza sześciu kolumnami automobilowymi dla rozjazdu wraz z całym aparatem propagandowym. Centrala posiada przeszło 500 filmów, które dla udostępnienia znajdują się na składach w różnych dzielnicach kraju. I podobnie jak w dziedzinie reklamy handlowej, tak i tu wyzyskuje się każdy moment odpowiedni, by przyciągnąć uwagę słuchacza lub widza przypadkowego, zwykle najbardziej opornego na hasła higieniczne. A więc na jarmarkach i różnych uroczystościach pokazuje się filmy dobrze widoczne nawet w białej dzień z wieczną taśmą (rzecz godna uwagi!), w kinematografach prywatnych, dzięki porozumieniu z firmami, daje się odpowiednie kawałki taśmy propagandowej, automobile-kinematografy z literaturą, odczytami, plakatami jeżdżą nie tylko

po całej Francji, ale i po Algierze, dostosowując pokazy do zainteresowań, umysłowości, poziomu inteligencji słuchaczy, np. francuskie filmy, jako nieodpowiednie dla Arabów, zostały przerobione całkowicie dla propagandy w Afryce.

Wreszcie czwarty dział urzędu obejmuje koordynację pracy w dziedzinie higieny społecznej, spaja, harmonizuje, wytwarza łączność między władzami publicznymi i organizacjami społecznymi i między pokrewnymi organizacjami społecznymi. We Francji, podobnie jak i w innych krajach, a może nawet więcej, ze względu na wady w organizacji, dużo sił traci się niepotrzebnie z powodu niezgodnienia pracy między instytucjami, działającymi na terenach pokrewnych. Urząd Higieny Społecznej, sam pracy na terenie nie prowadzący, wszędzie raczej pomagając, niż zabierając cokolwiek, nie narzucający także niczego drogą rozporządzeń, wyraźnymi jednak korzyściami, wypływającymi z uzgodnienia pracy, i wciąż rosnącym autorytetem zdołał usunąć wiele niepotrzebnych tarć i marnotrawstwa sił. W jednej tylko dziedzinie, mianowicie, w propagandzie, posiadał Urząd nie tylko całkowitą supremację, lecz jednocześnie wziął całą niemal pracę rzeczywistą w swoje ręce, prowadząc ją w porozumieniu z poszczególnymi organizacjami.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— Na czele dzisiejszego numeru przynosimy żalobną wiadomość o śmierci nieodżałowanego współwydawcy i współpracownika naszego pisma, D-ra Kazimierza Dłuskiego. Kim był Dłuski w nauce i społeczeństwie, o tem pisaliśmy obszernie w poświęconym Mu numerze jubileuszowym z d. 29 maja r. b. W tymże numerze zapowiedzieliśmy utworzenie fundacji imienia Kazimierza Dłuskiego, którego niespożyte zasługi już dawno domagały się sprawiedliwej oceny. Nie doczekał jej, jak wielu z tych, co „łeb wzniesli nad braci“. Niechże Mu będzie nagrodą za wiele doznanych krzywd i goryczy liczny udział w fundacji ze strony tych, którzy piękną duszę Kazimierza Dłuskiego czcić umieli. Do wspólnej z nami pracy nad utworzeniem fundacji przystąpił Zarząd Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. O celu fundacji i bliższych jej szczegółach podamy wkrótce wiadomość dokładną.

Pogrzeb D-ra Dłuskiego odbywa się w Zakopanem w dniu dzisiejszym po eksportacji zwłok z kościoła Ś-go Aleksandra na dworzec główny w Warszawie, gdzie przemówienie żalobne w imieniu redakcji „Warsz. Czasop. Lek.“ i Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej wygłosił kol. prof. Zygmunt Szymański.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	3. VIII— 9 VIII	10. VIII— 16 VIII	17. VIII— 23. VIII	24. VIII— 30 VIII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	399 (30)*	302 (70)	350 (22)	383 (27)
Dur rzekomy	3 (0)	1 (0)	0	1 (0)
Dur osutkowy	15 (0)	2 (1)	7 (1)	2 (0)
Dur powrotny	0	0	0	1 (0)
Czerwonka	107 (17)	61 (7)	91 (12)	96 (12)
Plonica	494 (19)	489 (18)	581 (22)	588 (18)
Blonica	205 (15)	170 (8)	221 (8)	269 (12)
Zapel. op. mózg. . . .	9 (6)	14 (2)	5 (3)	8 (3)
Odra	284 (7)	198 (2)	309 (6)	303 (6)
Róża	85 (6)	81 (4)	91 (4)	120 (4)
Krztusiec	179 (8)	42 (4)	86 (9)	125 (6)
Malaria	5 (0)	3 (0)	2 (0)	6 (0)
Posoczn. połóg. . . .	27 (8)	24 (7)	29 (6)	24 (7)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	513 (0)	334 (0)	379 (0)	385 (0)
Waglik	3 (0)	1 (0)	10 (1)	4 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	2 (0)
Wścieklizna	0	0	0 (1)	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . .	14 (4)	4 (4)	6 (0)	5 (1)
Chor. Heino-Medina . .	0	(0)	1 (0)	2 (0)
Twardziel		1 (0)	0	0
Inne choroby zakaźne	96 (7)	46 (3)	59 (3)	43 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

Ruch słuźbowy

w Państwowej Słuźbie Zdrowia za miesiąc lipiec 1930 r.

W Państwowych Zakładach Słuźby Zdrowia.

Mianowani:

Wojnarski Witold, prow. referendarz w VIII st. słu. w Okręgowym Urzędzie Ziemskim w Warszawie, do odwołania, referendarzem w VIII st. słu. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie dekretem z dnia 17. VII. 1930 r.

Zwolnieni:

Dr. Kon Stanisław, prow. asystent w VIII st. słu. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, na zasadzie postanowień art. 60 ustawy o państwowej słuźbie cywilnej z dniem 31. X. 30 dekretem z dnia 18. VII. 1930 r.

We Władzach II instancji.

Mianowani:

Dr. Orszulok Paweł, prow. Naczelnik Wydziału w VI st. słu. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w V st. słu. w dotychczasowym miejscu słuźbowym dekretem z dnia 1. VII. 1930.

Dr. Przyalgowski Marjan, prow. inspektor lekarski w VI st. słu. w Urzędzie Wojewódzkim Wileńskim, inspektorem Lekarskim w VI st. słu. w dotychczasowym miejscu słuźbowym dekretem z dnia 1. VII. 1930.

Przeniesieni:

Dr. Paźewicz Władysław, referendarz w VII st. słu. w Urzędzie Wojewódzkim Poznańskim, na także stanowisko i w dotychczasowym stopniu słuźbowym do Urzędu Wojewódzkiego Pomorskiego dekretem z dnia 9. VII. 1930 r.

Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Kaczyński Hipolit, inspektor lekarski w VI st. słu. w Urzędzie Wojewódzkim Lubelskim, na własną prośbę z dniem 31 sierpnia 1930 r.

We Władzach I instancji.

Mianowani:

Dr. Lassociński Stanisław, kontr. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym Grodzkim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. słu. w dotychczasowym miejscu słuźbowym dekretem z dnia 14. VII. 1930 r.

Dr. Zawadzki Kazimierz, kontr. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Królewskiej Hucie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. słu. w dotychczasowym miejscu słuźbowym dekretem z dnia 14. VII. 1930 r.

—Pismo okólne Min. Spraw Wewnętrznych Do wszystkich P. P. Wojewodów i p. Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z pismem Polskiego Związku Przeciugruźliczego Nr. 6712/30 z dn. 27. VI. r. b., którego odpis dołącza się, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Słuźby Zdrowia) prosi o zlecenie podległym sobie czynnikom zaopatrywania się w wymienione w piśmie Polskiego Związku Przeciugruźliczego poglądowe tablice z zakresu walki z gruźlicą.

Dr. Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Słuźby Zdrowia.

Polski Związek Przeciugruźliczy ma zaszczyt uprzejmie powiadomić, że opracowuje polskie tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą, ujęte w następujące serie:

Serja I-sza — Źródła i drogi zakażenia gruźlicą.

„ II-ga — Czynniki sprzyjające rozwojowi gruźlicy.

„ III-cia — Sposoby zapobiegania.

„ IV-ta — Patologia gruźlicy.

„ V-ta — Leczenie gruźlicy.

„ VI-ta — Statystyka gruźlicy.

Każda serja liczy kilka tablic. Tablice są wielobarwne i każda obejmuje od kilku do kilkunastu ilustracji mniejszych.

Nadmieniamy, że ze względów materialnych z naszej strony, a technicznych ze strony zakładów graficznych, nie możemy wypuścić wszystkich tablic w jednym okresie czasu. Tablice wychodzić będą przeto z pod prasy w odstępach około trzytygodniowych, całość zaś ukaże się w październiku r. b.

Z pierwszej serji wyszła z pod prasy tablica p. t. „Krośwa chora na gruźlicę jest groźnym źródłem zakażenia”, którą to tablicę pozwalamy sobie przy niniejszem przesłać.

Pozatem są już w druku z pierwszej serji dwie tablice:

1) „Zarazek Kocha, jego postać, wykrywanie i hodowla”. Tablica ta jest zbiorowa, odtwarza badanie płwociny na obecność prątków gruźlicy, uwzględnia odczynniki, technikę badania i t. p. z tekstami objaśniającymi.

2) „Człowiek chory na gruźlicę jest najczęstszym źródłem zakażenia”. Tablica ta obejmuje kilkanaście ilustracji wielobarwnych, obrazujących sposoby zakażenia gruźlicą wśród ludzi.

Cena tablicy niepodklejonej wynosi od zł. 2,50 do 3,—, podklejonej około zł. 8,—.

Jesteśmy przekonani, że polskie tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą przewyższą pod względem treści i formy będące dotychczas w obiegu z tej dziedziny tablice niemieckie, a pod względem ceny będą bez konkurencji, gdyż niemieckie z polskim tekstem, lekko podklejone, kosztują po zł. 15 za sztukę.

Polski Związek Przeciugruźliczy zwraca się przeto z uprzejmą prośbą do Departamentu Słuźby Zdrowia o łaskawe poparcie poczyniań Związku przez zalecenie podległym czynnikom Województwom, Starostwom, a zwłaszcza ich urzędom sanitarnym, zaopatrywania się w polskie tablice poglądowe z zakresu walki z gruźlicą.

Nadmieniamy, że Związek wysyła do wszystkich Województw po jednej tablicy okazowej.

Dyrektor

Polskiego Związku Przeciugruźliczego
(—) i r. M. Grodecki.

Sekretarz Dyrekcji P. Z. P.

(—) H. Stypułkowska.

— Okólnik Min. Spr. Wewn. do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Panów Dyrektorów Państwowych Zakładów Badania Żywności.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż z dniem 10 stycznia 1930 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie III kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania inspekcji sanitarniej otoczenia (t. zn. ustępów, studzien, domów, mieszkań i t. p.), wykonywania dozoru sanitarnego nad artykułami żywności, nad miejscami ich wyrobu i sprzedaży, pobierania prób do badania tych artykułów i t. p., dokonywania dyzenterji, dyzensekcji i t. p.

Czas trwania kursu — 5 miesięcy

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większą część czasu będzie użyta na zajęcia praktyczne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucji i urzędów sanitarnych i t. p.

Program kursu składa się z czterech działów:

I — ogólnoprygotowawczy: niezbędne wiadomości z fizyki i chemii, kreślenia i zdjęcia z natury, wiadomości z prawa sanitarego, biurowość urzędowa, higiena ogólna i osobista, pierwsza pomoc.

II — dział higieny publicznej: statystyka, choroby zakaźne,

choroby zawodowe, higiena społeczna, dezynfekcja i de-
ratyzacja.

III — dział techniki sanitarnej: badania wody i urządzeń wod-
nych, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie
wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie
i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budow-
nictwa, higiena mieszkań i zakładów użyteczności pu-
blicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wenty-
lacja, kąpieliska, badania sanitarne na terenie, sporzą-
dzanie sprawozdań.

IV — Dział higieny artykułów żywności:

- wiadomości co do składu, własności, prawidłowości
poszczególnych artykułów żywności i przedmiotów
użytku,
- kwalifikowanie i sposób pobierania prób do badania,
- wstępne badania niektórych artykułów,
- przesyłanie prób do zakładów badawczych,
- kontrola sanitarna wytwórni i miejsc sprzedaży,
- obowiązujące ustawodawstwo.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwo z ukoń-
czenia najmniej 4 klas gimnazjalnych, 7-miu oddziałów szkoły
powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby pracujące, już
w urzędach sanitarnych rządowych lub samorządowych, na
stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezyn-
fektorów lub kontrolerów targowych.

Władze administracji ogólnej, samorządy terytorjalne
oraz instytucje sanitarne, zainteresowanie w odpowiednim
wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs
swych funkcjonariuszy w drodze udzielenia im płatnego urlopu
lub przez udzielenie stypendjum dla kandydatów na te sta-
nowiska.

Oplata za cały kurs wynosi 50 zł., płatnych przy wpi-
sie w dniu rozpoczęcia kursu.

Sluchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mo-
gą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higieny za opłatą
kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi
6 zł. dziennie).

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napi-
sanego życiorysu, odpisów świadectw szkolnych, względnie
z poprzedniej pracy, świadectwa zdrowia oraz fotografii, na-
leży nadsyłać do sekretariatu Państwowej Szkoły Higieny
(Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 grudnia 1929 r.—

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
(—) Adamski.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

S. Lewinson. O tak zwanem samowyleczeniu nerki
gruźliczej. Odb. z Czasop. „Gruźlica”, rocznik V № 2. 1930.

I. Itelson i M. Kocen. Badania nad zachowaniem
się wzoru ciałek białych krwi pod wpływem bodźców fizjo-
logicznych i nieswoistych ze szczególnem jego uwzględnie-
niem w przebiegu suchot płucnych. Odb. z „Polsk. Arch.
Med. Wewn.” T. VIII z 2. 1930.

L. Szyfman, J. Wajnsztok i M. Kocen. O zachowa-
niu się kwasu moczowego we krwi u chorych na gruźlicę
płuc. Odb. z „Polsk. Arch. Med. Wewn.” T. VIII z 1. 1930

Ludwik Zembrzski. Średniowieczny utwór „Regi-
men sanitatis salernitanum” w oświetleniu niektórych daw-
niejszych autorów polskich. Odb. z „Arch. Histor. i filozof.
Medycyny”. T. X. Z. 1.

Mich. Szour. Cholangitis paraluica. Odb. z „Arch.
f. Verdauungskrankh. T. XVII. Z. 5/6. 1920.

Przegląd naukowego piśmiennictwa lekarskiego za 1929
rok, dotyczącego preparatów leczniczych wyrabianych przez
przem. handl. zakł. chem. Ludwik Spiess. Sp. Akc. War-
szawa, 1930.

TREŚĆ: H. BROKMAN. Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych. — H. HIGIER. O angiospazmach oraz ich znaczeniu
dajagnostycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych. (Dok.). — A. SIEDLECKA. Jeszcze o szybkiej metodzie badania
histologicznego (metoda Terryego). Nóż podwójny do wykonywania skrawków. — St. HIRSBERG. O trudnościach rozpoznawczych
w kile pierwszorzędowej i wartości leczenia poronnego. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki
praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Francji. (C. d.). —
Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. BROKMAN. Traits allergiques dans les maladies infectieuses. — H. HIGIER.
Sur les angiospasmes et leur valeur diagnostique et pathogénique dans les maladies du cerveau (fin.). — A. SIEDLECKA. Encore
sur une méthode rapide de l'examen histologique (méthode de Terry). — St. HIRSBERG. Sur les difficultés diagnostiques dans
la syphilis primaires et la valeur du traitement abortif. (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. A propos des problèmes sanitaires
en France (suite)

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500.— Inne okładki 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. 140.—, 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 8-ej do 11-ej r.

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