

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 18 GRUDNIA 1930 R.

Nr. 51

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Zasady leczenia uciskowego gruźlicy płuc.

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa, obecnie Sommerfeld, Waldhaus
Charlottenburg. Dyrektor: H. ULRICI).

Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc nie jest w Polsce przez większą część lekarzy-ftizjologów stosowane. Natomiast w Niemczech metoda ta ma od szeregu lat bardzo wielu zwolenników. Przedstawicielami kierunku najbardziej czynnego postępowania w leczeniu gruźlicy płuc są Sauerbruch, Ziegler, Brauer, Hauke, Ulrici. W artykule poniższym ograniczam się jedynie do przedstawienia w ogólnych zarysach zasad kollapseterapii, stosowanych przez większość ftizjologów niemieckich. (Uzasadnienie cyfrowe zalet tej metody leczenia czytelnicy znajdą w zestawieniu 1000 przeszło przypadków z oddziału Ulricego, będącym obecnie w przygotowaniu).

Jama gruźlicza jest nie tylko jednym z objawów gruźlicy płuc — jest ona tym czynnikiem, który wpływa na dalszy rozwój tego cierpienia. Droga oskrzeli i naczyń chłonnych promieniuje zakażenie gruźlicze z jamy na inne odcinki płuc, dając nowe ogniska bądź to w pobliżu jamy, bądź też w przeciwnym biegunie tego samego lub drugiego płuca. Tę tendencję do rozprzestrzeniania infekcji posiadają częściej jamy świeże, t. zw. wczesne, powstałe wskutek rozpadu nacieku wczesnego, natomiast jamy starsze, t. zw. późne, powstałe wskutek rozpadu w obrębie zmian włóknistowytwórczych, bądź też przez częściowe zwłóknienie jamy wczesnej, częściej od pierwszych bywają źródłem obfitych krwotoków. Jednym z dowodów istnienia jamy jest duża ilość dobowej plwociny (ponad 10 cm³ według Ulricego), obfitującej w prątki Kocha. Stałe wydalanie dużych ilości prątków gruźliczych staje się przyczyną powstawania zmian gruźliczych w obrębie górnych dróg oddechowych i w przewodzie pokarmowym i jest źródłem zakażenia dla otoczenia chorego. Powyższe względy zmuszają lekarza do interwencji czynnej.

Chirurgja gruźlicy płuc jest chirurgją jam

gruźliczych. Wszystkie zabiegi dążą do tego, by jamę zasklepić. Jedynie zabiegiem chirurgicznym nie można gruźlicy wyleczyć. Lekarz stworzyć może tylko pomyślniejsze warunki mechaniczne dla walki organizmu z zakażeniem. Często się zdarza, że chory z gruźlicą o tendencji do bliznowacenia, z jamą w płucu, pod wpływem leczenia zachowawczego stale się poprawia. Ale w pewnej chwili poprawa staje na martwym punkcie, gdyż, pomimo nawet wielkiej tendencji do bliznowacenia, jama, czy to ze względu na jej wielkość, czy też wskutek niepodatnych ścian, staje na przeszkodzie dalszemu bliznowaceniu. Wykonany wtedy zabieg chirurgiczny pomaga organizmowi przez stworzenie nowych warunków mechanicznych — jama zostaje uciśnięta, i proces włóknienia może postępować w dalszym ciągu, prowadząc do wyleczenia.

Leczenie uciskowe, będąc równocześnie leczeniem unieruchamiającym całego płuca lub też jego chorego odcinka, stwarza lepsze warunki mechaniczne dla bliznowacenia, a przez zmniejszenie pojemności jamy zapobiega również dalszemu rozprzestrzenianiu się schorzenia. Skutkiem ucisku powstaje w płucu przekrwienie bierne i zastój limfy, co wpływa z jednej strony na demarkację odcinków chorych, a z drugiej — daje bodziec do bujania tkanki łącznej. W nowych tych warunkach możliwe jest przeistoczenie się procesu wysiękowego w wytwórczy (Brauer).

Zabieg chirurgiczny gruźlicy nie leczy — do wyleczenia potrzebna jest współpraca organizmu. Jeśli organizm do współpracy tej sił nie ma, jeśli jest wyczerpany, — żaden zabieg chirurgiczny nie pomoże i jest przeciwwskazany. Wskutek tego leczenie chirurgiczne gruźlicy stoi w ścisłym związku, a nieraz i w zależności od leczenia zachowawczego — w pierwszym rzędzie od leczenia sanatoryjnego, które wybitnie dodatnio wpłynąć może na stan ogólny chorego.

Zdarza się, że pod wpływem leczenia sanatoryjnego jamy gruźlicze, nawet wielkości wiśni, ulegają zabliznieniu. Nie jest to rzeczą rzadką — zjawisko to obserwuje się u 10–15% chorych sana-

toryjnych (Bacmeister, Turban, Staub, Alexander i inni). Jednak uzyskanie wyleczenia drogą zachowawczą wymaga kilkunastomiesięcznego pobytu w sanatorium, pozatem nigdy niepodobna przewidzieć skutków tego biernego leczenia, gdyż jest ono zawsze połączone z niebezpieczeństwem rozprzestrzeniania się sprawy chorobowej. Również inne metody leczenia konserwatywnego, jak leczenie złotem czy inne, mogą oddać cenne usługi, jako metody pomocnicze, wzmacniające organizm, i mogą być użyte czy to do przygotowania do zabiegu chirurgicznego, czy też do utrwalenia jego wyniku.

Zdarza się, niestety, dość często, że leczenie uciskowe nie jest w stanie powstrzymać rozwoju procesu gruźliczego, i w pewnej chwili lekarz, wyczerpawszy cały, możliwy w danym przypadku, arsenał zabiegów chirurgicznych, zmuszony jest opuścić ręce. Przypadki te nie powinny jednak przemawiać przeciwko stosowaniu leczenia uciskowego. Jeśli proces gruźliczy postępuje, jeśli wciąż tworzą się nowe ogniska gruźlicze w odcinkach płuca poprzednio zdrowych, niema dowodu, że dzieje się to wskutek zastosowania tej lub innej metody kollapsoterapii. Przypuścić raczej należy, że sprawa przedstawiałaby się podobnie, gdyby chory nie był czynnie leczony. Każdy chory wyleczony jest wyrwany z rąk śmierci, i dlatego nie należy zrażać się niepowodzeniem.

Zabiegiem, dającym największy ucisk płuca, jest odma sztuczna, i od niej należy rozpoczynać zawsze leczenie uciskowe gruźlicy płuc. Niema takiego wskazania, któreby pozwoliło przystąpić do jakiegos innego zabiegu bez poprzedniej próby założenia odmy. Nie wolno *a priori* sądzić, czy to na podstawie wyniku badania fizykalnego, czy też na podstawie kliszy rentgenowskiej, że w danym przypadku nie uda się założyć odmy, gdyż zdarza się, że w tych, pozornie straconych dla leczenia odmowego przypadkach udaje się uzyskać mniejszy lub większy ucisk płuca.

Z założeniem odmy nie należy nigdy zwlekać — tyczy się to zwłaszcza jam wczesnych. Jamy te posiadając wielką skłonność do samowyleczenia, ale równie wielką do dawania ognisk wtórnych, są najwdzięczniejszym materiałem do leczenia odma sztuczną.

Jeśli po paru, zwykle 6 tygodniach okaże się, że płuco uciśnięte jest niedostatecznie, a jama jest wciąż widoczna, należy wykonać wziernikowanie jamy opłucnowej i przepalić istniejące zrosty. Niezawsze jednak udaje się wszystkie zrosty usunąć. Zabieg ten, wykonany ostrożnie, nie przedstawia niebezpieczeństwa dla chorego. Możliwość powstania krwotoku z przepalanego zrostu jest niemal całkowicie usunięta przez zastosowanie diatermii (Maurel), a groźne powikłanie w postaci ropnego wysięku opłucny występuje zaledwie w 2-3% przypadków (Ulrici).

Jak długo należy utrzymywać odme w przypadku idealnym, przebiegającym bez powikłań i z wybitną poprawą chorego? Nie mamy żadnego pewnego kryterjum na to, czy w płucu uciśniętym zbliżniły się już wszystkie ogniska gruźlicze. O stanie chorego można sądzić z ustąpienia plwociny, bądź ze zmiany jej charakteru, ze zniknięcia trwałego prątków Kocha z plwociny, stwierdzonego

nie tylko metodą homogenizacji, ale również posiewem (met. Hohna) i szczepieniem na świnkach, z krzywych wagi i ciepłoty, z obrazu morfologicznego krwi i z szybkości opadania krwinek. Wszystkie te dane jednak mogą zawieść, i po odprężeniu się płuca okazać się może, że jama się rozkleiła. Na zjeździe niemieckich lekarzy sanatoryjnych w 1930 r. sprawa ta była szeroko omawiana. Większość lekarzy stała na stanowisku, że nie należy czynić prób odprężenia płuca w przypadkach wczesnych przed 1-1½ r., w przypadkach starszych — przed 2-2½ laty.

Dopiero po upływie tego czasu, jeśli stan ogólny chorego i badanie kliniczne przemawiać będą za wyleczeniem, można płuco powoli odprężyć, jak najczęściej kontrolując rentgenologicznie, aby w razie ukazania się jamy, móc natychmiast płuco ucisnąć. Rist jest jeszcze ostrożniejszy i radzi utrzymać odme conajmniej przez lat 5.

W przypadkach, w których pomimo dobrego ucisku po paromiesięcznej obserwacji nie uzyskuje się poprawy klinicznej, stan ogólny chorego nie ulega zmianie na lepsze, a jama w dalszym ciągu jest na kliszy widoczna, należy zrezygnować z leczenia tylko odma, ale nie zrezygnować z leczenia uciskowego. Wykonać wtedy można dodatkowo wyrwanie nerwu przeponowego, aby uciskiem od dołu zmniejszyć jeszcze bardziej objętość płuca. Jeśli i po tym zabiegu nie uzyska się poprawy, należy dać płucowi się odprężyć i jamie opłucnowej się zasklepić, aby móc przystąpić do jednego z dalszych zabiegów, mianowicie, do plomb, rezekcji górnych żeber i częściowej lub całkowitej torakoplastyki.

W przebiegu leczenia odma sztuczną zdarza się często, że wysięk opłucnowy, który się zjawia w czasie leczenia — nawet, jeśli się szybko wsysa — pozostawia po sobie tendencję do zarośnięcia jamy opłucnowej. W przypadkach tych przy dopełnianiu odmy coraz szybciej otrzymuje się ciśnienie dodatnie, coraz mniej gazu udaje się wciągnąć. Pod ekranem widać, jak płuco poczynawszy od dołu, coraz bardziej przylega do klatki piersiowej. Sztuczna odma gazowa jest wtedy bezsilna, nawet częste dopełniania nie są w stanie przeszkodzić wytwarzaniu się zrostów. Jeśli schorzenie zlokalizowane jest w górnym płacie, zastosować należy odme oliwną — czy to w postaci stosowanego we Francji oleju gomenolowego, czy też używanej w Niemczech 50%-owej jodipiny. Wlewanie do jamy opłucnowej dużych ilości płynu oleistego jest niebezpieczne z względu na częste przebijanie się płynu do płuc i powstawanie następczo ropni opłucny. Z tych względów należy stosować odme oliwną jedynie wtedy, gdy dół płuca jest już przyrośnięty do klatki piersiowej, aby ilość płynu, potrzebna do wypełnienia jamy opłucnowej, nie przekraczała 300 cm³. W ten sposób otrzymuje się stały ucisk, zapobiegając równocześnie wytwarzaniu się zrostów w obrębie chorego odcinka płuca.

Już wyżej była mowa o wyrwaniu n. przeponowego, mianowicie, że zabieg ten wykonać można w przypadkach, w których pomimo odmy sztucznej całkowitej lub częściowej nie uzyskuje się poprawy. Pozatem za wskazania do wykonania tej operacji uważać należy przypadki gruźlicy obustronnej, w których z jednej strony założona jest odma sztuczna, a z drugiej, z powodu zrostów, odmy założyć się nie udaje: po tej stronie usunąć

można n. przeponowy. Zabieg ten wykonać również można w gruźlicy jednostronnej, jeśli odma jest niemożliwa, przyczem lepsze wyniki uzyskuje się w schorzeniu dolnopłatowym, niż górnopłatowym. Wyrwanie n. przeponowego, jako zabieg samoistny, wykonywa się tylko wtedy, kiedy żaden inny zabieg z jakichś względów jest niemożliwy. Zasadniczo jest to zabieg pomocniczy w leczeniu uciskowym. Sauerbruch wyrwa n. przeponowy przed każdą torakoplastyką -- nie tylko celem ułatwienia późniejszej operacji, ale jako badanie czynnościowe stanu drugiego płuca. Niektórzy autorzy, jak np. Zadek, stosują frenikoekshairezę przed założeniem odmy, jako jej uzupełnienie. Nie należy jednak tak szafować tym zabiegami, a wykonywać go jedynie w razie rzeczywistych wskazań, pamiętając, że, w przeciwieństwie do odmy sztucznej, jest on zabiegiem nieodwracalnym. W przypadkach niepewnych pod względem rokowania, w których jednak istnieją bezwzględne wskazania do porażenia przepony, wykonać można jedynie przecięcie n. przeponowego, po którym po upływie paru miesięcy następuje powrót jego czynności. Nieraz wyrwanie n. przeponowego prowadzi do wyleczenia, zarówno w schorzeniu dolno- jak i górnopłatowym.

Są to jednak przypadki rzadkie, niepodobna ich nigdy przewidzieć i nie należy na zasadzie tych obserwacji przypisywać frenikoekshairezie znaczenia zabiegu samoistnego.

Ostatnio została podana metoda, wzmagająca działanie ekshairezy -- mianowicie, równoczesne przecięcie *m. scaleni* (Kochs, Els i Junkersdorf). Metoda ta jest jeszcze zbyt świeża, by móc o niej sąd wydać.

Jak już wspominałem, jeśli po paromiesięcznym leczeniu odmą sztuczną, nawet po uzupełnieniu jej porażeniem przepony, nie uzyskuje się poprawy, a jama jest w dalszym ciągu widoczna, należy zrezygnować z leczenia odmowego i dać się płucowi odprężyć. Zazwyczaj dzieje się to wtedy, gdy szczyt płuca za pomocą rozległych zrostów przylutowany jest do ściany klatki piersiowej.

W przypadkach schorzeń szczytowych są wtedy dwie drogi do wyboru: pozaopłucnowe uwolnienie szczytu płuca z następczym plombowaniem wytworzonej jamy, bądź też częściowa rezekcja górnych dwóch lub trzech żeber. Rezekcję wykonywa się, gdy zrosty opłucnowe istnieją tylko w szczycie (zabieg ten może nawet uzupełniać odmę sztuczną), plombę -- gdy jama opłucnowa zarosnięta jest na większej przestrzeni. Metoda ta dopiero w ciągu paru lat ostatnich zyskała na znaczeniu dzięki ulepszonej technice operacyjnej i ustaleniu składu mieszaniny plombującej (parafina, bizmut, wioform), zachowującej ciastowatą konsystencję w temperaturze ciała. Plomba może być wykonana obustronnie, można również założyć plombę dolnopłatową, co znajduje zastosowanie w przypadkach dolnopłatowych rozstrzeni oskrzelowych. Pozatem plomba znajduje zastosowanie, jako uzupełnienie plastyki, gdy ta ostatnia nie może doprowadzić do całkowitego zabliznienia jamy (np. w przyp. jam olbrzymich -- Riesenkaverne).

Dalszym etapem leczenia uciskowego (oczywiście, jeśli inne metody kollapsoterapii zawiodły lub też nie mogły być zastosowane) jest uzyskanie ucisku płuca przez usunięcie odcinków żeber. Co-

raz bardziej dąży się obecnie do zaoszczędzenia tkanki płucnej zdrowej. To też w schorzeniach ograniczonych szczytowych Leotta uzyskuje unieruchomienie płuca i ucisk szczytu przez rezekcję pierwszego żebra, przecięcie *m. scaleni* i górnych 8 n. międzyżebrowych: można też wykonać wtedy rezekcję dwóch lub trzech górnych żeber. W schorzeniu niewielkiem górnopłatowym wykonać można częściową plastykę (1-8 żebro), w procesie dolnopłatowym -- dolną plastykę (5-10, 11 żebro). Jeśli schorzenie zajmuje przestrzeń większą, wykonać należy całkowitą torakoplastykę metodą Brauera-Sauerbrucha (Paravertebral-Subscapular), po której łopatka, jak pelota, wywiera ucisk na płuco. I nawet po tej operacji zdarzyć się może, że trzeba ją będzie uzupełnić, czy to za pomocą plomby, czy też przez usunięcie przednich odcinków żeber. Wskazaniem do wykonania plastyki jest proces o tendencji włóknisto-wytwórczej, ściśle jednostronny, u chorego prątkującego. Bezwzględnie przeciwwskazaniem jest zły stan ogólny, konstytucja wybitnie gruźlicza oraz gruźlica o tendencji wysiękowej. Gruźlica innych narządów niezawsze stanowi przeciwwskazanie do leczenia chirurgicznego. Leczenie to przeprowadzać można w obecności gruźlicy krtani, jeśli proces gruźliczy nie przeszedł na chrząstki, gdyż wraz z poprawą stanu płuc obserwuje się często poprawę schorzenia krtani; schorzenie jednej nerki również nie stoi na przeszkodzie, gdyż, jeśli stan chorego ulegnie poprawie, będzie ją można usunąć. Również zaburzenia jelitowe, jeśli przebiegają bez wyraźnych zmian w śluzówce przewodu pokarmowego i są jedynie pochodzenia toksycznego, mogą ustąpić po wyleczeniu sprawy płucnej. Jedynie u chorego o dobrym stanie ogólnym, o skłonności płuca do bliznowacenia można się spodziewać dodatniego wyniku operacji. Wskazania do zabiegu chirurgicznego ustalić można jedynie po dłuższej obserwacji chorego, możliwie w sanatorium. Również po operacji przez dłuższy czas chory winien być leczony sanatoryjnie -- gdyż należy zmobilizować wszystkie siły chorego, aby organizm mógł skończyć to, co ręka lekarza rozpoczęła. Nieraz dopiero po 4-5 miesiącach chory traci prątki z płwociny. Należy zawsze o tej możliwości uprzedzić chorego i pouczyć, że bez jego pomocy w sensie stosowania dalszego leczenia dietetyczno-klimatycznego wyniku trwałego otrzymać nie można.

Ze względów powyższych idealnym miejscem do wykonywania zarówno plastyki, jak i innych zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc są sanatoria. Wymaga to oczywiście specjalnych urządzeń i wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pomocniczego, ale zapewnia choremu ciągłość leczenia, możliwość dokładnego ustalenia wskazań i odpowiednich warunków przed- i pooperacyjnych. Względy te przyczyniły się do wytworzenia nowego typu lekarza: fizjologa-chirurga. Wyniki Zieglera, Brauera, Diehla, Kramera, Ulriciego i innych potwierdzają, jak ważnym jest, by ustalenie wskazań i wykonanie zabiegu spoczywały w tych samych rękach. Jeśli to jest niemożliwe -- konieczna jest jaknajbardziej zgodna i ścisła współpraca internisty z chirurgiem, gdyż jedynie konsekwentnie przeprowadzone leczenie gruźlicy może doprowadzić do jej wyleczenia.

Z praktyki prywatnej

O psychice chorych sercowych.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Leczenie chorych sercowych jest dziedziną, która wymaga nie tylko doskonałej znajomości patologii serca, lecz zwłaszcza głębokiego wniknięcia w psychologię chorego sercowego i umiejętności właściwego z nim obchodzenia się. W żadnym innym zakresie chorób nie obowiązuje w tym stopniu, co w chorobach serca, zasada, że należy leczyć chorych, a nie choroby. Znakomita większość prac, poświęconych leczeniu serca, omawia głównie sprawę rodzaju potrzebnych leków i sposobu ich stosowania, sprawę tętna, ciśnienia krwi, diurezy, obrzęków, diety, na samego zaś chorego sercowego, jako na człowieka myślącego i czującego w swój specjalny sposób i wymagającego w związku z tem również specjalnego sposobu postępowania, zwraca się stanowczo zbyt mało uwagi. W artykule niniejszym pragnąłbym przede wszystkim omówić nie opisywane powszechnie farmakologiczne leczenie chorób serca, lecz właśnie tę tak ważną sprawę stosunku lekarza do chorego sercowego.

Już nawet w lekkich stopniach osłabienia mięśnia sercowego lub w całkowicie wyrównanych wadach serca stwierdza się często nadzwyczajne wzmoczenie pobudliwości nerwowej. Serce, jako widoczne źródło utrzymania się przy życiu, jest zwykle przedmiotem największej troski i obawy chorego. Skłonności neuropatyczne chorych nerwowych przedstawiają doskonałe podłoże do ujawniania się u nich, poza dolegliwościami zależnymi istotnie od organicznej choroby serca, całego szeregu objawów neurastenicznych. Ta nadbudówka czynnościowa bywa nawet częstokroć przedmiotem większych skarg, niż samo cierpienie pierwotne. Chorzy, którzy raz zwrócili uwagę na swe serce, odczuwają przez coraz większe obostrzenie swej wrażliwości najmniejsze nawet zmiany jego czynności. Wobec tego zaś, że przykre wrażenia sercowe powodują zwykle również i uczucie lęku, powstaje błędne koło: odczuwanie czynności własnego serca powoduje uczucie obawy, która wpływa z kolei ujemnie na czynność serca i pogarsza ją coraz bardziej. Większość chorych, zasięgających rady lekarza z powodu dolegliwości sercowych, przeważnie cierpi albo wyłącznie z powodu nerwicy serca pochodzenia psychicznego, albo z powodu objawów nerwicznych, powstałych na tle istotnej organicznej choroby serca, która jednak, jako taka, może żadnych dolegliwości nie powodować. Różnorodność życia sprawia, że zaburzenia nerwiczne serca łączą się na wszelki sposób i w różnym natężeniu z innymi czynnościowymi, odruchowymi, wewnątrzwydzielniczymi, toksycznymi lub organicznymi cierpieniami serca. Dolegliwości sercowe bywają zwykle tem silniejsze i dokuczliwsze, im mniej chory zdaje sobie sprawę z tego stosunku wzajemnej zależności serca, nerwów i poszczególnych narządów.

Chorzy sercowi mają wrażenie, że stale ciąży nad nimi miecz Damoklesa z grozą trudnej do uniknięcia, niespodziewanej śmierci. Chodzą oni od lekarza do lekarza i chętnie, choć najczęściej niepotrzebnie, przyjmują coraz to nowe leki, mające im jakoby zapewnić wyleczenie, a powodujące w istocie szybkie rozczerwanie.

W częstych przypadkach współistnienia choroby organicznej i objawów nerwowych przypisuje się przeważnie zmianom organicznym znaczenie zbyt wielkie. Anatomicznie chore serce może się jednak praktycznie zachowywać dla pacjenta prawie zupełnie, jak zdrowe. W przypadkach, w których na podstawie dokładnego i dłuższego spostrzegania klinicznego i zastosowania w razie potrzeby wszelkich dostępnych nam metod badania nie stwierdzamy cech poważnej postępującej choroby i dochodzimy do wniosku, że odgrywa tu główną rolę czynnik nerwowy, że cierpienie powiększa świadomość lub obawa ciężkiej choroby, najważniejszą rzeczą będzie uspokoić chorego. Pewna i stanowcza opinia lekarza i opanowanie stanu psychicznego pacjenta są najlepszym środkiem leczniczym. Chorzy na podstawie poprzednio udzielonych im wiadomości i świadomości swej choroby sercowej znajdują się przeważnie w stanie hipochondrycznym i każde uczucie ze strony serca uważają za groźne. Przekonać tych nieszczęśliwych ludzi, u których poprzednio lekarz stwierdził „rozszerzenie” „osłabienie” lub „sklerozę” serca, i którzy niepotrzebnie leczą się bez przerwy, — że cierpienie serca jest wyrównane, że życiu ich, ani zdolności do pracy w odpowiednich granicach żadne niebezpieczeństwo nie grozi, że powinni oni być jedynie przedmiotem opieki i zapobiegania, a nie leczenia, bywa bardzo trudno. Udać się to skutecznie jedynie wówczas, gdy chory obdarza lekarza nieograniczonym zaufaniem i pozostaje wybitnie pod jego wpływem. Lekarz, który wychodzi ze słusznego założenia, że anatomicznie chore serce, póki jest wydolne, przeważnie nie grozi życiu, potrafi uspokoić swych pacjentów i pomóc im więcej, niż różne niepotrzebne, a często nawet szkodliwe kuracje.

Umiejętne obchodzenie się z chorym sercowym należy nie do nauki, lecz do sztuki lekarskiej i jest z tego względu tak trudne do nabycia. Leczenie wszystkich nerwicznych objawów sercowych, czy to czysto czynnościowych, czy wnikających organiczną chorobę serca, może być, oczywiście, wyłącznie psychiczne. Lekarz ma tu czasem wdzienne pole do ujawnienia swej sztuki lekarskiej: pełne zrozumienie przeniknięcie nastroju chorego, poznanie jego warunków życiowych, przywrócenie wiary w siebie, usunięcie nieuzasadnionej lub przesadzonej, lecz dręczącej obawy — może doprowadzić do zupełnego wyleczenia w przypadkach czysto nerwicznych lub znacznego uspokojenia i poprawy w przypadkach współistnienia nerwicy i choroby organicznej. Dodanie takich lub innych leków uspokajających i zabiegów terapii fizycznej jest rzeczą doświadczenia osobistego każdego lekarza i planu ogólnego leczenia, który sobie

sam dla takich chorych wytworzył. Leczenie to wymaga przede wszystkim czasu, cierpliwości, wyrozumiałości i znajomości duszy ludzkiej.

Stawiając czasem w niezupełnie wyraźnych przypadkach dobre rokowanie, lekarz musi, oczywiście, wziąć odpowiedzialność na siebie. Ograniczanie *ad maximum* trybu życia, diety i przyjemności życiowych i wyrażanie stanowcze rozległych zakazów jest postępowaniem niewłaściwym, wynikającym przeważnie z chęci zrzucenia z siebie tej odpowiedzialności w razie zejścia nieszczęśliwego. Wydaje się jednak lepszym nie ograniczać kran-cowo trybu życia chorych i pozostawić im pewną swobodę, niż narażać ich na niepewność i mało może uzasadnioną, a tak przykrą obawę, że są straceni, i robić z nich zupełnie niepotrzebnie chronicznych pacjentów. Poprawa nastroju może się okazać czynnikiem pożyteczniejszym, niż korzyść z przesadnych zakazów. Umiarkowana wolność pozwala choremu zapomnieć o jego cierpieniu i umożliwia do pewnego stopnia czynny udział w życiu, bez którego nie ma ono wogóle racji bytu, jako pełne cierpienie i pozbawione wszelkiej radości. Zbyt wielka troska i zaniepokojenie o los chorego są tak samo szkodliwe, jak zupełne zlekceważenie jego skarg, gdyż w obu przypadkach powodują podrażnienie i przygotowują odpowied-

nie podłoże do pogorszenia. Niewinna choroba może się w ten sposób stać z winy lekarza ciężkim cierpieniem.

Ocena stanu chorego sercowego bywa często-kroć różna u różnych lekarzy. Zależy to nie tylko od różnicy wprawy i doświadczenia, lecz przede-wszystkiem od różnicy ujęcia i oceny spostrze-żonych objawów, co może powodować znaczną nawet rozbieżność ostatecznych wniosków o stanie chorego i rodzaju potrzebnego leczenia. Tem się tłumaczy, że zwłaszcza u chorych sercowych usi-łowania terapeutyczne poszczególnych lekarzy, mających zasadniczo do dyspozycji te same środki farmaceutyczne i zabiegi lecznicze, bywają uwień-czane tak bardzo różnymi czasem wynikami.

W dziedzinie chorób serca lekarz ma moż-ność osiągania wyników jednych z najpomyślniej-szych, jakie w medycynie wewnętrznej osiągnąć się udaje, i to wyników, które zawdzięcza nie sa-mowyleczeniu, lecz właściwej i w porę zastosowa-nej interwencji. W żadnej jednak również dziedzi-nie lekarz nie jest w tym stopniu narażony na to, że może tak łatwo choremu zaszkodzić, gdyż może to czasem uczynić nawet jednym jedynym słów-kiem, nieostrożnie lub niepotrzebnie powiedzia-niem, albo, co najgorsze, niezgodnem ze stanem faktycznym.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

BORST. W sprawie stosunku pomiędzy hormonem przedniej części przysadki (prolan) i męskimi gruczołami płciowymi. (D. m. W. N. 27. 1930).

Wobec bogatej literatury, dotyczącej wpływu hormonu przedniej części przysadki na zwierzęta płci żeńskiej, ciekawy jest wpływ prolanu na osobniki męskie, szczególnie, iż zdania różnych autorów w tej kwestji nie są zgodne.

Materiał (myszy) został przez autora podzielony na 3 grupy: 1) zwierzęta do 26 dnia życia — gruczoły płciowe niedojrzałe; 2) zwierzęta od 26—40 dnia życia z dojrzewającymi gruczołami płciowymi; 3) powyżej 40 dnia — myszy płciowo dojrzałe.

Prolan był stosowany przez czas dłuższy i w różnych dawkach. Wyniki badań zostały b. szczegółowo sprawdzone za pomocą oględzin makroskopowych i preparatów mikrosko-powych.

Najwybitniejszym okazał się wpływ prolanu w pierwszej grupie, t. j. zwierząt z gruczołami płciowymi niedojrzałymi, gdzie działał on jako środek przyspieszający dojrzewanie. Ogółem dokonano 113 badań, w czym 51 zwierząt kontrolnych. Dawki prolanu wynosiły od 30 do 6420 jednostek mysich.

Działanie hormonu przedniej części przysadki na zwierzęta, należące do II i III grupy, okazało się o wiele mniej intensywnem. Dawki mniejsze t. j. 30 — 260 jed. mysich w II grupie i do 420 jed. m. w III grupie nie wywierały prawie żadnego skutku.

Większe ilości hormonu wywoływały pewne zmiany przejściowe w tkance śródmiąższowej.

St. L u x e n b u r g.

BOCTERS. Wpływ prolanu na młode szczury. (D. m. W. N. 33. 1930).

Wydzielina wewnętrzna jąder nie jest dotychczas jeszcze wyosobniona i dlatego godny uwagi jest wpływ prolanu na młode szczury płci męskiej. Doświadczenia uskutecznione zo-stały na 84 zwierzętach kontrolnych i 68 badanych, pochodzą-cych z jednego miotu i możliwie jednej wagi. Zwierzęta otrzymywały od 1—10.000 R. E. w ciągu 2 — 21 dni.

Działanie prolanu na nierozwinięte jądra młodych szczurów okazało się niewątpliwie pobudzającym w sensie ich rozwoju, dawki od 1—300 R. E., natomiast podobnego wpływu na jądra szczurów dojrzewających, dawki od 3—10.000 R. E., nie zaobserwowano; wyższe dawki powodowały nawet ciężkie uszkodzenia w obrazie histologicznym. Jądro okazuje się bar-dziej odpornem na wpływ prolanu od jajnika, tak, że należy stosować większe dawki dla osiągnięcia tego samego efektu.

Stosowaniu prolanu towarzyszy powiększenie się pęche-ryzków nasiennych, gruczołu krokowego, natomiast powiększe-nie prącia następowało przy silnym i przewlekłym sposobie dawkowania. Jednocześnie zauważono spadek wagi ciała i zwiększenie się wagi jądra.

Wpływ poszczególnych elementów składowych, t. j. pro-lanu A. i B., być może, wskaże nowe drogi w badaniach nad zachowaniem się hormonu męskich gruczołów płciowych.

St. L u x e n b u r g.

Biologia.

POULSSON. Zasoby witamin u mężczyzn i kobiet. (D. m. W. Nr. 40. 1930).

W czasie ostatniej wojny dawał się odczuwać duży brak pokarmów, zawierających tłuszcze. Klinicznie objawiło się to pod postacią hemeralopji, xeroftalmji, charakterystycznych dla braku witaminy A, przyczem tylko w 11,5% dotyczyło to

obiet. W wieku od 1—5 lat nie było żadnej różnicy w stonku do obu płci. W miarę zbliżania się do okresu pokwitania występowała wybitna różnica na niekorzyść mężczyzn. Na 107 chorych było 105 mężczyzn i 2 kobiety.

Szybko rosnący płód wymaga dużych ilości witamin A i magazynowanie tej ostatniej zaczyna się u kobiet bardzo wcześnie. Prawdopodobnie da się to też zauważyć w odniesieniu do witaminy D, gdyż, jak wskazuje duża statystyka (na 75000 przypadkach), krzywiczych chłopców jest dwa razy więcej niż dziewczynek. Kobieta jest w okresie ciąży i karmienia o wiele lepiej wyposażona w witaminy, które znajdują się w tkance tłuszczowej. Ta podściółka tłuszczowa chroni ją w znacznym stopniu i nie dopuszcza do tak szybkiego oziębienia ciała, jak u mężczyzn.

Dowodem tego lepszy ubiór kobiet, możliwość dłuższego przebywania w wodzie podczas kąpieeli morskich.

Teoria o nagromadzeniu się witamin w tkance podskórnej wymaga naturalnie jeszcze sprawdzenia i w tym celu autor dokonał prób barwnych z tróchlorkiem antymonu, na krokach i bykach oraz w dwóch przypadkach na zwłokach ludzkich.

St. Luxemburg.

W. BEUSIS i A. CODONNIS. Przypadek ciężkiej nawrotowej anafilaksji surowiczej. (Le sang Nr. 3/1930).

14-o letniemu dziecku, u którego stwierdzono obecność nalotów w gardle i powiększenie gruczołów podszczękowych, nie czekając na wynik badania bakteriologicznego nalotu, zastrzyknął lekarz 30 cm.³ surowicy przeciwbłoniczej (nie metodą Besredki), nie wiedząc o tem, że dziecko otrzymało przed 2 laty zastrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej. W 5 godzin potem wystąpiły dreszcze, gorączka podniosła się do 40⁰ nastąpił spadek ciśnienia, przyspieszenie tętna, pojawiły się silne bóle głowy i stawów, mdłości, silna duszność, obfite poty, majaczenia, osutka policykliczna (mapa geograficzna). Następnego dnia przylączyły się do tego wymioty żółci, biegunka, oddech Cheyne-Stokesa. Badanie chorego wykryło ognisko zapalne w dolnym prawym płacie płuc z objawami podrażnienia opłucny, obecność płynu w worku osierdziowym i lewym stawie kolanowym. Pomimo stosowania adrenalin, chlorku wapnia i środków nasercowych, stan taki utrzymywał się bez przerwy przez 26 dni (zmiany w gardle ustąpiły po paru dniach, a badanie bakteriologiczne nie wykazało obecności prątków Löfflera). Po jednodniowym spadku gorączki i zmniejszeniu się ilości płynu w worku osierdziowym i stawie kolanowym wszystkie objawy wystąpiły z nową gwałtownością i utrzymywały się przez 15 dni, poczem nastąpiła 5-o dniowa pauza i trzeci powrót, trwający 14 dni. Po przerwie 10 o dniowej nastąpił czwarty nawrót już słabszy, trwający 8 dni, wreszcie po dziesięciodniowej przerwie ostatni piąty sześciodniowy nawrót, poczem nastąpiło definitywne ustąpienie wszystkich objawów.

Henryk J. Landau.

Gruźlica.

SIMEONOW. Doświadczenia z środkiem leczniczym przeciw gruźlicy Friedmanna. (D. m. W. Nr. 16. 1930).

Od roku 1921 stosuje autor środek Friedmanna we wszelkich postaciach gruźlicy, a zwłaszcza gruźlicy chirurgicznej; ogółem w 1275 przypadkach dokonano 1300 wstrzyknięć, osiągając 88% wyleczenia, stosując stężenie „słabe”. Wyniki tego sposobu leczenia są więcej niż zachęcające. Cały szereg przypadków przetok gruźliczych leczono za pomocą tego środka nie uciekając się do zabiegu, jak również w gruźliczym zapaleniu otrzewnej, w przypadkach bez wsięku, ograniczono się jedynie do wstrzyknięć środka Friedmanna.

Szereg przytoczonych historyj chorób winien, zdaniem S., przekonać najbardziej niewierzących.

St. Luxemburg.

MOLLOW. Uwagi do artykułu Simeonowa. (D. m. W. Nr. 16).

Zdanem autora, doświadczenia S. nie nadają się jeszcze do szerszego omówienia. M. powstrzymuje się od wyrażenia swego zdania, ponieważ tych przypadków sam nie spostrzegł, odnosi się jednak do poczynionych doświadczeń dość krytycznie.

St. Luxemburg.

GETTKAUT. 10 lat doświadczenia ze środkiem leczniczym Friedmanna. (D. m. W. Nr. 31. 1930).

Tragedja w Lubece poruszyła opinię publiczną nie tylko świata lekarskiego. Wobec tego niezbędnem jest, aby wszelkie preparaty, stosowane celem uodpornienia przeciw gruźlicy, były absolutnie bezpieczne i nie posiadały działań ubocznych. Należy rozstrzygnąć, który z powszechnie używanych preparatów, Calmettea, czy Friedmanna, najbardziej się nadaje.

Środek Friedmanna jest to czysta hodowla prątków gruźliczych zwierząt zimnokrwistych, mianowicie żółwia. Spostrzeżenia, poczynione przez Friedmanna na sobie samym i na zwierzętach (świnki morskie), upoważniły go do zastosowania tego środka u osesków i noworodków jeszcze w 1911—1912 roku. Również spostrzeżenia autora, dokonane na sobie samym w czasie choroby płuc, w zupełności potwierdzają poprzednio osiągnięte rezultaty. Środek leczniczy Friedmanna w przebiegu gruźlicy okazał się zupełnie nieszkodliwym, dając w odpowiednio dobranych w myśl wskazań Friedmanna, przypadkach, 90% prawie zupełnego wyleczenia.

Uodpornienie osesków i dzieci winno być, zdaniem autora, przeprowadzone tą metodą na szeroką skalę. Leczenie za pomocą środka Friedmanna znacznie zmniejsza czas leczenia sanatoryjnego. Stałość preparatu jest zapewniona dzięki odpowiedniemu przygotowaniu.

St. Luxemburg.

FERNBACH. Wyniki lecznicze stosowania szczepionki Friedmanna w gruźlicy wieku dziecięcego. (D. m. W. Nr. 31. 1930).

Coraz liczniejsze doniesienia o skuteczności działania szczepionki Friedmanna, jako środka leczniczego, upoważniły autora do ogłoszenia osiągniętych wyników. W 11 przypadkach, wybranych osobiście przez Friedmanna i leczonych według planu, przez niego ułożonego, nie udało się stwierdzić żadnego wpływu na przebieg sprawy swoistej ani w sensie dodatnim, ani też ujemnym.

Do artykułu dołączony jest szczegółowy opis przebiegu poszczególnych przypadków.

St. Luxemburg.

KÖHLER. Djetetyczne leczenie gruźlicy. (Münch. med. Woch. Nr. 43. 1930).

Działanie leczenia djetetycznego może być ocenione tylko na podstawie długoterminowych obserwacji liczego materiału. Djeta zasadniczo polega na usunięciu soli kuchennej i obfitem podawaniu witamin. Gerson podaje mniej mięsa, niż Herrmannsdorfer, wobec czego ostatnia dieta jest może bardziej zakwaszająca. H. stosuje więcej tłuszczu, mniej węglowodanów i ogranicza płyny, których dużo zaleca G.

Ograniczenie płynów wraz z solą i węglowodanami i daniem mineralogenu, działającego moczopędnie, wywołuje odwodnienie, które hamuje wzrost czynników chorobotwórczych.

czych. Zamiast soli zaleca autor B. r. o m h o s a l. Kuchnia dietetyczna musi być ściśle kontrolowana i prowadzona przez lekarza. U pacjentów należy określać dobową ilość chlorów w moczu; ilość ta waha się od 1 do 3 gr.

Najkrótszy okres obserwacji wynosił 2 miesiące, poważnie obserwacje trwały przeszło 6 miesięcy. Objawy kliniczne zmieniają się bardzo prędko. Przyrost wagi jest szybki ustępują bóle stawowe, wydzielina z przetok i owrzodzeń zmniejsza się, płwocina jest bardziej skąpa i mniej wodnista.

W 13 przypadkach gruźlicy skóry autor obserwował same poprawy. W przypadkach gruźlicy kości obok przyrostu na wadze stwierdzał wzmocnienie stanu ogólnego chorych, miejscowo—ustąpienie obrzęków i bólów. Rentgenogram wykazuje wzmoczone odkładania się Ca, wyraźniejszą strukturę kości. W przypadkach ciężkich, gdzie jest duży rozpad tkanek, wydzielanie ropy obfite, gdzie jest znaczna infekcja wtórna, skrobjawica—leczenie dietetyczne nie daje poprawy, co najwyżej przedłuża trwanie cierpienia.

F. Turyn.

SAUERBRUCH i HERRMANNSDORFER. Kilka wyjaśnień do dietetycznego leczenia gruźlicy. (Münch. med. Woch. Nr. 43.1930).

Wobec bardzo licznych głosów, odmawiających wartości dietetycznej w leczeniu gruźlicy, autorzy przypominają, że ocena musi być oględna i krytyczna. Należy pamiętać, że przebieg choroby jest bardzo zmienny i daje wiele niespodzianek w dobrym i niepomyślnym znaczeniu. Od pierwszych chwil prowadzenia tej diety podkreślali, że nie jest to leczenie swoiste i bezwzględne, ale, podobnie do kuracji klimatycznej, wpływa na stan ogólny jeszcze wtedy, gdy sam klimat już nie pomaga. Obydwie metody dają, obok wyników dobrych, ujemne. Leczenie dietetyczne ma swoje wskazania i przeciwwskazania, które nie są jeszcze ściśle ustalone.

Niektórzy autorzy przypisują dietę S.—H. działanie alkalizujące. O ile wprowadzenie diety poprzedza dieta kwaśna, bezsolna rzeczywiście alkalizuje. Dzielne wydalanie chlorków przy dietę S.—H. wynosi 2—3 gramów, a nie, jak to twierdzi Wolff Eisner, 4—7 gr. Mimo największego ograniczenia chlorków dieta bezsolna zawsze będzie zawierała 2 gr. soli dziennie.

Szereg krytyków opiera swe wnioski na materiale skąpych i krótkotrwałych obserwacjach. Niektórzy podają 5—6 gr. Na Cl dziennie, inni 3.500—4.500 kaloryj dziennie. Niechęć pacjentów do stosowania diety wynika z niedostatecznej techniki kuchennej, która zresztą jest trudna.

Leczenie dietetyczne nie czyni innych zabiegów zabiegami, przeciwnie, rozszerza wskazania np. do odmowy operacji.

F. Turyn.

BREMER i SCHULLER. Czy mineralogen jest niezbędny dla skutecznego leczenia gruźlicy dietą bezsolną? (Münch. med. Woch. Nr. 43.1930).

W skład mineralogenu wchodzi, jako kationy; wapń, mangan, stront, sód, bizmut i glin; jako aniony: kwas fosforowy, krzemowy, salicylowy, siarczany, tiosiarczany, węglany bromu i albumina. Mleczan wapnia wynosi 31,4%, fosforan wapnia 34,3%, bromek sodu 8,2% wszystkich soli.

Największy przyrost na wadze w obserwacjach B. i S. wynosił 33 funty bez użycia mineralogenu, zastosowanie tego preparatu nie dało większych przybytków. Mineralogen użyty ze zwykłą dietą w skórnych postaciach gruźlicy również nie daje żadnej poprawy.

Autorzy od półtora roku zarzucili już mineralogen i są zadowoleni z wyników, otrzymanych w gruźlicy kostnej samą dietą bezsolną. W przypadkach rozpoczętych z mineraloge-

nem, który później odstawiono podczas leczenia, nie było pogorszenia, a tempo poprawy nie uległo zmianie.

Do zaniechania stosowania mineralogenu przyczynił się jego wysoki koszt (100 gr.—4, 70 Mk; 800 gr.—25 Mk).

F. Turyn.

MEKLENBURG. Badania chemiczno-biologiczne u chorych z gruźlicą płuc, odżywianych podług diety Herrmannsdorfera. (D. m. W. Nr. 24. 1930).

Według Herrmannsdorfera pod wpływem diety przez niego ustalonej, następuje u chorych z gruźlicą płuc przesunięcie przemiany materii w kierunku kwasicy. Badania krwi na zawartość NaCl, rezerwy alkalicznej, K, Ca i cholesteryny oraz moczu na zawartość NaCl, NH₃, Ph wykazały u chorych z gruźlicą płuc, odżywianych przez 4 tygodnie podług diety Herrmannsdorfera, przesunięcie niektórych składników w kierunku alkaliozy.

Nie przemawia to jeszcze za wyrównawczą alkaliozą, jak i wnioski Herrmannsdorfera nie przekonywają o obecności kwasicy. Należy liczyć się z tem, że kwasica lub alkalioza krwi nie przemawia za taką samą przemianą materii w tkankach. Zmiany w zachowaniu się wapnia i cholesteryny uzależnia autor od wpływu witamin.

Wanda Franzówna.

MOELLER. Niebezpieczeństwo diety bezsolnej u gruźlików. (D. m. W. Nr. 33. 1930).

W ciągu ostatnich 2 lat u 23 chorych z gruźlicą płuc stosowano dietę ubogą w sól kuchenną. W 12 przypadkach nie udało się przeprowadzić tej metody leczenia przez czas dłuższy, gdyż chorzy po kilkunastu dniach, względnie paru tygodniach uskarżali się na brak łaknienia, złe samopoczucie, osłabienie fizyczne, depresję duchową, częste wymioty. Stan ten uzależniać można od zmniejszenia kwasu solnego w soku żołądkowym i zmian w zachowaniu się kwasu mlekowego i fosforowego we krwi, mózgu i mięśniach.

Z pozostałych 11 chorych, u których udało się przeprowadzić dietę małosolną, gdyż absolutnie bezsolnej nie udało się ułożyć, u jednego pacjenta stwierdzono poprawę. Stan pozostałych nie zmienił się, względnie pogorszył.

W przypadku pomysłnym nie zauważono dodatniego wpływu na wagę i temperaturę ciała, kaszel, ilość odpływającej płwociny, poty nocne.

Zachowanie się chloru, sodu, siarki i potasu u gruźlików wskazuje na „głód” solny ustroju, i, zdaniem autora, należy ten „głód” zaspokoić.

St. Luxemburg.

Choroby kobiet i położnictwo.

STAEMLER M. Łożyisko niszczące (Placenta destruens) (Ziegler's Beiträge, r. 1930, t. 84, z. 2, s. 460—472).

Opis przypadku tego cierpienia u 32 letniej kobiety; było ono przyczyną pęknięcia macicy w końcu III-go miesiąca ciąży; następnie powstał krwotok i śmierć wskutek skrwawienia mimo natychmiastowego zabiegu operacyjnego (*amputatio uteri supracervicalis*).

W następstwie badania makro- i mikroskopowego usuniętej macicy autor stwierdza, że

1. Łożyisko było ściśle zrosnięte z macicą (*pl. accreta*) i tak głęboko wrastało w mięsień maciczny (*pl. increta*), że doprowadziło do pęknięcia macicy.

2. Nabłonki kosmkowe i same kosmki wrastały wgłąb i niszczyły ścianę maciczną, były to więc cechy łożyska niszczącego.

3. Pod względem morfologicznym ani nabłonki kosmków, ani same kosmki niczem się nie różniły od normalnych

zmienił się tylko wzajemny związek tkanek płodowej i macicznej.

4. Brak odczynu fizjologicznego śluzówki macicznej. Prawidłowy odczyn doczesnowy stwierdzono tylko w małej wysepce *adenomyosis* i w tkance łącznej pod otrzewną maciczną.

Autor przypuszcza, że powstawanie łożyska przyrośniętego, wrośniętego i niszczącego zależy od zmian w tkance macicznej, a nie od większej skłonności do bujania elementów kosmówki. Zatem przemawiają: 1. Takie łożyska nie były spostrzegane u pierwiastek, 2. W rozwoju doczesny w tych razach zawsze były pewne nieprawidłowości, 3. Nabłonki kosmkowe bują nadmiernie tylko w miejscu zetknięcia się z macicą, w innych miejscach zachowują się prawidłowo.

Nieprawidłowy rozwój doczesny zależy od samej śluzówki, a nie jest następstwem braku pobudek dokrewnych, stwierdzono bowiem prawidłowy odczyn doczesnowy w małej wysepce *adenomyosis* i w tkance łącznej pod otrzewną macicy. W warunkach patologicznych śluzówka trzonu macicy może zatracać zdolność do odczynu doczesnowego lub być bardzo znacznie w tym kierunku upośledzona. Tem samem upodobniałaby się do pewnych odcinków śluzówki narządów rodnych (szyja, jajowody), które nieznacznie lub wcale tym przemianom nie ulegają już w warunkach fizjologicznych.

Te wszystkie dane skłaniają autora do przypuszczenia, że przyczyną łożyska niszczącego jest najprawdopodobniej niedorozwój doczesny.

W. Czarnocki.

EHRHARDT K. Badanie moczu na zawartość hormonu przedniej części przysadki po przetaczaniu krwi ciężarnych. (D. m. W. N. 11 1930).

Badania autora nad zawartością i dawkowaniem wyciągu przedniej części przysadki polegały na przetaczaniu krwi osób ciężarnych — nieciężarnych. Chore otrzymywały około 500 cm³ krwi t. j. 500—5000 ME [1 cm.³ zawiera 1—10 ME.] W przeciągu 24 godzin po wyżej wzmiankowanym zabiegu występował dodatni odczyn I, swoisty dla wyciągu przed. części przysad., a w 4 przypadkach otrzymano również odczyn II i III.

Żadnych zaburzeń ze strony jajników u chorych, pomimo nagłego wprowadzenia znacznej ilości hormonu przedniej części przysadki, nie zauważono.

St. Luxenburg.

WAGNER. W sprawie występowania cech męskich u kobiet wskutek pewnych guzów jajnikowych. (D. m. W. N. 27, 1930).

Według Roberta Meyera wszelkie guzy, które prowadzą do męskości u kobiet, należą do jednej grupy — *androblastoma*. Łącznie z podaniem przez autora [2 przypadki] w literaturze ogółem znajduje się opisanych 32 przypadki.

W obu podanych przypadkach badanie mikroskopowe guzów, dokonane przez Meyera, ustaliło niewątpliwie *androblastoma*.

Występowanie cech męskich u kobiet dotyczy przede wszystkim kobiet młodych, a tylko w 5 przypadkach zdarzyło się w wieku ponad 40 lat, 1 raz ponad 60 lat.

W charakterystyczny sposób zachowują się krwawienia miesięczne, które mogą ustać nagle na przeciąg kilku lat, a po zabiegu operacyjnym powrócić do normy. Jedynie w jednym ze znanych przypadków krwawienia pozostały w formie nieregularnej przez cały czas choroby. Po zabiegu operacyjnym pacjentki wchodziły w ciążę normalną, nawet kilkakrotnie.

Cechy męskie u kobiet przejawiały się w zmianach mięśni, skóry, uwłosienia, wyrazu twarzy, w zmianie głosu, budowy krtani [jabłko Adama]. W zakresie popędu płciowego

żadnych zmian poważniejszych nie zauważono; jedynie w 2 przypadkach istniała niechęć do stosunków płciowych.

Narządy płciowe zewnętrzne wykazywały zmiany w razie dłużej trwającej choroby. Zauważono znaczne powiększenie *clitoridis*, bez zmian budowy mikroskopowej. Cechy męskie u kobiet mogą też występować pod postacią objawów pojedynczych, dość dyskretnych. Po zabiegu operacyjnym powrót do normy następował w 4—6 tygodni, t. j. w okresie wystąpienia pierwszych krwawień miesięcznych.

Przyczyną sprawy chorobowej nie zawsze jest *androblastoma*. Również guzy lub sprawy przerostowe nadnerczy mogą być przyczyną występowania cech męskich u kobiet; cechy te ustępują z chwilą usunięcia guza.

Podobne zmiany chorobowe spostrzegano także u zwierząt. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, iż chodzi tutaj o działanie wydzieliny wewnętrznej tych guzów.

Cechy kobiece u mężczyzn zdarzają się o wiele rzadziej i nie występują tak wyraźnie.

St. Luxenburg.

Choroby dzieci.

RAU. Leczenie niedokrewności u dzieci. (D. m. W. N. 28. 1930).

Niedokrewność jest chorobą b. częstą u dzieci, i stąd jej duże znaczenie praktyczne.

Główną przyczyną tej postaci chorobowej jest prawdopodobnie szybko postępujący wzrost we wczesnem dzieciństwie. Dalej nieodpowiednie odżywianie, ilościowe i jakościowe, długotrwały brak żelaza i witamin w pokarmach; odżywianie mlekiem kozim oraz przewlekłe ostre choroby zakaźne przyczyniają się również do powstawania niedokrewności.

W przypadkach z zawartością hemoglobiny od 30—50%, oprócz leczenia ogólnego, podawano wątrobę, najlepiej w postaci preparatów w ilościach odpowiadających od 100—750 gr. świeżej wątroby oraz żelazo w połączeniach nieorganicznych. W cięższych postaciach z zawartością hemoglobiny niżej 25%, stosowano leczenie kombinowane: wątroba — żelazo — przetaczanie krwi od 50—100 ccm u osesków, 100—200 ccm u młodych i 100—200 ccm u starszych dzieci.

Zdaniem autora, ten sposób leczenia kombinowanego daje najlepsze wyniki.

St. Luxenburg.

HIRSCH-KAUFFMANN. Wskazania do usunięcia śledziony u dzieci. (D. m. W. N. 35. 1930).

Wskazania do usunięcia śledziony u dzieci mogą być absolutne i względne, oraz mogą zachodzić przeciwwskazania. Takie stany chorobowe, jak skaza wysiękowa, kiła, zimnica, dur, posocznica i białaczka są przeciwwskazaniem do usunięcia śledziony. W przypadkach *endocarditidis lentae*, być może iż usunięcie śledziony, źródła zakażenia, dałoby dobre wyniki.

W niedokrewności złośliwej i Jachsch-Hayema lezenie zachowawcze daje wyniki pomyślniejsze, niż leczenie chirurgiczne, które natomiast jest leczeniem objawowem w chorobie Gauchera.

Usunięcie śledziony jest zabiegiem, wskazanym we wczesnych okresach choroby Bantiego, w chorobie Werlhofa, a wprost zabiegiem ratującym życie chorych w sprawie zakrzepowej żył śledziony i żyły wrotnej.

Leczenie operacyjne jest bezwzględnie wskazane w zółtaczce hemolitycznej, a zwłaszcza jej postaci wrodzonej, gdzie stanowi jedyny zabieg, doprowadzający chorego do zdrowia.

St. Luxenburg.

BAYER. Puder czy tłuszcz w pielęgnowaniu skóry noworodków. (D. m. W. N. 41. 1930).

Im wcześniej zaczynamy leczyć wykwyty skórne osesków, tem lepiej uda się je opanować. Leczenie wewnętrzne

i t. d. mogą być załączane w formie książki, jako dodatek do czasopisma; w ten sposób tworzy się u lekarza biblioteka naukowo-lekarska ostatniej doby, a łatwiej i taniej zdobywa się książkę, która jest tak potrzebna, a naogół dość droga. Tu wchodzi w rachubę też i najnowsze podręczniki, potrzebne dla lekarzy i studentów, których nabywanie spowoduje bezwzględnie powiększenie się liczby abonentów, pragnących tanim kosztem posiadać i czasopismo periodyczne i książki; dla ciągłości zaś prenumeraty — dokończenie jednej lub dwóch książek redakcja nadsyła w następnym roku po otrzymaniu wpłaty półrocznego abonamentu. Nie ulega wątpliwości, że cena prenumeraty podniesie się, ale wobec zwiększonej liczby prenumeratorów i tych korzyści, jakie daje wydawnictwo — nie będzie się dzieliło przeznaczonej kwoty na różne czasopisma, w których czytelnik zawsze znajdzie 4—5 stron powtarzających się sprawozdań, kroniki i t. d., gdyż jedno już będzie całkowicie zadawało potrzeby. Dla wyboru muszą więc istnieć *maximum* 2—3 takie czasopisma na Polskę; w nich będą umieszczane w dostępnej dla ogółu lekarzy treści krótkie artykuły oryginalne, uwagi krytyczne, streszczenia, bibliografia, polemika i kronika.

Ten sam schemat organizacji należy zastosować do czasopism społeczno-lekarskich, omawiających również kwestje zawodu lekarskiego, przytem w Polsce byłoby zupełnie dostateczne wydawanie jednego dwutygodnika z dodatkami w formie książek z zakresu medycyny społecznej, higieny pracy, problemów sanitarnych (ustawodawstwa sanitarnego), medycyny sądowej i t. p. Co miesiąc winny być podawane w osobnej książce: statystyka lekarska, co miesiąc abonent otrzymuje książkę, poświęconą sprawom sanitarnym poszczególnych województw (Wiadomości sanitarne), poszczególnych działów administracji, przedsiębiorstw oraz różnych zawodów (kwartalniki medycyny kolejowej, wojskowej, lecznictwa kasowego, higieny pracy i t. p.). Z rozwojem wydawnictwa w przyszłości mogą być periodycznie dołączane do czasopism ilustracje z zakresu medycyny, urządzeń sanitarnych i szpitalnych, nowych aparatów i przyborów. Jako premje dla autorów i abonentów stałych, pożądane byłoby wydawanie albumów wybitniejszych lekarzy i działaczy społecznych oraz autorów prac. W czasopiśmie ograniczamy treść do najniezbędniejszych krótkich notatek, artykułów aktualnych, sprawozdań o ruchu zawodowym i zmianach na stanowiskach, sprawozdań ze zjazdów, наконец dajemy krytykę, polemikę, skorowidz prac i wiadomości sanitarnych z zagranicy, konkursy. Można dołączyć również do czasopisma i kwartalniki lub roczniki z zakresu przemysłu farmaceutyczno-chemicznego oraz badań i doświadczeń nad działaniem środków wszystkich firm i to w jednej książce dla łatwiejszej orientacji i ze względów oszczędnościowych, tak dla przedsiębiorstw farmaceutycznych, jak i lekarzy.

Dzisiaj, kiedy zapytujemy, jaką gazetę lekarską najlepiej zaprenumerować, słyszy się jedną odpowiedź: nie wiemy. Gdy zaś ujrzymy dodatki, książki znanych autorów, gdy zobaczymy porządne i estetyczne wydanie czasopisma (również winien być format książki i nie bardzo drobny druk) — nie trudno będzie zdecydować, a napewno żaden

postępowy lekarz na dwa czasopisma (jedno naukowe i jedno społeczno-lekarskie) pieniędzy nie pożaluje. Wogóle unifikacja i scalenie naszych wydawnictw pod egidą jednego towarzystwa lekarskiego wydawniczego jest nader pożądane, nie tylko ze względu na oszczędność i skoncentrowanie kapitału, ale również i na możliwe subsydia, pożyczki ze strony Państwa, Samorządów oraz zainteresowanych towarzystw lekarskich, instytucyj naukowych i społecznych, a nawet przedsiębiorstw.

Przy bardzo pobieżnem obliczeniu, a umiejętnem zorganizowaniu aparatu administracyjnego, przy wprowadzeniu naukowej organizacji pracy, a uwzględnieniu nowoczesnych maszyn i urządzeń drukarskich okazuje się, że wydawnictwo, produkujące wielką liczbę odbitek jednego formatu, zdoła dość tanim kosztem dać odbiorcy — lekarzowi „dobry towar” i zabezpieczyć słabe finansowo, a jednak potrzebne w pewnej liczbie czasopisma od likwidacji. W tym kierunku już stopniowo sprawa postępuje, były zespolenia, zaczynają ukazywać się bardzo skromniutkie dodatki — konieczna jest jednak zasadnicza decyzja świata lekarskiego i naczelnych redaktorów, a realizacja projektu napewno przyczyni się do rozwoju wiedzy lekarskiej, niemniej, przypuszczam, znajdzie ogólną aprobatę wszystkich lekarzy. Jeżeli są obawy i pewne ryzyko kapitałów, można ewent. rozpisać ankietę i w przybliżeniu określić liczbę zwolenników i abonentów. Ponieważ kwestja jest nader poważna i obchodzi stan lekarski, nie przeczyłoby ustawie, gdyby zechciała tą ankietą (narówni z innemi aktualnemi sprawami) zająć się Naczelna Izba Lekarska, poświęcając stronę jednego zeszytu Dziennika Urzędowego.

Co zaś się tyczy mechaniki produkcyjnej, czyli zabezpieczenia materiałem naukowym czasopism i książek, to jeżeli w Niemczech mają zapełnione szpalty 150 czasopism, nie może być obawy, aby w Polsce zabrakło dobrych współpracowników i korespondentów dla zaledwie kilku. Nie zabraknie ich tylko wtedy, gdy i na tym odcinku pracy będą przeprowadzone niezbędne reformy.

Przedewszystkiem należy wszelką pracę autorską odpowiednio honorować, dotychczas wiele redakcyj, ze względu na ciężki stan finansowy wydawnictwa, wogóle nie wypłacało honorarium autorskiego, wzgl. oceniano pracę tę niedostatecznie, w najlepszym razie redakcje odwdzięczały się nadesłaniem odbitek. A przecież dla lekarza, nieposiadającego specjalnych zdolności pisarskich i nietrudniącego się stale pracą gabinetową — opracowanie elaboratu 2 — 3 stronicowego o wysokim poziomie jest sprawą wielkiego wysiłku, który pochłania wiele czasu i wymaga zaznajomienia się *ad hoc* z całym dotyczącym piśmiennictwem. Lekarz-autor nie zawsze jest pewny, że jego praca zostanie zakwalifikowana do druku, a stracony czas oraz praca może być zmarnowana, nic więc dziwnego, że, jeśli rozpatrywać dostawę materiału z tego punktu widzenia, lekarz woli odbyć jedną, ewent. dwie wizyty lekarskie, gdyż właśnie zawód lekarski jest naogół jeszcze o tyle popłatny, że nie sprzyja ubocznemu zarabkowaniu na łamach prasy lekarskiej (N. B. inne wydawnictwa nielekarskie płacą najczęściej wyższe stawki).

Ale przypuśćmy, że nie zarobek zachęca lekarza do pracy naukowej i dzielenia się nabytą wiedzą z kolegami, że nieraz chodzi mu o sławę i rozgłos, o możność stanięcia na wyższym szczeblu uzdolnień człowieka. Lecz i w tym wypadku dla lekarza idealisty i społecznika (których, niestety, posiadamy w dzisiejszym kryzysie gospodarczym dosyć mało), jest bardzo wielkie ryzyko, gdyż jeden krytyczny artykuł, a nawet uwaga może odebrać stały zapal i chęć, nie mówiąc o utraconej sławie i postępach w dalszej karierze pisarskiej lekarza. Niema, zdaje się, dla autora książki, na którą poświęcił nie miesiące, lecz całe lata, nic cięższego do przeżycia, niż ta druzgocąca 15-to lub 20-to wierszowa krytyka, która odrzuca nazawsze jego arcydzieło do kosza. Na szczęście, posiadamy dosyć pobłażliwych krytyków, wzgl. mało znajdujemy solidnych uczonych, zajmujących się rozbiorem cudzych prac. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że spokojniej się czuje lekarz, gdy oddaje swą wiedzę i pracę wyłącznie choremu, zdobywa dobrobyt i również sławę, a wolny czas poświęca na czytanie, a nie na pisanie.

Dalej bardzo ważną przyczyną zanikania, jak się mówi, rzeczowych i na wysokim poziomie prac w czasopiśmie — jest brak odpowiednich warsztatów, bibliotek, czyli potrzebnego piśmiennictwa w opracowywanym dziale, a nieraz i brak środków dla przeprowadzania doświadczeń lub osobistego zaznajomienia się z pewnymi zdobyczami wiedzy lekarskiej tak w Polsce, jak i zagranicą. Tylko wybrane jednostki mogą mieć te przywileje — przeciętny lekarz, jeżeli nie wykorzystał już swych poprzednich doświadczeń, z dalszej pracy naukowej, *volens-nolens*, rezygnuje, a więc zasięg jego działalności naukowej jest tem samem ograniczony.

Wielu lekarzy praktyków i specjalistów zrządzeniem losu miało możność swój zawód wykonywać lub pracować naukowo i społecznie w różnych krajach i częściach świata — a więc mogą mieć dużo ciekawych przypadków i spostrzeżeń nie dla każdego dostępnych. Wysyłają do redakcji swój elaborat, a często przez grzeczność nie otrzymują odpowiedzi o ewent. nieumieszczeniu pracy na łamach poczytnego pisma. Nieraz jednak słaby elaborat mogłaby redakcja sama uzupełnić, wzgl. przesłać do opracowania, wyjaśniając, dlaczego artykuł został odrzucony, wskazując na błędy, lub źródła przeoczone, albo na nielogiczność tez i fał-

szywą podstawę myślową całego elaboratu. W ten sposób autor, który tyle czasu poświęcił swej pracy, przekona się naprawdę o koleżeńskim stosunku do swojej współpracy w czasopiśmie, a z biegiem czasu, nabierając doświadczenia, może stać się lepszą siłą.

Jeszcze jeden powód składa się na tę opinię świata lekarskiego, w swoim czasie określoną jako „tandetna robota” w naszych czasopiśmie, a mianowicie, przymusowy abonament dla niektórych czasem bardzo niefortunnych czasopiśm. Ten przymus czytania tego, co jest wprost sprzeczne z poglądami prenumeratora albo jest wcale dla czytelnika obojętne i nieinteresujące ze stanowiska wiedzy lekarskiej — mojem zdaniem, trzeba nazwać nie inaczej, jak pogwałceniem osobowości lekarza, jego prawadownego wyboru czasopisma, jego zamiaru rozporządzania własnym funduszem według upodobania indywidualnego. Tem się też tłumaczy obniżanie poziomu naukowego naszych pism na szkodę innych poważniejszych wydawnictw, z konieczności znikających z widowni.

Biorąc pod uwagę te rozważania, dochodzimy do wniosku, że winna istnieć u nas organizacja, która zajęłaby się uporządkowaniem poruszonych spraw polskiego piśmiennictwa lekarskiego; rolę tę może wziąć na siebie Akademia Umiejętności, czy Główny Komitet Redakcyjny (nie o nazwę idzie), który umożliwiłby pragnącym współpracę naukową w czasopiśm, wydawanie książek naukowych w formie dodatków i t. d. Ta organizacja winna dostarczać materiału, wskazywać odpowiednie piśmiennictwo polskie i zagraniczne, a wszystkim pragnącym udostępniać pracę naukową w laboratorjach i klinikach dla prowadzenia doświadczeń okresowych lub stałych nad tem lub innym zagadnieniem, specjalnością, rozdziałem. Wreszcie winna oceniać prace (nie umieszczone mogą być też premjowane), kwalifikować do druku, szeregować pracowników naukowych, udzielając subsydjów na ewentualne badania zagranicą celem dalszej pożytecznej współpracy w czasopiśm i dla przysparzania naszego dorobku kulturalnego w zakresie nauki lekarskiej. Filje Głównego Komitetu i oddziały centralnej Redakcji winny się znajdować w miastach uniwersyteckich, gdyż kontakt z wyższymi zakładami naukowymi, ze zrozumiałych względów, musi być jaknajściślej. Na czele redakcyj pozostaną ludzie kryształowej duszy i serca, głębokiej wiedzy i zmysłu organizatorskiego.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zagadnienie zmniejszenia się umieralności z gruźlicy w krajach kulturalnych*)

Podał

G. LEWIN (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 50).

Ze wszystkich szczepionek największą popularnością wśród lekarzy, jak również wśród pu-

bliczności, cieszą się w latach ostatnich szczepionki Friedmanna i Calmette'a; pierwszy używa szczepionek z laseczników gruźlicy zimnokrwistych, drugi zaś z biologicznie osłabianych i zmienianych prątków gruźlicy bydłowej po 13 latach hodowli i 230 przeszczepieniach. Około szczepionek Friedmanna, które — mówiąc nawiasem — reklamowane są stale istic po kupiecku, toczy się już od lat kilkunastu zawzięta walka w obozie niemieckich ftyzjologów, z których większość jest

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Zrzeszenia lekarzy Rz. P. dn. 18. XI. 1930 r.

w opozycji. Przed dwoma laty w obronie szczepionek Friedmannowskich wystąpił lekarz węgierski Szalai, który zapewnił, że od chwili, jak zaczął je stosować w Petersebecie, miasteczku fabrycznym pod Budapesztem, umieralność z gruźlicy znacznie się tam zmniejszyła, dlatego też uważa, że dzięki tym szczepionkom cały zawiły problem gruźlicy został już rozwiązany. Na zasadzie tego zapewnienia minister poczty w Niemczech polecił wszystkim urzędnikom swego resortu stosować szczepionki Friedmanna, czem, oczywiście, obudził przeciw sobie całą prawie opinię lekarską w Niemczech.

Nie tutaj, rozumie się, jest miejsce na szczegółowe omówienie wartości ochronnych szczepionek przeciwgruźliczych wogóle, a Friedmanna w szczególności, zaznaczę tylko, że te ostatnie, jak już wyżej nadmieniałem — pomimo reklamy, mają mało zwolenników i stosowane są dość rzadko; statystyka zaś Szalaja traktowana jest przez wielu badaczy wprost z ironją. Roesle np. pasterzył się niemal nad tą statystyką i powiada, „że nazwa miasta Petersebet przypomni przyszej ludzkości o wszystkich grzechach statystyki gruźlicy.“ Friedmann może śmiało powiedzieć: „broń mnie, Boże, od przyjaciół.“ Nie ulega więc wątpliwości, że szczepionki Friedmanna nie mogły się przyczynić do spadku śmiertelności z gruźlicy.

Szczepionki BCG cieszą się znaczną wagą wśród badaczy różnych narodowości i zostały stosowane już u setek tysięcy dzieci przeważnie we Francji i w jej kolonjach. Na konferencji międzynarodowej w Paryżu (1928), która zajmowała się kwestją szczepionek BCG, komisja bakterjologów jednogłośnie stwierdziła, że szczepionki te są nieszkodliwe, i z tą opinią zgodzili się również klinicyści i weterynarze. Po znanej katastrofie w Lubece, której powody nie zostały jeszcze zupełnie wyjaśnione, opinia o nieszkodliwości BCG trochę się zachwiała. Co się zaś tyczy wartości ochronnej szczepionek BCG, to zdania są wogóle jeszcze dość rozbieżne. Znana statystyka Calmettea o nadzwyczajnie dobrych wynikach spotkała się z poważną krytyką wielu badaczy, którzy, hołdując znakomitym pracom naukowym Calmettea, wykazują jednak w nich niedokładności, które mogą wywołać pewne wątpliwości co do wyników. Chcąc więc być zupełnie obiektywnym, trudno jeszcze wydać sąd sprawiedliwy co do wartości ochronnej BCG, gdyż w najlepszym razie potrzebne jest jeszcze przynajmniej kilkunastoletnie doświadczenie. Ale jeżeli nawet zgodzimy się z optymistycznym zdaniem Calmettea o szczepionkach BCG, to są one jednak stosowane za krótko, aby mogły zaważyć na szali śmiertelności z gruźlicy, tembardziej, że właśnie we Francji, gdzie one mają największe zastosowanie, odsetek zgonów z gruźlicy zmniejszył się znacznie mniej, niż w wielu innych krajach, gdzie się je stosuje na bardzo małą skalę lub wcale nie. Szczepienie więc BCG również nie może wchodzić w rachubę, jako powód zmniejszenia się śmiertelności z gruźlicy.

Zdaje się natomiast nie ulegać żadnej wątpliwości, że na spadek zgonów z gruźlicy wpłynął cały arsenał nowych sposobów leczenia gruźlicy (dietetyczno-klimatyczny, farmaceutyczny, chirurgiczny), którymi się posługujemy w ciągu ostatnich

30 — 40 lat z dobrymi wynikami; trudno jednak to udowodnić za pomocą liczb statystycznych, gdyż w tak przewlekłej chorobie, jaką jest gruźlica, na której przebieg wpływa mnóstwo różnorodnych czynników, nie sposób jest wprost sądzić o znaczeniu jednego z nich poszczególnie, tembardziej, że czynnik leczniczy idzie prawie zawsze i wszędzie ręką w rękę z czynnikiem zapobiegawczo-higienicznym, i trudno orzec, który z nich przeważa.

Pewne światło na tę kwestję rzuca statystyka gruźlicy w Oslo, gdzie od 1900 r. istnieje przymus zgłaszania wszystkich chorych na gruźlicę, i prowadzona jest indywidualna ich rejestracja. Dzięki temu Oslo posiada obecnie najlepszą i najsubtelniejszą statystykę gruźlicy na całym świecie i w początku każdego roku można tam wiedzieć dokładnie, ile osób zachorowało na gruźlicę w ciągu roku ubiegłego, ile wyzdrowiało, ile zmarło i ile jeszcze pozostało chorych.

Z tej statystyki Roesle zestawiał odpowiednie tablice za rok 1920 i 1927; te dwa lata wybrał on dlatego, że w początku 1920 roku liczba chorych gruźliczych była tam największa — 3564 —, w ciągu następnych 6 lat liczba ta ciągle się zmniejszała, a w 1927 roku była najmniejsza — 2814. Otóż z tych tablic okazuje się, że w ciągu 8 lat liczba chorych gruźliczych spadła w Oslo z 160,3 (na 10,000 ludn.), w 1920 r., na 135,5 w 1927 r., a umieralność z 20,4 na 15,3. Śmiertelność zaś za wyżej wymienione 2 lata (podług formuły
$$= \frac{\text{zgony}}{\text{zachor.}} \times 100$$
) wynosiła 12,7% w 1920 r. i 11,3%

śmiert. w 1927 r. To nieznaczne wahanie śmiertelności zgadza się w zupełności z naszym doświadczeniem lekarskim i z logiką, gdyż trudno było przypuścić, aby w ciągu 8 lat mógł się znacznie zmienić charakter i przebieg gruźlicy. Spadek więc zgonów z gruźlicy w Oslo zależy jest od zmniejszenia się nie śmiertelności, lecz liczby chorych gruźliczych. Z tych tablic statystycznych, zestawionych przez Roeslego, dowiadujemy się również, że liczba nowoprzybyłych chorych gruźliczych była rok rocznie prawie jednakowa, mianowicie: 28 na 10,000 ludności (około 700 nowych chorych), ale liczba wyleczonych i z tego powodu wykreślonych z rejestru powiększyła się ze 124 na 229, t. j. z 3% na 6,7%. Z tej więc statystyki, zestawionej na zasadzie rejestracji indywidualnej chorych gruźliczych, mamy prawo wnioskować, że spadek umieralności z gruźlicy nastąpił w Oslo znacznie więcej dzięki czynnikom leczniczym w najszerszym tego słowa znaczeniu, niż czynnikom zapobiegawczo-higienicznym, gdyż liczba nowych zachorowań prawie się nie zmniejszała. Wolff sądzi, że na zmniejszenie liczby zgonów z gruźlicy w Oslo wpłynęła i mała liczba nowourodzonych dzieci, zdodnie z poglądem swoim na tę kwestję, wyluszczone już wyżej; liczba bowiem urodzeń spadła w Oslo z 211 (na 10,000 ludn.) w 1920 r. na 131 w 1926 r. zmniejszyła się więc o 38%, gdy w Berlinie w najgorszych latach powojennych zmniejszyła się tylko o 34%.

Oprócz czynnika leczniczego i zapobiegawczo-higienicznego na spadek umieralności z gruźlicy wpłynął niewątpliwie bardzo poważnie czynnik ekonomiczny i społeczno-kulturalny. Dziwny na pierwszy rzut oka fakt, o którym wspomnieliśmy

wyżej, że spadek umieralności z gruźlicy jest znacznie większy w krajach przemysłowych, niż w rolniczych, daje się właśnie wytłumaczyć tem, że w pierwszych dobrobyt klasy pracującej jest zwykle większy i jej poziom społeczno-kulturalny jest wyższy, niż w ostatnich. Nie ulega wątpliwości, że uprzemysłowienie i zurbanizowanie krajów przyczyniło się niewątpliwie w początku do szerzenia się gruźlicy, lecz z biegiem czasu, dzięki polepszeniu się w ośrodkach przemysłowych warunków gospodarczych, skróceniu dnia roboczego oraz lepszej płacy robotniczej podnosiła się stopa życiowa klasy robotniczej, co się przedewszystkiem wyrażało w lepszym odżywianiu, w korzystaniu z dogodniejszych mieszkań oraz w lepszym wychowaniu dzieci; jednocześnie podnosił się również poziom społeczno-kulturalny, powstała lepsza pomoc lekarska, wytwarzała się szereg urządzeń zapobiegawczo-higienicznych i sanitarnych i t. p. — dzięki temu wszystkiemu wszelkie wady, związane z uprzemysłowieniem nie tylko stopniowo się wyrównywały, lecz nawet w znacznym stopniu się zmniejszały. Ogłoszone w 1928 r. badanie statystyczne, dotyczące liczby zgonów z gruźlicy w kraju Badeńskim wśród samodzielnych zawodowców, kierowników, urzędników i robotników w różnych zawodach, dało wyniki wprost zadziwiające, okazało się bowiem: 1) że wysoka umieralność klasy robotniczej z gruźlicy, co do czego nie było dawniej żadnej wątpliwości nie istnieje już wcale i 2) że w spadku umieralności z gruźlicy w czasach ostatnich największy udział bierze właśnie klasa robotnicza, samodzielną zaś zawodowcy — najmniejszy lub żadnego udziału nie biorą. Geisler sądzi, że zależy to nie od większego dobrobytu robotników, gdyż z powodu większego bezrobocia warunki gospodarcze robotników w czasach ostatnich się pogorszyły, lecz od urządzeń zapobiegawczo-higienicznych i ubezpieczeń społecznych, z których robotnicy korzystają.

Dla lepszej orientacji w tej kwestii pozwolę sobie przytoczyć kilka przykładów. Saksonia, najbardziej uprzemysłowiony kraj Rzeszy niemieckiej, zaludniona jest bardzo gęsto — 333 osoby na jeden kw. kilom., gdy w całych Niemczech tylko 133; $\frac{1}{3}$ ludności składa się z mieszczan, a tylko 9% pracuje na roli, wszystkie prawie kobiety, jak również 13,5% dzieci pracuje w przemyśle, a pomimo to umieralność z gruźlicy jest tam najmniejsza w całych Niemczech, co daje się wytłumaczyć względem dobrobytu, wysokim poziomem kultury higienicznej i korzystnym wpływem całej sieci instytucji przeciwgruźliczych istniejących tam.

Bardzo ciekawa i pouczająca pod tym względem jest statystyka śmiertelności z gruźlicy w Anglii i ks. Walji, Szkocji i Irlandji.

TABLICA V.

Na 100.000 ludn. zmarło w ciągu 5 lat (1906—1910).

	W Anglii i ks. Walji	W Szkocji	W Irlandji
na gruźlicę wogóle	156,8	202,1	252,6
na gruźlicę płuc	110,7	130,0	191,0

Z tablicy tej widać, że w Anglii i ks. Walji, pomimo, że są bardzo zaludnione i posiadają bardzo dużo handlowo-przemysłowych miast w rodzaju Londynu, Bristolu, Birminghamu i t. p., które stanowią jakby jeden duży okrąg przemysłowy, śmiertelność z gruźlicy była jednak najniższa, trochę większa była w Szkocji, która jest mniej uprzemysłowiona, największa zaś była w Irlandji, która jest krajem rolniczym. Ta szalona różnica śmiertelności w trzech sąsiadujących ze sobą krajach doskonale ilustruje wpływ czynników społeczno-gospodarczych oraz higieniczno-kulturalnych na zmniejszenie się liczby zgonów z gruźlicy, gdyż czynniki te są w tych krajach różne w zależności od stopnia ich uprzemysłowienia.

We Francji, kraju przeważnie rolniczym, gdzie poziom higieniczno-kulturalny jest niższy, niż w Anglii i ks. Walji, i urządzenia sanitarne nie stoją jeszcze wogóle na wysokości zadania, umieralność (wśród ludności miejskiej) za ten sam czas (1906 — 1910) wynosiła 267,5 z gruźlicy płuc i 322,3 z gruźlicy wogóle (na 100,000 ludności), była więc aż dwa razy większa, niż w Anglii i ks. Walji.

Taką samą prawie umieralność z gruźlicy co we Francji, widzimy i w Polsce, która również jest krajem przeważnie rolniczym.

Jeżeli się przyjrzymy statystyce umieralności z gruźlicy w kilku miastach Polski (tabl. IV), to się przekonamy, że największa była ona w 1928 r. w Łodzi, a najmniejsza w Poznaniu i Katowicach, co zupełnie jest zrozumiałe, gdyż w Łodzi istnieją wszelkie wady miasta fabrycznego obok nędzy warstw szerokiego ogółu i dość niskiego poziomu kultury higienicznej, brak tam więc właśnie tych czynników, które w ośrodkach przemysłowych na Zachodzie wyrównują zwykłe wady, związane z przemysłem. W Katowicach zaś i Poznaniu poziom dobrobytu i kultury higienicznej stoi dość wysoko, i urządzenia zapobiegawczo-lecznicze dobrze funkcjonują.

Na spadek umieralności z gruźlicy w Polsce, mogło, mojem zdaniem, wpłynąć wczesne rozpoznanie gruźlicy i zapobieganie jej ze strony lekarzy i przesadna ftyzofobia ze strony publiczności, co daje się zauważyć w czasach ostatnich. Kto przed 30 do 40 laty zwracał się u nas do lekarza z powodu nieznacznego kaszlu, stanu podgorączkowego lub potów nocnych? który to lekarz zalecał u nas przed 30 — 40 laty wyjazd do lasu lub na wieś ozdrowieńcowi po tyfusie brzuszny, zapaleniu płuc, odrze, lub grypie, która nosiła wtedy zwyczajną nazwę: „zaziębienie”? Należy nadmienić, że obecnie grzeszymy nawet przesadą, rozpoznając nierzadko gruźlicę w takich przypadkach, w których jej wcale nie ma, co naraża pacjenta na cierpienie moralne i stratę materialną, ale przyznać muszę, że z dwójga złego: rozpoznanie gruźlicy nieistniejącej lub nierozpoznanie istniejącej wole zawsze pierwsze. Wśród publiczności zaś panuje ftyzofobia, i z tego powodu publiczność nauczyła się wyjeżdżać na wieś lub do lasu po pierwszym lepszym zaziębieniu, nie pytając się nawet o to lekarza.

Do zmniejszenia szerzenia się gruźlicy w czasach ostatnich w Polsce mogła się również przyczynić bardzo duża umieralność z gruźlicy podczas

wojny wszechświatowej; dużo suchotników zeszło wtedy ze świata, i tem samem zmniejszyły się znacznie ogniska zarazy.

Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli, wnioskować można, że spadek umieralności z gruźlicy istnieje obecnie we wszystkich prawie krajach kulturalnych i zależny jest nie od jednego, lecz od wielu różnorodnych i związanych ze sobą czynników. Nie ulega jednak, zdaje się, żadnej wątpliwości, że najwięcej do tego się przyczyniły: wyższa stopa życiowa w czasach ostatnich, lepsze warunki społeczno-ekonomiczne (lepsze odżywianie, opieka nad niemowlętami i dziećmi szkolnymi, dokarmianie ich, kolonje letnie, wychowanie fizyczne, rozwój sportu i t. p.), wyższy poziom kultury higienicznej i wreszcie czynnik zapobiegawczo-leczniczy w szerokim tego słowa znaczeniu (przychodnie, sanatoria, szpitale i t. p.).

Ciekawem jest, że jeszcze przed 30 laty Sokołowski kładł duży nacisk na pauperyzm, jako na jeden z poważniejszych momentów przyczynowych gruźlicy.

Istnieje aforyzm, że kultura każdego narodu daje się mierzyć ilością zużytego przezeń mydła. Aforyzm ten można obecnie parafrazować w ten

sposób, że miernikiem kultury higienicznej i dobrobytu każdego narodu może być stopień jego umieralności z gruźlicy.

PIŚMIENICTWO.

Besau. Ueberlegungen zur Calm. Schutzimpfungen. D. m. W. 1928 № 41 (ankieta w №№ 42, 43). Calmette. Tuberculose-Schutzimpfungen mit BCG. Ztsch. f. Tbk B 56 H 5. Geissler. Die Wandelung der sozialen komponente der Tuberculosesterblichkeit. Ztschr. f. Tbk. Bd 57 H. 3. Greenwood u Wolff. Einige methodologische statistische Studien zur Epidemiologie der Tuberculose. Ztschr. f. Tbk Bd 52 H 2. Hodson Vincent. Pulmonary Tuberculosis in the tropical Cyt. u. Wolffa (2). Klemperer. D. Tuberkulosetagung in Norderney. Ther. d. Gegenw. August 1930, str. 362. Neufeld. Immunität bei Tuberculose. Ztschr. f. Tbk. Bd 34 H 7. Prinzing. Handb. d. Med. Statistik 1906. Prinzing. Die Verbreitung der Tbk in den Europäisch. Staaten. Cyt. u. Wolffa (2). Roesle. Die angebliche Lösung der Tuberculosefrage in Peterzsebed. M. m. W. 1930 № 6. Sokołowski. Nauka o suchotach. Warszawa, 1920/21 str. 24. Szalai Eugen. Die Lösung d. Tuberculosefr. M. m. W. 1929 № 37. Wolff (1) Der Gang d. Tuberculosesterbl. u. die Industrialisierung Europas 1926 str. 76. Wolff (2) Ueber die Ursachen den Rückganges d. Tuberkulosterbl. in den Kulturstaaten. Ztschr. f. Tbk B 57 H½.

Wiadomości bieżące

— Z początkiem roku 1931 redakcja „Warsz. Czasop. Lek.” przystępuje do wydawania „Wykładów Lekarskich” w zeszytach mniej więcej dwukuszkowych i w terminach dwumiesięcznych. Pierwszy wykład p. t. „Współczesny stan leczenia kiły” pióra kol. Adama Straszynskiego ukaże się w styczniu r. przyszłego.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Panów Dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż z dniem 8 stycznia 1931 r. rozpocznie się w państwowej Szkole Higieny IV kurs przeszkolenia dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy wykonywania stałego nadzoru nad stanem sanitarno-porządkowym, otoczenia (t. zn. ustępów, studni, domów, mieszkań i t. p.), dokonywania nadzoru nad produktami spożywczymi, wytwórniami i miejscami sprzedaży ich, pobierania prób do analizy wody, produktów i t. p., dokonywania dezynfekcji, dezynsekcji i t. p.

Czas trwania kursu 5 miesięcy.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa 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. Ogólno-przygotowawczy: niezbędne wiadomości z fizyki i chemii, szkicowanie planów, wiadomości z prawa sanitarnego, zasady prowadzenia kancelarii, higiena ogólna i osobista, pierwsza pomoc.

II. Dział higieny publicznej: statystyka, walka z chorobami zakaźnymi, walka z chorobami społecznymi, ośrodki zdrowia, dezynsekcja i deratyzacja.

III. Dział techniki sanitarnej: pobieranie prób wody, urządzenia wodne, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budownictwa, higiena mieszkań i zakładów użyteczności publicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wentylacja, kąpielarnia, badania sanitarne na terenie, sporządzanie sprawozdań.

IV. Dział higieny artykułów żywności:

- a) wiadomości co do składu, własności, prawidłowości poszczególnych artykułów żywności i przedmiotów użytku;
- b) kwalifikowanie i sposób pobierania prób do badania;
- c) wstępne badania niektórych artykułów;
- d) przysyłanie prób do zakładów badawczych;
- e) kontrola sanitarna wytwórni i miejsc sprzedaży;
- f) obowiązujące ustawodawstwo.

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

Władze administracji ogólnej, samorządy terytorjalne, oraz instytucje sanitarne, zainteresowane 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 stanowiska.

Oplata za cały kurs wynosi 50 zł., płatne przy wpisie w dniu rozpoczęcia kursu. Słuchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z Bursy Państwowej Szkoły Higieny za opłatą kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi 6 zł. dziennie). Ponadto każdy ze słuchaczy musi mieć zapewnione przynajmniej 50 zł. miesięcznie na

wydatki, związane z pobytem na kursie, jak pomoce naukowe tramwaje i t. p.

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, odpisów świadectw szkolnych względnie z poprzedniej pracy, świadectwa zdrowia oraz 2 fotografie należy nadsyłać do Sekretariatu Państw. Szkoły Higieny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 grudnia 1930 r.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia:

(—) Adamski

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

Ze względu na niedostateczną liczbę zgłoszeń do uzdrowiska dla dzieci funkcjonariuszów państwowych w Ustroniu (woj. Poznańskie), wywołanych szeregiem nieporozumień co do zapłaty za pobyt i wyekwipowanie dzieci, przypominam Panom Wojewodom (Panu Komisarzowi Rządu) co następuje:

Dnia 1 kwietnia r. b. ustanowiona została taksa w wysokości 7 zł. dziennie za pobyt dziecka w Domu Zdrowia w Ustroniu, z czego 75% t. j. 5 zł. 25 gr. pokrywane jest z funduszy na pomoc lekarską dla funkcjonariuszów państwowych zaś 25% t. j. 1 zł. 75 gr. powinno być pokrywane przez rodziców dziecka.

Ze względu na to, że taksa, wnoszona przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w kwocie 5 zł. 25 gr., jest wystarczająca na pokrycie kosztów utrzymania dzieci w zakładzie, postanowiłem w celu udostępnienia funkcjonariuszom państwowym korzystania z Domu Zdrowia w Ustroniu uwolnić funkcjonariuszy od wnoszenia dodatkowej opłaty po 1 zł. 75 gr.

Przypominam również, że dziecko nie potrzebuje przywozić ze sobą nic poza zwykłym, ubraniem, ponieważ całą wyprawkę otrzymuje na miejscu.

Interesuję się osobiście zapewnieniem uzdrowiska „Ustronie” przez dzieci funkcjonariuszów państwowych potrzebujących wzmocnienia i wypoczynku, i proszę Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) również o osobiste zainteresowanie się tą sprawą.

Sławoj Składkowski
Minister

— Okólnik Min. Spr. Wewn. do Panów Wojewodów w związku z akcją Ministerstwa Robót Publicznych, zmierzającą do uregulowania ruchu pojazdów mechanicznych na drogach publicznych, i z akcją przewidywania środków względnie stacji ratowniczych przez wzgląd na zachodzące wypadki samochodowe, uprasza się pana Wojewodę o wywieranie wpływu na władze samorządu terytorjalnego na swoim obszarze służbowym, ażeby w miejscowościach, niemających należyte działające pogotowie ratunkowe swoje instytucje i urzędy w miarę posiadanych środków zaopatrzyły w najkonieczniejszy sprzęt ratowniczy, mianowicie w apteczkę (skrzynkę) ratowniczą, według typu, zaleconego okólnikami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 111 z dnia 1 lipca 1930 r. L. Z. H. 2478/30 i Nr. 186 z dnia 15 października 1930 r. L. Z. H. 3712/30. oraz ażeby zwracały się do Polskiego Czerwonego Krzyża celem wyszkolenia odpowiedniej liczby osób w stosowaniu zabiegów ratowniczych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Wz. Adamski

— Okólnik Min. Spr. Wewn. do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w Gdańsku.

Pensjonat „Wanda” w Bystrej Śląskiej przestaje być z dniem 31 grudnia 1930 r. zakładem leczniczym, uznanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych za nadający się do leczenia funkcjonariuszów państwowych na zasadzie § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4.VIII. 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555).

Począwszy od dnia 31.XII. 1930 r. nie można więc przekazywać do tego zakładu chorych funkcjonariuszów państwowych i członków ich rodzin z tytułu państwowej pomocy lekarskiej.

Osoby, które przekazane będą do wspomnianego zakładu przed powyższym terminem, mogą pozostać w zakładzie przez przeciąg czasu, oznaczony w przekazie.

O powyższem zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) zawiadomić wszystkich podległych Mu lekarzy, umówionych dla państwowej pomocy lekarskiej.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
Wz. Adamski.

— VI Kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”.

Przy poparciu Min. Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy przystępuje do organizacji 3 miesięcznego Kursu Uzupełniającego dla lekarzy — mającego za zadanie przygotowanie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych.

Obecny Kurs uwzględni w pierwszym rzędzie studia praktyczne jak również obejmuje cały szereg wykładów teoretycznych z dziedziny leczenia gruźlicy (zwracając uwagę na zabiegi jak odma sztuczna, phrenicoexerases i t. p.) oraz metod walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczy Kursu będzie miał możliwość praktycznego zapoznania się z kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u) w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej w Klinikach Uniw. Warszawskiego i na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich poradniach przeciwgruźliczych. Dla ułatwienia odbycia Kursu zostaną przyznane dla 10 lekarzy stypendja zwrotne w terminie 5 lat w wysokości 500 zł. dla każdego. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze delegowani przez Min. Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia), Kasy Chorych oraz Towarzystwa Przeciwgruźlicze.

Wykłady teoretyczne będą dostępne dla ogółu lekarzy bez żadnego ograniczenia i bez opłat. Kurs rozpocznie się dnia 15-go stycznia 1931 r.

Podania należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście w biurze Związku Przeciwgruźliczego — ul. Chocimska 24 (Państwowa Szkoła Higieny) od godz. 10-ej do 3-ej, do dnia 1 stycznia 1931 r.

Do podania należy dołączyć: 1) Krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji, która lekarza delegowała i 3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata.

O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna, poczem natychmiast wszystkim kandydatom wysłać będzie zawiadomienie.

Z ukończenia Kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzednim złożeniu końcowego egzaminu.

Komisja Organizacyjna Kursu zwraca uwagę na konieczność dokładnego przestudjowania przez kandydatów na Kurs książki p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”, wydanej pod redakcją prof. Dr. S. Ciechanowskiego przez P. Z. P. w r. 1927. Do-

kładne przestudjowanie tego działu umożliwi słuchaczom Kursu wykorzystanie należyte wykładów oraz zajęć praktycznych.

Dyrektor Polskiego Związku
Przeciwgruźliczego:
Dr. M. G r o d e c k i.

Prezes Polskiego Związku
Przeciwgruźliczego:
Dr. E. P i e s t r z y ń s k i.

— W dniu 9-ym b. m. rozpoczął się w Państwowej Szkole Higieny VI-ty kurs trachomatologii, w którym bierze udział 75-ciu lekarzy ze wszystkich województw Polski.

Pierwsze wykłady na kursie wygłosili: Prof. J. S z y m a ń s k i z Wilna i Prof. N. K a p u ś c i ń s k i z Poznania.

— W dniu 19. XI. 1930 r. odbyło się posiedzenie naukowe Pol. Tow. Gastrologicznego. Porządek dzienny został wypełniony przez odczyt J. C z a r k o w s k i e g o p. t. „W sprawie powikłań w przebiegu kamicy żółciowej” oraz pokazami Franka (oesophagospasmus), Róbin a (pseudocarcinoma ventriculi) i Seligera (rentgenogram pęcherzyka żółciowego bez badania kontrastowego i rentgenogramy dotyczące się przyp. cardiospasmus). W dyskusji zabierali głos: Grundzich, Dolkart, Czarkowski, Reznikow, Goldman, Róbin, Lubelski, Zążyński Radliński, Niewiadomski i Wejnert.

Następne posiedzenie odbędzie się dn. 17. XII. o godz. 8 wieczorem w sali wykładowej Zakładu fizjologicznego Uniwersytetu Warszawskiego.

Na porządku dziennym odczyt rektora profesora Michałowicza p. t. Zaburzenia w czynnościach grubego jelita, ich patogen za i leczenie.

— Polskie Towarzystwo Oto-ryno-laryngologiczne obchodziło w d. 7 grudnia r. b. dziesięciolecie swego istnienia. Na posiedzeniu, uroczystości tej poświęconemu, prezes Towarzystwa kol. Czarnecki, omówił działalność Towarzystwa od czasu jego powstania, Srebrny wygłosił odczyt o rozwoju i postępach ryno-laryngologii od czasu wynalezienia lusterka krtaniowego, Lubliner mówił o udziale lekarzy Polaków w historii oto-ryno-laryngologii, Pieniążek ocenił zasługi Przemysława Pieniążka jako ryno-laryngologa. — Z okazji wymienionej uroczystości Towarzystwo wybrało na członków honorowych: Zdzisława Dobrowolskiego, Stanisława Meyersona, Zygmunta Srebrnego i Witolda Szumlańskiego oraz wielu laryngotajtrów zagranicznych.

Dla upamiętnienia dziesięciolecia Towarzystwa prezes kol. Czarnecki, ofiarował zł. 1000 jako nagrodę za najlepszą pracę z dziedziny otologii, napisaną w r. 1931.

Uroczystość jubileuszowa zakończyła się bankietem, który w miłym nastroju przeciągnął się do późnego wieczora.

— Podaną w № 48 wiadomość o VII międzynarodowej wycieczce lekarskiej organizowanej przez Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie od d. 26. XII r. b. do d. 8. I. r. 1931 uzupełniamy następującymi szczegółami.

1) Dla wszystkich lekarzy Polaków koszt całkowitej wycieczki został zredukowany z 2500 fr. na 2000 fr. 2) Koszt wizy francuskiej został obniżony do wysokości 1 fr. w zlocie (zamiast dotychczasowych 40 zł.). 3) Ambasador francuski w Warszawie poczynił starania w naszym Min. Spr. Zagr. o udzielenie uczestnikom wycieczki paszportów ulgowych. 4) Koleje francuskie i włoskie dają uczestnikom wycieczki 50% zniżki na biletach I i II klasy. Uczestnicy są proszeni o jaknajszysze podanie marszruty, którą zamierzają obrać. Zniżki kolejowe ważne są od 22. XII r. b. do 20. I r. p. Dozwolone są przerwy w podróży w wielkich miastach francuskich włoskich. Marszruta w obydwuch kierunkach może być różna.

5) Żony towarzyszące uczestnikom wycieczki, mają prawo do tych samych ulg, co mężowie. 6) Na specjalne żądanie komitet wycieczkowy gotów jest do większych jeszcze ustępstw dla lekarzy Polaków.

Zwracamy uwagę na program wycieczki, obejmującej między innymi uroczystość inauguracji nowego wydziału lekarskiego w Marsylii d. 27. XII. r. b. i otwarcie nowej ulicy imienia Pasteura w Bordigherze d. 3. I. 1931 r. Bliższe szczegóły pod adresem: Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, Nice.

— Oprócz powyższej wycieczki Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie organizuje drugą — tygodniową — od d. 1 do d. 8 stycznia r. 1931, dla lekarzy, nie rozporządzających wolnym czasem. Punkt zborny w Nizy d. 1 stycznia, następnie program ten sam, co dla uczestników wycieczki dwutygodniowej (p. № 48 „W. Cz. L.”). Bankiet pożegnalny wydany zostanie d. 6. I w Nizy w Palais de la Jetée. Dzień 7 stycznia poświęcony będzie wycieczce w Alpy (sporty zimowe). Uczestnicy, życzący sobie rozpocząć pobyt na Riwierze przed 1 stycznia lub pozostać tamże po 8 stycznia, proszeni są o podanie swoich życzeń pod wyżej wskazanym adresem.

— Jednocześnie z innymi kursami międzynarodowymi w Berlinie w marcu r. 1931 zapowiadają profesorowie: Bruns, Nöller, Claus Schilling i Ziemann kurs p. t.: „Patologia i Parazytologia egzotyczna (włącznie z najważniejszymi punktami z higieny), jakoteż Kosmopolityczne choroby skóry, płciowe i zakaźne”.

ZMARLI:

Emanuel M a c h e k, b. prof. oftalmologii w Un. Jana Kazimierza — we Lwowie.

Roman B a r a ń c z, nadzw. prof. chirurgii w Un. Jana Kazimierza — we Lwowie.

NADESŁANO DO REDAKCJI:

K. S a w i c z. O leczeniu wziewaniami solankowymi i o wziewalni w Inowrocławiu. Odb. z „Nowin Lekarskich” 1930. Nr. 17.

Dr. Wiktor P r o s z k o w s k i. Sprawozdanie z pierwszego sezonu zimowego odbytego w Truskawcu w czasie od 1/12 — 1929 — 28/2 1930 r.

Dr. Władysław J a k o w i c k i. Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Un. Stefana Batorego w Wilnie w r. akademickim 1929/1930. Odb. z „Pamiętnika Wil. Tow. Lek.” Rok VI. Z 4 — 5.

Działalność Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego z 1929 r. Warszawa 1930.

Ludwik A n i g s t e i n. Studies on tropical typhus in British Malaga (Preliminary note). Odb. z „The Malayan Med. Journ”. Vol. V. Nr. 2.

Dr. T. M o g i l n i c k i. 25 lecie Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi 1905/1930 Łódź MCMXXX.

Pamiętnik III. Zjazdu Lekarzy w Krynicy 1930.

Dr. med. Paweł S p e i d e l. (Łódź). O leczeniu radem nowotworów złośliwych. Odb. z „Medycyny Warsz”. 1930 Nr. 16.

H. H i g i e r. W sprawie klasyfikacji i dagnostyki pewnych rzadszych postaci przewlekłych chorób mózgowych. Odb. z „Księgi jubileusz. Edwarda Flatau” 1929.

Tenże. Zadania pracy eugenicznej w warunkach bytowania mas żydowskich. Odb. z Księgi Pami. I-go krajow. Zjazdu lekarsk. „Tozu” w r. 1928.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

16 XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. M. Goldbaum: Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gośdca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „cuti-vaccin“ Paul'a (z pokazem chorych). 2. Prezes. Wniosek Zarządu o organizacji wyborów Władz Towarzystwa na rok 1931

16. XII. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia
B. Pokazy 1. F. Turyn: Przypadek współistnienia objawów nadczynności i niedomogi tarczycy. 2. J. Penson i M. Płoński: Przypadek niedokrwistości złośliwej. 3. N. Piwko: Przypadek zapalenia szpiku kostnego kręgu i jego leczenie.
C. Odczyt: M. Fejgin: Sinica, mechanizm jej powstawania i znaczenie kliniczne.

17. XII. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1) Pokazy: Fr. Ks. Cieszyński: Wrażenia z II Międzynarodowego Kongresu Pedjatrycznego w Stockholmie.

17. XII. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

1. Pokazy: a) Z. Radliński i Siedlecka: Glioma pendulum ventriculi. b) Lubelski: Przypadek

guza trzustki (choleodocho-gastrostomia). II. M. Michalowicz: Zaburzenia w czynnościach grubego jelita, ich patogenetyczne i leczenie. III. Schläger: Sprawozdanie ze zjazdu Gastrologicznego w Budapeszcie. IV. Orzech: Sprawozdanie ze zjazdu w Karlsbadzie.

20. XII. Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

1. Herman: Przypadek zapalenia surowiczego opon w przebiegu zapalenia opon nagminnego. 2. Zandow: Przypadek dziedzicznego niedowładu kończyn dolnych. 3. Bychowski: Przypadek selerosis tuberosa. 4. Jechimowicz: Kilak twardówkowo-kostny z Jacksonem. 5. Matecki: Przypadek ugięśnienia własnych myśli i omamów wrzecznych. 6. Sterling: Choroba Legg-Calvé-Perthesa powikłana objawami tani dwudzielnej, myopatji i makroge-nitozomji. 7. Potok: Zanik mięśni z objawami kurczowemi. 8. Jermulowicz: Meningomyelitis chronica c. arthritide deformante.

20. XII. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. J. Eisenfarb: Przypadek marskości wątroby o niezwykle przebiegu. 2. S. Hromi Konopnicki: Przypadek zespołu Adams-Stokes'a. 3. E. Zamłyński: Spostrzeżenia kliniczne z przebiegu zakażenia wielkoustem jelitowym (2 przypadki). 4. H. Higier: Skreć szyji napadowej (torticollis mentalis). 5. F. Turyn: Przypadek współistnienia objawów nadczynności i podczynności tarczycy.

TREŚĆ: B. GLASS. Zasady leczenia uciskowego gruźlicy płuc. — J. TYPOGRAF. O psychice chorych sercowych. — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — K. KORONKIEWICZ. O reformę periodycznej prasy lekarskiej. — G. LEWIN. Zagadnienie zmniejszenia się umieralności z gruźlicy w krajach kulturalnych (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Zmarli — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: B. GLASS. Les principes du traitement de la tuberculose pulmonaire par collapse — J. TYPOGRAF. L'âme des malades cardiaques. — K. KORONKIEWICZ. Sur la réforme de la presse périodique médicale. — G. LEWIN. Le problème de la diminution de la mortalité de la tuberculose dans les pays civilisés (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

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, mieści się w 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 3-ej do 4-ej pp.

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

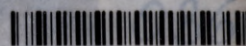


Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.



Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009818

