

WIADOMOŚCI LEKARSKIE

**CZASOPISMO POŚWIĘCONE MEDYCYNIE
PRAKTYCZNEJ, SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ
ORGAN ZWIĄZKU LEKARZY KAS CHORYCH**

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: LWÓW, UL. BATOREGO L. 32/III, TELEFON 31-36
Konto P. K. O. 153.754.

VITAVIT (VITAMINA „D“)

1^o/_o-owy roztwór olejowy ergosteryny
naświetlanej

zatw. za Nr. Reg. 1190 Min. Spraw Wewn.

stosuje się przy KRZYWICY (rachitis), SKAZIE
WYSIĘKOWEJ, ROZMIĘKCZENIU KOŚCI (osteomalacja) i NIEDOKRWISTOŚCI po 5 do 10 kropeł
dziennie w ciepłym mleku, kakao i zupie.

FLAKON zawiera 10 cm³.

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS I SYN, Sp. Akc.
WARSZAWA.

Milować Ojczyznę znaczy pracować i oszczędzać, gdyż jedynie pracą i oszczędnością otworzymy silne podwaliny pod budowę naszej gospodarczej niezależności.

Najlepiej i najkorzystniej ulokujesz swe oszczędności
w złotych i w dolarach

W Miejskiej Kasie Oszczędności we Lwowie

Centrala: ul. Wałowa 1. 9. Oddział I.: ul. Gródecka 1. 60.

Za złożeniem wkładki zł. 5.—, wydaje Kasa do domu
skarbonkę oszczędnościową.

Zamiejscowym klientom, celem ułatwienia składania oszczędności, wysyła bezpłatnie czeki P. K. O.

Za wkładki i ich oprocentowanie ręczy gmina
m. Lwowa całym majątkiem.

Każdy zaoszczędzony grosz powiększa bogactwo narodu!

BOROTROPINA



MAGISTRA KLAWE

(CH_2)₆ N₄ 3H₂O₂

BOROTROPINA-KLAWE jest wybitnie skutecznym
środkiem odkazającym drogi
moczowe.

BOROTROPINA-KLAWE rozpuszcza złoży mo-
czanowe.

BOROTROPINA-KLAWE jest używana przy nie-
żyłach pęcherza, zapa-
leniach miedniczek ner-
kowych, kamicy nerkowej,
rzbączce.

OPAKOWANIE:

FLAKON z 20 TABLET

25,0 PROSZEK
(zob. receptury)

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

MAGISTER KLAWE S.A. WARSZAWA

1947. D. 4900

MICHAŁ MARUŃCZAK

KRAKÓW, UL. SŁAWKOWSKA 10

HURTOWNY i DETALICZNY MAGAZYN

poleca :

Instrumenta

i urządzenia lekarskie,
laboratoryjne, weterynaryjne,
materjały chirurgiczne, sanitarne,
opatrunkowe, gumowe i galanterję ap-
teczną, oraz wszelkie inne w po-
wyższy zakres wcho-
dzące artykuły.

CENY ŚCIŚLE FABRYCZNE. OBSŁUGA FACHOWA.

Proszę żądać oferty.

Wysyłki do wszystkich miejscowości odwrotnie.

**W gościcu ostrym, a zwłaszcza przewlekłym najlepsze
wyniki otrzymujemy stosując**

„PHENNIN-MOTOR“

Wybitne Antipyreticum i Antineuralgicum

Dawka jednorazowa 1,0.

Dawka dzienna 3,0—6,0.

„NEUTROL-MOTOR“

Krzemian glinu $Al_2 Si_6 O_{15} 2H_2O$

**usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar kwasu solnego, wobec
czego jest niezastąpionym środkiem we wszystkich schorzeniach,
połączonych z nadmiernym wydzielaniem HCl, jako to: nadkwa-
śność, sokotok żołądkowy, wrzód żołądka i dwunastnicy.**

Stały skład!

Pewne działanie!

Nie zaburza trawienia!

INŻ. FERD. GOLDBERG

BIURO INŻYNIERSKIE (DZIAŁ ELEKTROMEDYCZNY)

KRAKÓW, SEBASTJANA 6, TEL. 2389

Aparaty rentgenowskie („Koch & Sterzel“ „Sanitas“) najnowszej konstrukcji dla dżagnostyki i terapii; aparaty dżatemiczne, variostaty i t. d.

Lampy rentgenowskie fabrykacji C. H. F. Müller-Hamburg.
Lampy kwarcowe i Sollux oryg. Hanau.

Wszelkie akcesorja rentgenowskie, filmy, elektrody do dżatermji etc. stale na składzie. Montaż i konserwacja aparatów.

Kosztorysy i urządzenia agregatów benzynowo-naftowych dla wytwarzania elektryczności i zasilania aparatów w miejscowościach bez prądu elektrycznego.

Proszę zażądać oferty oraz prospektów lub odwiedzin fachowego zastępcy.

Ogłoszenie.

Powiatowa Kasa Chorych w Lidze (Województwo Nowogródzkie), podaje do wiadomości, iż z dniem 1 marca 1929 r. będzie wakowała posada Lekarza-internisty-akuszerza w Oddziale Kasy w NIEMNIE.

Warunki następujące:

Uposażenie 700 zł. miesięcznie i mieszkanie składające się z 3 pokoi i kuchni.

Praca ambulatoryjna dziennie do 4 godz. Frekwencja chorych do 20 osób, do pomocy felczer pielęgniarz i akuszerka. Praktyka prywatna obejmuje z braku lekarzy w promieniu 30 km. Komunikacja dogodna. Okolica nad NIEMNEM bardzo malownicza.

Termin składania ofert upływa z dniem 20. II. 1929 r.

Komisarz rządowy:

EUGENIUSZ GOŁĘBIEWSKI



DLA WYGODY P. P. LEKARZY WIĘCEJ UŻYWANE ZASTRZYKI SĄ OPAKOWANE W ODDZIELNYCH PUDELECKACH

ZASTRZYKI WYJAŁOWIONE

naszego wyrobu odznaczają się dokładnem przygotowaniem

Przy zapisywaniu prosimy dodawać słowo „GAŚECKIEGO” próby na każde żądanie.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

ADOLF GAŚECKI i SYNOWIE w WARSZAWIE

KANTOR UL. LESZNO L. 41.

SKŁAD FABRYCZNY I PRZEDSTAWICIELSTWO NA MAŁOPOLSKIE
LWÓW, UL. SOBIESKIEGO L. 15. — TELEFON 56-08.

Dzwolony do stosowania w Kasach Chorych Rzeczypospolitej

ORTHOPHAN

BARCIKOWSKI

PIPERAZINUM PHENYLINCINCHONINICUM

Nr. rejestru 1131.

WSKAZANIA:

Gościec stawowy, artretyzm, dna, reumatyzm, zła przemiana, materji, neuralgja. — Srodek przewyższający inne środki rozpuszczające kwas moczowy. — Posiada własności przeciwnzapalne i znieczulające, moczopędne i żółciotwórcze.

Opakowanie prywatne: drażetki ocukrzone . . 100 x 0,10
Opakowanie kasowe: drażetki ocukrzone 50 x 0,10

WITAMINA

S. A. w POZNANIU

wyłączna sprzedaż wyrobów FIRMY: R. BARCIKOWSKI S. A. w POZNANIU na Królestwo i Małopolskę.

Poznań — Towarowa 21.

PRÓBKIE LEKARSKIE WYSYŁA SIĘ NA ŻĄDANIE BEZPŁATNIE

**CZOPKI
HEMOROIDALNE**

VARICOL

Z KOGUTKIEM

REGISTR. M. Z. P. № 354.

PUDEŁKO 12 SZT.

REGISTRO
№ 2.334

VARICOL

HEMOROIDALNE

CZOPKI PRZECIWKO

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

HEMOROIDALNE

USUWAJĄ:

STAN ZAPALNY, BÓL,
SWĘDZENIE I PIECZENIE.

GOJĄ RANKI, SUSZĄ I DEZYNFEKUJĄ. ZMNIEJ-
SZAJĄ KRWAWIENIE I GUZY W ODBITNICY. POWODUJĄ SZYB-
KIE I PRZYJEMNE WYPRÓBNIE. NIE ZAWIERAJĄ NARKOTYKÓW.

PROSPEKTY I PRÓBKI GRATIS.

ADOLF GASECKI i S^{WIE}

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEM. FARMAC. W WARSZAWIE.
KANTOR UL. LESZNO 41, TEL. 56-26.



„VITA“

Fabryka farmac.-chemicz.

Kraków, ul. Krowoderska 74

Poleca WP. Lekarzom w praktyce Kasowej i prywatnej o wypróbowanem działaniu i smaku

Musujące TABLETKI WÓD MINERALNYCH jako to:

1. Apenta
2. Bilińska
3. Emska
4. Franc. Józefa
5. Gieshübler
6. Hunyady
7. Karlsbad
8. Kissingen
9. Marienbad
10. Salvator
11. Selterska
12. Vichy

Na życzenie WP. Lekarzy przesyłamy literaturę, cenniki i próbki.

POWIAT. KASA CHORYCH

W CHEŁMIE LUB.

ogłasza

KONKURS

na dwa stanowiska lekarzy kasowych

1. lekarza chirurga ze znajomością laryngologii; 2. lekarza internisty ze znajomością pedjatrii.

Wymagane kwalifikacje: 1. obywatelstwo polskie; 2. dyplom lekarski; 3. świadectwo z odbytej praktyki szpitalnej.

Wynagrodzenie według umowy za pracę w stosunku od 4—6 godzin dziennie. — Oferty należy kierować do Zarządu Pow. Kasy Chorych w Chełmie Lubelskim do dnia 20 lutego 1929 r.

Zarząd Pow. Kasy Chorych
w Chełmie-Lub.

Balsam Thiocolan

i

Balsam Thiocolan

c. phitino

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju
W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy podkreślających dodatnie działanie tych środków

**CO JEST NAJLEPSZYM ŚWIADCTWEM ICH WARTOŚCI
 LECZNICZEJ**

UŻYCIE: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.



**DLA KAS CHORYCH POSIADAMY
 SPECJALNE, T AN I E, SZPITALNE
 OPAKOWANIE.**

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc,
 przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego
 rodzaju nieżyty płuc i t. p.

**MOKOTOWSKA FABRYKA
 CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA**

Adolf GĄSECKI i Syn
W WARSZAWIE
KANTOR UL. LESZNO L. 41

**SKŁAD FABRYCZNY I PRZEDSTAWICIELSTWO NA MAŁOPOLSKĘ WSCHODNIĄ
 LWÓW, UL. SOBIESKIEGO L. 15 — TELEFON 56-08.**

Przed używaniem PINOMETHYLU należy otwory i wnętrze nosa natrzeć lekko WAZELINĄ!

Przed używaniem PINOMETHYLU należy otwory i wnętrze nosa natrzeć lekko WAZELINĄ!

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutycznego

Apteki im. Królowej Jadwigi, Mra JÓZEFA KOPERSKIEGO

Telef. Nr. 2383. KRAKÓW, ul. Karmelicka L. 9. Telef. Nr. 2383.

poleca

PINOMETHYL

(Substancje = Olea aethaerea Comp. Camph. Menthol Phenol. Terpen, ol. Parafin, Chlorophyl.).

Środek przeciw katarom nosa i krtani, chrypcce, kaszłowi i duszności.

Zarejestrowany w Ministerstwie Spr. wewn. p. No R. 1198.

Cena Zł. 1.75

ustalona przez Ministerstwo Spr. Wewn.

Pinomethyl

usuwa Katar!

Pinomethyl

usuwa następstwa Kataru!

Pinomethyl

chroni od kataru, grypy i influencji.

Pinomethyl

używa się 3—5 razy dziennie po jednej kropli na wacie wprowadzając do nosa.

Pinomethyl

używa się przy kaszlu i duszności 3—4 razy dziennie po jednej kropli na cukier.

Pinomethyl

przy katarach i kaszlu u małych dzieci wciera się na piersi lub szyję trzy razy dziennie po 3 do 5 kropli (wpierw natrzeć wazeliną).

Pinomethyl

jest znakomitym środkiem dezynfekcyjnym dróg oddechowych — chroni od chorób zakaźnych.

Próbki dla P. T. Lekarzy, Szpitali i Kas Chorych na żądanie przesyła się odwrotną pocztą bezpłatnie!

PINOMETHYL

Do nabycia we wszystkich aptekach w Polsce.

ZAKŁAD GAZOWY MIEJSKI

WE LWOWIE, UL. GAZOWA 28 — TEL. NR. 492 i 43

wykonuje kompletne urządzenia dla doprowadzenia gorącej wody i do innych aparatów lekarskich ogrzewanych gazem, sterylizatorów i t. p. — — — **Kosztorysy bezpłatnie.**

SANTARJA SPÓŁ. Z OGRANICZONĄ ODPOW.
KRAKÓW, SŁAWKOWSKA 6, tel. 3050

HURTOWNIA OPATRUNKÓW, INSTRUMENTÓW ORAZ MEBLI LEKARSKICH

Jedynie w Polsce **najtańsze źródło** zakupu dla p. t. Kas Chorych, szpitali i lekarzy.

W Panów lekarzy urządza się kompletnie **na dogodnych warunkach.**
U W A G A: Wysyłki zamiejscowe uskutecznią się odwrotnie.

SKŁAD WARSZAWSKI Przyborów Fotograficznych
i PRACOWNIA FOTOGRAFICZNA Kraków, ul. Szewska 2, tel. 1428

poleca

Aparaty czołowych fabryk, jak: Zeiss Ikon, Voigtländer i Leitz oraz **BŁONY RENTGENOWSKIE i AKCESORJA** jak: Tanki i ramki do wywoływ. błon rentg., Kasty metalowe Kodaka, Ekran y wzmacniające, Negatoskopy, Szczypczyki i t. p.

Istniejące od lat 35 **ZAKŁADY Prof. BUJWIDA**

DLA WYROBU SUROWIC I SZCZEPIONEK SPÓŁ. Z OGR. ODPOW.

w Krakowie, ul. Lubicz 34 Adres telegraficzny: BUJWID KRAKÓW
Telefon Nr. 301

polecają: **SUROWICĘ PRZECIWBŁONICZĄ**

à 1000 I. E. } w 5 ctm. | à 2500 I. E. } w 5 ctm. | à 5000 I. E. } w 5 ctm.
1500 I. E. } | 3000 I. E. } | 6000 I. E. }
2000 I. E. } | 400 I. E. } | 7000 I. E. }

ANATOKSYNĘ PRZECIWBŁONICZĄ (do szczepień zapobiegawczych) oraz inne szczepionki i surowice dla ludzi i zwierząt.

KONKURS

na stanowisko

lekarza

ordynującego do Pow. Kasy Chorych w Oświęcimiu, z siedzibą w Brzeszczach.

WARUNKI: Prawo wykonywania praktyki lekarskiej oraz uzdolnienie do wykonywania zabiegów w zakresie małej chirurgji i położnictwa. Liczba godzin ordynacji pięć, co drugi dzień dyżur, po przyjęciu trzeciego lekarza, co trzeci dzień, odwiedzanie obłożnie chorych.

Zgłoszenia należy kierować do Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, ul. Batorego 5. — Termin rozpatrywania podań 1 marca 1919,

Wynagrodzenie według umowy.

**Okręgowy Związek Kas Chorych
m. Krakowa**

DOM HANDLOWY

ADOLF PFÜTZNER i SYNOWIE

Tel. 20-75 Lwów, ul. Słowackiego 4. Tel. 20-75

poleca:

Wszelkie artykuły lekarskie, laboratoryjne, chemikalja, bibuła do filtrowania, aparaty szklane, MIKROSKOPY, TERMOSTATY, Suszarki, POLARYMETRY, wstrzykawki Record, TERMOMETRY, Węże gumowe, Wagi oraz wszelkie środki naukowe.

PRENUMERUJCIE

> Wiadomości Lekarskie <

CZASOPISMO LEKARZA PRAKTYKA

PRZYNOŚI

wykłady
kliniczne, przyczynki
kazuistyczne, streszczenia zbiorowe,
artykuły z dziedziny medycyny społecznej, zawo-
dowej i ubezpieczeń społecznych, bogaty dział
referatowy, który obejmuje piśmiennictwo ame-
rykańskie, angielskie, francuskie, niemieckie,
polskie, rosyjskie, — wiadomości
bieżące, komunikaty
urzędowe.

Pismo

prenumerować mogą wszyscy lekarze

Prenumerata kwartalna wraz z przesyłką 4 zł 50 gr

Prenumeratę należy uskutecznić na Konto P. K. O. 153.754

JUŻ WYSZEDŁ Z DRUKU

> SKOROWIDZ LECZNICTWA <

(Kartoteka nowoczesnej terapii) — pod red. **prof. U. J. Dr. L. Korczyńskiego** przy współpracy znanych specjalistów.

Ze względu na nadzwyczajny wynik subskrypcji, która pokryła blisko $\frac{3}{4}$ nakładu i w związku z zamierzonym drugim nakładem **przedłużamy termin subskrypcji do 15. III. 1929.**

Prospekt i karty zamówień znajdują się w niniejszym numerze.

WYDAWNICTWO
„SKOROWIDZ LECZNICTWA“
KRAKÓW, SEBASTJANA 6. Tel. 2389

LINOLEUM

DO GABINETÓW LEKARSKICH

CERATY

NA STOŁY OPERACYJNE

GUMOWE

ARTYKUŁY CHIRURGICZNE

POŃCZOCHY i BANDAŻE

przeciw

ŻYŁAKOM I OBRZMIENIOM NÓG

poleca

SPECJALNY SKŁAD

LINOLEUM i CERAT

LEOPOLDA HAASA

Lwów, Legjonów 3, Tel. 16-45

> MIKRON <

INŻ. TADEUSZ WERESZYCKI

Zakład elektro-mechaniczny

Lwów, Asnyka 1. 10, tel. 55-95

Wytwórnia żarówkowych ką-
pieli elektrycznych. Precyzyjna
naprawa wszelkich maszyn i przy-
rządów elektro-medycznych:

aparatów Rentgena
lamp kwarcowych
diatermji
pantostatów i t. d.

Naprawa i przewanie maszyn elektrycz-
nych, transformatorów, starterów automo-
bilowych oraz przyrządów mierniczych
jak amperomierze i woltomierze. Montaż
tablic rozdzielczych. Dział radjowy. Łado-
wanie akumulatorów i baterji anodowych.

Zamówienia z prowincji załatwia się odwrotnie



YATREN - CASEIN

Szczególne zalety: Łagodny odczyn ogniskowy — Brak odczynów ogólnych — Sposobowane działanie — Łatwe dawowanie — Stały skład — Zapewniona jałowość.
Wskazania: Cierpienia stawów i mięśni — Nieżyty oskrzeli i rozstrzeń oskrzeli — Grypa i odoskrzelowe zapalenie płuc — Zapalenie narządów płciowych u kobiet — Gorączka wskutek poronienia i zakażenia — Zapalenie tęczęwki w połączeniu z zapaleniem ciała rzeskowego.

Przedstawicielstwo na b. Kongres. i Kresy Wschodnie: **Dom Handlowy Inż. Stanisław Pozowski, Warszawa, Emilji Plater Nr. 9/11, tel. 49-72.** — Przedstawicielstwo na Małopolskę, Górny Śląsk i Poznańskie: **Aptekarz Drancz i S-ka, Bielsko, Wojew. Śląskie.**

W Kasach Chorych dozwolony do obrotu specyfik:

CARBOSAN

„GALEN“

NR. REJ. 1161, PULVIS — VEL PASTILLI NR. REJ. 1162.

WSKAZANIA; Gastritis, ENTERITIS, Colitis, Cholera, DYSENTERIA, Typhus abdominalis.

WSKAZANIA: Dorosłym 2—4 łyżek lub 6—8 pastylek dziennie.
Dziociom połowa powyższych dawek.

Dział nie CARBOSANU zawdzięczyć należy: znacznej zawartości czystego węgla zwierzęcego i koloidalnej krzemionce, o najwyższym stopniu absorbcyjnym.

„GALEN“

Lwów, ulica Ochronek 1. 6.

Próbki dla P. T. Lekarzy bezpłatnie.

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

ANTIPYRETICUM — ANALGETICUM bez wszelkich ubocznych działań.
SWOISTE ANTIPYRETICUM W GRUŻLICY

NIE POWODUJE:

Ani zapaści
obfitych potów
zaburzeń żołądkowo-jelitowych

Wszystkie wskazania salicylu i jego pochodnych

POSTACIE: Pulvis **Cryogénine** (dla czopków, proszków, zawiesin i t. p.)
Comprimés **Cryogénine** à 0,50 grm. tabl.
Comprimés **Cryogénine** à 0,25 grm. tabl.

Dawkowanie: Dorośli: 1,0—2,5 grm. pro die — Dzieci: zależnie od wieku
Wprowadzona do oficjalnego lekospisu Kasy Chorych miasta st. Warszawy i miasta Lwowa.

Próby bezpłatnie na żądanie WPP. Lekarzy

PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ:
L. Nasierowski, Warszawa, Piękna 62, tel. 30-42, 124-39

HÉMOPLASE LUMIÈRE

Biologiczny środek krwiotwórczy, otrzymany z protoplazmy krwinek
Zawiera w stanie biologicznie czynnym FERMENTY i LIPOIDY KRWI

Przewyższa wszystkie przetwory arseno-żelazowe i hemoglobinowe

WSKAZANIA: Niedokrewność. Blednica. Anemja. Schorzenia gruźlicze. Rekonwalescencja. Krwotoki i stany po krwotokach (haemoptoë, typhus abdominalis, desynteria, etc. etc.). Nowotwory.

P O S T A C I E :

AMPULKI à 10 ccm. (średnięśniowo) — 2—3 zastrzyki tygodniowo:

DRAŻETKI — 6—10 drażetek dziennie,

OPLATKI — 3—6 opłatków dziennie,

GRANULKI (specjalnie dla dzieci) z cukrem i czekoladą — 1—4 łyżeczek od herbaty dziennie zależnie od wieku.

Próby bezpłatnie na żądanie WPP. Lekarzy

PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ
L. Nasierowski, Warszawa, Piękna 62, tel. 30-42, 124-39

WIADOMOŚCI LEKARSKIE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE MEDYCYNIE
 PRAKTYCZNEJ, SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ
 ORGAN ZWIĄZKU LEKARZY KAS CHORYCH

W. JANUSZ i W. RZEPECKI
Z ZAKŁADU UMYSŁOWO-CHORYCH
W KULPARKOWIE
(DYREKTOR DR. J. BEDNARZ)

KIŁA A JEJ CZWARTORZĘDNE SCHORZENIA UKŁADU NERWOWEGO

Nieliczne jeno choroby doczekały się tak bogatego i wszechstronnie zdawałoby się opracowanego piśmiennictwa — jak właśnie kiła, z którą łączymy obecnie istotę i pochodzenie zachorzeń czwartorzędnych układu nerwowego a mianowicie wiał rdzenia, porażenie postępujące oraz kiłę rdzenia z postępującymi zanikami mięśni (poliomyolitis syphilitica amyotropica).

Ze wszech miar ważną rzeczą jest dokładne uświadomienie sobie zagadnienia oraz istoty czwartorzędnych schorzeń a to zarówno ze względów praktycznych jak i społecznych, albowiem dopiero wtedy może być mowa o usunięciu szkodliwych i zgubnych następstw, jakie kiła pociąga za sobą w postaci najrozmaitszych porażień układu nerwowego.

Mnóstwo teorii klinicznych, odpornościowo-biologicznych i anatomicznych usiłuje wyjaśnić pochodzenie i patogenezę kiłowych zmian układu nerwowego.

Tę część naszej pracy pragnę poświęcić narazie jeno zagadnieniu kliniczno-statystycznemu, dotyczącemu kiły środkowego układu nerwowego, która zaznacza się w 5—20% wszystkich zachorzeń kiłowych, przyczem mózgowie dogłowe poraża się pięć razy częściej aniżeli rdzeń.

Pozornie zdawałoby się mogło, że pochodzenie omawianych zmian układu nerwowego nie przedstawia się zbyt zawiłe. Es mach i Jessen¹⁾ byli pierwszymi, którzy w 80-tych latach minionego stulecia zwrócili uwagę na przyczynowy związek, zachodzący między kiłą a porażeniem postępującem. W r. 1906 Plaut²⁾ spostrzegł, że surowica krwi u wszystkich badanych chorych na porażenie postępujące wypadła dodatnio w próbie Wassermana. W r. 1910 Strassman³⁾ wykrył krętka bladego w jednym przypadku meningo — encephalo — myoelitisluetica. W r. 1913-tym Noguchi⁴⁾ a później Moore⁵⁾, Richter⁶⁾, Jahnel⁷⁾, stwierdzili obecność krętka bladego w istocie mózgowej. Levaditi⁸⁾ wykazał obecność wspomnianych drobnoustrojów w podobnych przypadkach w stu procentach. Valente⁹⁾ oprócz poszukiwań krętków w mózgowiu zmarłych stosował również przyżyciowe nakłucia czaszki u 40 chorych paralityków, przyczem stwierdzał obecność tych pasożytów w 70% wszystkich badanych przypadków.

Wspomniani uczeni uzasadnili niejako zło chorobowe a tem samem zapoczątkowali nowy okres nauki o kile układu nerwowego. Wiele atoli przyczyn pośrednich, jakoteż sprecyzowanie właściwej istoty omawianych zmian unika wciąż jeszcze badawczego promienia wiedzy. Słusznie zauważa doc. M. Zieliński¹⁰⁾, że „związek przyczynowy mówi nam często za mało: np. w stosunku zależności paraliżu postępowego od kiły nie znajdujemy jeszcze wyjaśnienia, dlaczego powstaje ten swoisty obraz choroby z pośród kilku możliwości, wynikających z kiłowego zakażenia układu nerwowego“. Dlatego pozostaje nadal niewyjaśnioną rola, jaką krętek błądy odgrywa w zmianach anatomo-patologicznych w najrozmaitszych iankach. Należałoby tedy ustalić istotę biologicznych procesów zachodzących w zakładzie nerwowym w przebiegu kiły. Właśnie w tych oto przypadkach wyłaniają się na plan pierwszy dwa sprzeczne ze sobą a jednak obok siebie występujące procesy to jest zakażenie bakterjalne oraz zachowanie się odczynu dotkniętego ustroju. Współdziałanie owych dwóch wręcz kontrastujących procesów stanowi w wyniku podstawową przyczynę zmian histopatologicznych oraz mnóstwa przejawów klinicznych kiły układu nerwowego.

Dzięki ostatnim wszechstronnym badaniom kiła układu nerwowego została wyodrębnioną w samodzielny postać chorobową o zupełnie określonym pochodzeniu, przebiegu epilogu. Wzmiankowana jednostka chorobowa w świetle anatomji patologicznej i kliniki przedstawia szereg poszczególnych obrazów, łączących się z sobą w nieprzerwany łańcuch, którego krańcowe ogniwa stanowią „pospolita“

kiła oraz „pokila“ (metalues) układu nerwowego z mnóstwem przejściowych postaci. Metalues nie jest zatem jeno następstwem kiły, jak mniemano dotychczas, lecz istotną, to jest właściwą kiłą o nieco, odmiennym przebiegu w porównaniu z jej wcześniejszymi postaciami.

Wykrycie krętków białych w układzie nerwowym w przebiegu t. zw. metakiły położyło kres wszelkiej dalszej dyskusji co do pochodzenia wspomnianych zachorzeń. Natomiast sprawa, dotycząca właściwości krętków białych a w szczególności ich biologicznego zachowania się w przebiegu wczesnej i późnej kiły układu nerwowego — pozostała nadal sporną. Dwojakiego rodzaju poglądy usiłują sprawę tę wyjaśnić. Jedni uważają, że właściwości biologiczne krętków ulegają zmianom pod wpływem działania humoralnego i komórkowego. Inni natomiast przypuszczają, że krętki od chwili pierwotnego wniknięcia do ustroju już wyróżniają się odrębną właściwością biologiczną, a mianowicie wybiórczem działaniem względem układu nerwowego (neurotropizm). Zdaniem tych autorów, owa właściwość krętków wywołuje odrębną postać kiły — mianowicie „lues nervosa“, która to postać przyczynia się częściej aniżeli zwykła kiła do porażenia układu nerwowego. Wreszcie niektórzy badacze pod tą samą nazwą pojmują swoistą odmianę krętków, powodujących wyłącznie późniejsze spirochetozy przewlekłe.

Nauka usiłuje tą sprawę wyjaśnić zapomocą metod morfologicznych i biologicznych.

Japoński zasłużony badacz Noguchi¹¹⁾ wydzielił trzy odmiany krętków różniących się wielkością, postacią zakrętów oraz szybkością ruchów. Z owymi cechami morfologicznymi krętków spotykamy się ponoć stale.

Pfeiffer¹²⁾, wszczepiając królikom tkankę mózgową chorych na paraliż postępowy — ustalił w dodatkich przypadkach, że tkanka nerwowa badanych zwierząt zawiera najrozmaitsze pod względem morfologicznym odmiany krętków. Powyższy fakt nasuwa mu wniosek, iż niema specjalnych krętków, wywołujących wyłącznie paraliż postępowy a zatem działających specjalnie na układ nerwowy. Również i Jahnelt nie dopatruje się większych różnic morfologicznych między zwykłymi krętkami kiłowymi a pochodzącymi od chorych na paraliż postępowy, albowiem barwią się one zupełnie jednakowo.

Jedynie Levaditi i Marie¹³⁾ uzasadniają biologiczną różnorodność krętków opierając się na wynikach doświadczeń z przetaczaniem królikom krwi chorych na paraliż postępowy. Oni to wprowadzili nowe pojęcie — syphilis a virus nerveux, która to postać kiły, zdaniem ich, różni się wybitnie pod względem biolo-

gicznym od kiły dermatopowej. Późniejsze badania kontrolne dowiodły jednakowoż ponad wszelką wątpliwość, że autorowie ci w swojej pracy eksperymentalnej przez niedopatrzenie pomieszali domniemane krętki ze *spirochaeta cuniculi*. Tem samym błędna w swem założeniu teoria neurotropowa Levaditi'ego nie może stanowić podstawy naukowej.

P. Ehrlich wyraził natomiast zapatrywanie, że krętki blade po upływie pewnego czasu stają się neurotropowymi, albowiem dopiero wówczas powstają tak zwane „wysokie generacje ponowne“ krętków (*hohe Rezidivstä m m e*), co daje się zauważyć również u świdrowców oraz u innych gatunków krętków. Zdaniem Ehrlicha pierwsze krętki, wnikające do ustroju — rozmnażają się bezmiernie, stanowiąc źródło, z którego wywodzą się następne pokolenia. Z biegiem czasu ustrój, odpierając ów czynnik chorobotwórczy, wytwarza obronne i zbawienne przeciwciała, które niszczą przeważającą część krętków, natomiast te, które utrzymały się w ustroju, odznaczając się obecnie większą żywotnością i odpornością — wytwarzają nowe pokolenia drobnoustrojów, zwane przez Ehrlicha pokoleniem ponownem Nr. 1., któremu ustrój przeciwstawia nowe przeciwciała Nr. 2. W ten sposób kolejno powstają coraz to wyższe pokolenia krętków oraz odpowiednich przeciwciał. Badania naukowe jednak nie potwierdziły jak dotychczas istnienia pokoleń ponownych oraz odpowiednich przeciwciał.

Plaut przypuszcza, że w przebiegu kiły układu nerwowego krętki nabierają pewnych właściwości biologicznych, ponieważ dopiero rozwój ich w tkance mózgowej przystosowuje je do wspomnianego podłoża.

Powyższy pogląd podziela i Gennerich¹⁴⁾. Zdaniem jego, w przypadkach paraliżu postępowego krętki wraz ze zmianą pożywki z tkanki mezodermalnej na ektodermę — zmieniają równocześnie swoje właściwości biologiczne. Dana hipoteza obfituje również w liczne niejasności, albowiem krętki w przebiegu paraliżu postępowego nie pasożytują wyłącznie na ektodermie, lecz częściowo znajdują się również w mezodermie (w tętnicy głównej, w oponach miękkich mózgu i t. d.).

Piśmiennictwo lekarskie posiada liczne dowody, przemawiające przeciw istnieniu odrębnej odmiany *syp h i l i s a v i r u s n e r v e u x*. Dotychczas bowiem nikt z badaczy nie wydzielił owego krętka neurotropowego, którego istnienie ma ze wszech miar charakter hypotetyczny.

Znany badacz Neisser w swoim **obszernem** dziele p. tyt. „W sprawie patologii i terapii kiły“, reasumując wyniki własnej pracy eksperymentalnej, przeprowadzanej **na** człiekopodobnych małpach — rozważa krytycznie wszelakie zagadnienia kiły. Zdaniem jego stwardnienia, wywołane szczepieniem materiału kiły trzeciorzędnej nie różnią się w niczem od zwykłych stwardnień pierwotnych u zwierząt eksperymentalnych, jak również dalszy przebieg choroby jest prawie jednaki. Opierając się na powyższych faktach nie możemy przypuszczać jakoby jadowitość krętków „trzeciorzędnej kiły“ ulegała jakiemuś stopniowaniu w porównaniu z jadowitością zarazków „pierwszorzędnej lub drugorzędnej kiły“, **pochodzących** z wcześniejszych okresów tego schorzenia. Zdaniem Neisser'a odmienne cechy kiły trzeciorzędnej zależą raczej od zmian tkanek oraz swoście zmienionej zdolności odczynowej ustroju w tym okresie kiły. Ciekawe eksperymenta Steinera¹⁵⁾ uzasadniają również wybitne wabiące działanie układu nerwowego w kierunku przyswojenia zwyczajnych krętków białych. Badacz ten zaszczepiał królikom krętki różnego pochodzenia, a to pobrane bezpośrednio od człowieka i przeniesione na układ nerwowy zwierzęcia a następnie i takie, które przeszły liczne przeszczepiania (pasaże) przez ustroje królicze. Steiner w swej technice eksperymentalnej szczepił króliki jednego i tego samego dnia tym samym gatunkiem krętków w sposób zupełnie jednakowy. I oto okazało się, że w identycznych i jednakowych warunkach układ nerwowy owych zwierząt wykazywał znaczne różnice w swoim zachowaniu się. W pewnych przypadkach mianowicie dały się zauważyć wybitne zmiany w środkowym układzie nerwowym, w innych zaś mózgowie wykazywało jeno umiarkowane zmiany a wreszcie w trzecim rodzaju przypadków nie pojawiły się wogóle jakiegokolwiek znamiona chorobowe.

DR. MED. M. SCHIEBER,

Kierownik Zakładu Rentgenowskiego
w Lidzie

ZASTOSOWANIE PROMIENI ROENTGENA W DJAGNOSTYCE CHORÓB PŁUCNYCH

Zastosowanie promieni Rentgena w djagnostyce chorób płucnych zyskuje coraz większe znaczenie i staje się wprost nieodzowne w codziennej praktyce lekarskiej. Metoda ta jest ogniwiem niezbędnym w szeregu wszystkich innych sposobów rozpoznania chorób

płucnych. Porównawcze badania rentgenowskie i sekcyjne oraz systematyczne opracowanie uzyskanych doświadczeń stworzyły już mocną podstawę dla krytycznej oceny zdjęć rentgenowskich. Są one w istocie odbiciem niemal wszystkich zmian anatomo-patologicznych w obrębie płuc i wnęk. W miarę tego jak się rozwija rentgenologia i coraz większe zadanie ma przed sobą, specjalne i gruntowne wykształcenie w tej dziedzinie (oczywiście w zakresie w zakresie potrzebnym w codziennej praktyce, a nie w znaczeniu szerszym jak to pojmuje specjalista-rentgenolog) staje się niezbędne nie tylko dla rentgenologów, lecz również dla specjalistów chorób płucnych, dla których rentgenologia jest niezbędnym środkiem pomocniczym w rozpoznaniu różniczkowym tychże chorób.

Nie tylko techniczne opanowanie sztuki rentgenowskiej, lecz głównie i przede wszystkim czynność różniczkowo-rozpoznawcza, umiejętność odczytywania zdjęcia, analizowania otrzymanych na filmie lub ekranie obrazów danego narządu chorego, stanowi istotę wiedzy rentgenowskiej.

Cheąc analizować otrzymane na filmie zmiany patologiczne miąższu płucnego, musimy naturalnie jaknajdokładniej znać wygląd płuca zdrowego w obrazie rentgenowskim. Trudno jednak w słowach wyrazić, jaki obraz jest jeszcze absolutnie prawidłowy, a jaki już zdradza początki choroby. Jest to raczej subiektywnego doświadczenia, lekarz-praktyk jednak wiedzieć powinien, jakie elementa struktury płucnej da się na zdjęciu rentgenowskim rozróżnić, a jakie nie.

Normalne płuco wykazuje na rentgenogramie, wykonanym odpowiednią technikę, w której dostatecznie krótka ekspozycja (do $\frac{1}{20}$ sekundy) gra bardzo ważną rolę, budowę siateczkowatą, przyczera wyraźnie można stwierdzić, że siateczka powstaje z wzajemnego nałożenia rozgałęziających się drzewkowato cieni, które w miarę oddalenia się od wnęki i rozgałęzienia się, stają się coraz cieńsze i delikatniejsze. Cienie te uważać należy nie jako cienie oskrzeli, lecz jako cienie naczyń rozgałęziającej się tętnicy płucnej, jak to wykazały eksperymentalne badania Assmanna. Na zdjęciu rentgenowskim płuca normalnego nie jesteśmy w stanie rozróżnić ani oskrzelików, ani tembardziej delikatniejszych elementów dudowy, jak infundibula i pęcherzyki płucne, jako składające się ze zbyt delikatnych elementów tkankowych, przepuszczających promienie Roentgena.

Powyżej opisany rysunek płucny, składający się z drzewiastej przeplatającej się swymi rozgałęzieniami siateczki, zanika przy roz-

ległych zmianach w mięszu. Widzimy wówczas pole płucne lub jego części pokryte drobnymi, gęstymi, intensywnymi plamami, lub też dużymi mniej intensywnymi, które zacierają rysunek płucny.

Badanie rentgenowskie klatki piersiowej składać się powinno zasadniczo z prześwietlenia i zdjęcia. Samo prześwietlenie jest dlatego niewystarczające, że czynne przy tem jest tylko widzenie zmrokowe, którego organem są obwodowe części siatkówki, z którego ostrość jest znacznie mniejsza, niż z widzenia osiowego. Plamka żółta siatkówki nie jest bowiem wcale wrażliwa na tak słabe natężenie światła, przedstawiającego zaledwie drobny ułamek tego oświetlenia, przy którym oko ludzkie odbiera wrażenie w świetle dziennem. Dlatego też drobne, ale ważne zmiany w rysunku płucnym mogą przy prześwietleniu ująć naszej uwadze, a stają się dopiero uchwytnie na filmie, powleczonym z obu stron bardzo czułą emulsją. Nie wolno jednak prześwietlenia zaniedbywać, jest ono bowiem miarodajne dla oceny dynamiki klatki piersiowej i topografji przestrzennej zmian patologicznych.

Jeśli już mowa o zdjęciach, należy zwrócić uwagę na technikę zdjęcia, mającą duże znaczenie, gdyż nieraz negatywny wynik badania rentgenowskiego jest następstwem li tylko nieodpowiedniej techniki w ręku badającego, niewykorzystającego tej obfitości rozmaitych możliwości w stosunku do samego wykonania badania, doboru wiązek promieni o odpowiedniej (w danym przypadku) twardości i intensywności i t. p. I tak zdjęcia wykonane zbyt twardymi promieniami nie są dostatecznie kontrastowe i nie ma różnic nasycenia cieniowego pomiędzy zarysami rozmaitych szczegółów anatomicznych w przypadkach, gdy gęstość tych szczegółów anatomicznych różni się tylko nieznacznie między sobą. Drobne więc zmiany patologiczne w mięszu płucnym, dające się dobrze wykazać promieniami miększemi, nie absorbują jednak promieni twardszych i z tego powodu nie dają nam cienia tych początkowych zmian, istniejących już w mięszu płucnym.

Z drugiej strony muszę jednak zaznaczyć, że nawet technicznie doskonale zdjęcie nie jest wstanie nam oddać wszystkich chorobowych zmian w płucach. W pierwszym rzędzie dotyczy to zastrzeżenie całkiem świeżych procesów gruźliczych w ścianie oskrzela, gdyż oskrzela, jak wiadomo, nie biorą udziału w wytworzeniu normalnego rysunku płucnego. Możemy więc mieć już laseczniki w płwocinie a zdjęcie rentgenowskie żadnych zmian patologicznych jeszcze nie wykaże. Nawet przy starych procesach gruźliczych, szczególnie w przypadkach włóknistych suchot płucnych połączonych

z rozedmą wtórną, mogą świeże ogniska wysiękowe nie dawać cienia z powodu właśnie rozedmy. Uchwytność rentgenowska ognisk patologicznych w mięszu płucnym zależy też od zmian zrostowych opłucnej, zasłaniającej swym zbitym cieniem (Schwarte) leżące pod nią ognisko patologiczne w mięszu płucnym. Również topograficzne położenie zmian chorobowych w klatce piersiowej odgrywa tą rolę. Zmiany te bowiem mogą być zakryte na roentgenogramach rzutem cieniowym żeber, serca i naczyń. Zastrzeżenia powyższe, wynikająca z specjalnych warunków technicznych i anatomicznych ścieśniają wartość praktyczną ujemnego wyniku badania rentgenowskiego. Nie powinno się go nigdy przeceniać, jest on bowiem tylko niezbędnym uzupełnieniem wszystkich innych metod klinicznych, służących do rozpoznania danego cierpienia. Dane rentgenologiczne muszą być zestawione z klinicznymi i to zestawienie ułatwia nam dopiero właściwe rozpoznanie. Dlatego też status kliniczny musi być w całości znany rentgenologowi, zanim przystępuje do badania, chociaż są tego rodzaju schorzenia, które mają swój typowy obraz rentgenowski i jeden rzut oka na ekran lub zdjęcie pozwala nam od razu postawić dżagnozę.

Przypadki, w których badanie rentgenowskie, wbrew wyraźnym zmianom klinicznym, daje wynik ujemny, są jednak rzadkością w porównaniu z przypadkami o ujemnym wyniku badania klinicznego, gdzie dopiero badanie rentgenowskie odkrywa ognisko chorobowe. Interesującą pod tym względem jest statystyka, Febes'a. W 53% przypadków, wykazujących laseczniki w płwocinie, nie można było badaniem fizykalnem żadnych zmian chorobowych wykazać. Natomiast przy normalnym obrazie rentgenowskim nie stwierdził nigdy laseczników u takich chorych, u których badanie fizykalne kazałoby przypuszczać gruźlicę płuc. W 12% badanie rentgenowskie dało wynik dodatni, podczas gdy badaniem fizykalnem żadnych zmian absolutnie nie można było wykazać. Tylko 5% przypadków badanie fizykalne pozwalało przypuszczać o wiele poważniejsze zmiany aniżeli te, które można było odczytać na zdjęciu.

Największe zastosowanie znalazło badanie rentgenowskie w rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Dzięki seryjnym, przez długie lata prowadzonym, obserwacjom rentgenowskim Assmanna, Fleischnera, Bacmeistera, Simona i Redekera oraz w. in., nastąpiły całkowite rewizje poglądów na rozwój infekcji gruźliczej u dorosłych, obalające ustalony dogmat o rozpoczynaniu się gruźlicy płuc (III okresu Rankego) w szczytach i stopniowym rozwoju w kierunku apico-

kaudalnym. O tem dość szczegółowo pisałem w numerach 6 i 7 „Wiadomości Lekarskich“ omawiając znaczenie badania rentgenowskiego płuc w przychodniach przeciwgruźliczych. Za temat niniejszej pracy obrałem sobie rentgenodjagnostykę chorób płucnych pochodzenia niegruźliczego. Niedosć bowiem jest stwierdzić te lub inne zboczenia od normy, by uzależnić je od gruźlicy, trzeba jeszcze koniecznie wyeliminować stany chorobowe, które mogą dawać te same objawy wzgl. obrazy rentgenowskie, co i gruźlica i z nią nie wspólnego nie mając. Zadanie to nie jest łatwe, ale konieczne, bo będąc zasugerjonowanym częstością wystąpienia gruźlicy, nieraz zbyt lekko-myślnie możemy ją rozpoznawać. Przystępując do oceny analitycznej zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej, powinniśmy sobie uświadomić, w obrębie jakiego systemu anatomicznego, biorącego udział w budowie tkanki płucnej, znajdują się stwierdzone zmiany. O ile zdrowe płuco tylko niezupełnie pozwala te systemy anatomiczne od siebie odróżnić, o tyle w razie odosobnionego schorzenia jednego z tych elementów, zmieniony rysunek płucny ułatwia nam rozpoznanie.

Co się tyczy systemu naczyniowego, to stanowi on, jak już przedtem wspomniałem, rysunek płuca normalnego. W razie zastoju żylnego cienie naczyń jeszcze wyraźniej się zaznaczają i mogą imitować cienie pasemkowate gruźlicy t. zw. przywnękowej lub okołoskrzelowej. Cienie jednak tej ostatniej nie rozgałęziają się tak prawidłowo we wszystkich kierunkach jak cienie naczyń płucnych, przechodzące ku obwodowi w coraz to delikatniejszą siateczkę. Znaczenie rozpoznawcze zastoju żylnego jest bardzo duże, gdyż pozwala nam wcześniej rozpoznać dekompenzację, zanim jeszcze wystąpią pierwsze objawy kliniczne, jak nieżyt zastoinowy, duszność i komórki „wad sercowych“. Nieraz dopiero obraz rentgenowski zwraca naszą uwagę na istniejącą stenosis mitralis dotychczas nie rozpoznaną. Należy jednak zaznaczyć, że technicznie źle wykonane zdjęcie płucne n. p. w głębokim wydechu może nam imitować do złudzenia obraz zastoju żylnego. Dlatego też zdjęcia płucne powinny być wykonane przy wstrzymanym oddechu po okresie wdechu, co równocześnie czyni rysunek szczegółów anatomicznych dostatecznie ostry i kontrastowy.

Przechodząc do systemu oskrzelowego zaznaczyć należy, że oskrzela prawidłowe są zwykle niewidoczne i w wytworzeniu normalnego rysunku płucnego udziału nie biorą. Tylko ściany oskrzeli głównych widoczne są czasem na zdjęciach w okolicy wnęki, w postaci wąskich pasemek cieni, oddzielonych od siebie pasmem jasnym powietrza zawartego w świetle oskrzela. Cienie wytwarzane przez

ściany oskrzeli mniejszych są tak małego nasilenia, że giną w intensywniejszych cieniach rozgałęzień tętnicy płucnej, chyba jeśli kierunek przebiegu promieni prowadzi wzdłuż osi oskrzela. W tych naogół rzadkich przypadkach przedstawiają się jako małe jasne kółeczka o bardzo cienkich ścianach.

Lepiej widoczne są oskrzela chorobowo zmienione, jak to ma czasem miejsce przy przewlekłym nieżycie oskrzeli (ale nigdy przy ostrym), gdy zgrubiałe ściany w połączeniu z ewentualnymi rozstrzeniami powodują zagęszczenia rysunku płucnego, na który prócz cieni naczyniowych składają się też w takich wypadkach cienie zgrubiałych ścian oskrzelowych i zgrubiałych ich otoczek. Cienie te nie rozgałęziają się jednak tak prawidłowo i równomiernie jak przy zastoju żylnym i spotykane bywają głównie w dolnych, a conajwyżej środkowych polach płucnych, co nam pozwala zróżnicować skomplikowany rysunek płucny, w wytworzeniu którego oskrzela już bez wątplenia udział biorą. Przy tej sposobności omówimy bliżej znaczenie badania rentgenowskiego dla rozpoznania rozstrzeni oskrzelowych. Ich obraz rentgenowski będzie przedstawiał się rozmaicie, zależnie od stopnia i rodzaju rozstrzeni. W przypadkach rozstrzeni cylindrycznych o ścianach zgrubiałych, spotykanych najczęściej w płatach dolnych, otrzymamy pasmo o cieniu dość gęstym, jeżeli oskrzela wypełnione były wydzieliną, lub też pasemka cieni równoległych, oddzielonych od siebie pasmem jasnym, o ile zdjęcia dokonano po odpłuciu. Przy rozstrzeniach woreczkowych obraz będzie również zależny od zawartości światła. Przy wypełnieniu wydzieliną otrzymamy cienie okrągłe, przy próżnym świetle zaś okrągłe lub eliptyczne wyjaśnione o cienkich ścianach. Spotykamy je, w odróżnieniu od cylindrycznych, przeważnie w polu płucnym górnym. Rozstrzenie oskrzelowe występują na zdjęciach zwykłych jednak wyraźnie tylko w szczególnie korzystnych warunkach, a prawie niedostępne są badaniu postaci walcowate, oraz jeśli znajdują się one w częściach płuc, pokrytych grubymi zrostami opłucnowymi. Również nacieki w miąższu płucnym oraz brak zgrubienia ściany oskrzeli mogą również przyczynić do tego, że rozstrzenie stają się niewidoczne na zdjęciu. Niekiedy też można stwierdzić obecność cieni plamkowych lub pasemkowych nie charakterystycznych dla rozstrzeni, które dopiero w łączności z wynikami badania klinicznego mogą mieć wartość rozpoznawczą zwłaszcza u dzieci w przypadkach, blenorhoe chronica, gdy wynik badania płucnicy nie jest typowy dla rozstrzeni. Nawet, gdy rozpoznanie kliniczne jest

pe wne, musimy się uciekać do zdjęcia rentgenowskiego celem ustalenia rodzaju rozstrzeni (cylindryczne czy woreczkowe) i ich umiejscowienia w polu płucnym (górnym czy dolnym) i następowych zmian anatomicznych towarzyszących rozstrzeniom (sprawy zapalne w samym mięszu płucnym, w tkance interstycjalnej lub też opłucnej mediastinalnej). Już samo stwierdzenie pleuritis mediastinalis posterior pozwala podejrzewać obecność rozstrzeni oskrzelowych tylnodolnych, które wobec istniejących tam stosunków anatomicznych mogą z łatwością wywołać odczyn opłucnej w postaci zapalenia zrostowego, rzadziej ropnego. Ustalenie powyższych danych posiada znaczenie dla rokowania i wyboru zabiegu leczniczego, zwłaszcza operacyjnego. Jednak nawet przy najlepszych warunkach wartość djagnostyczna niektórych zdjęć zwykłych jest niedostateczna. W takich przypadkach oddaje nam nieocenione zasługi t. zw. bronchografia t. j. wypełnienie oskrzeli lipjodolem według pomysłu Sicarda i Forestiera (1921), zawierającym pierwiastek o wysokiej liczbie atomowej i dużej gęstości i naogół niezle znoszonym przez organizm. Pomysł ten pozwolił nam otrzymać na zdjęciu w sposób bardzo kontrastowy odlewy oskrzeli tak prawidłowych, jak też zmienionych patologicznie. Ze sposobów wykonania badania najbardziej rozpowszechniony jest sposób polegający na wprowadzeniu lipojodolu lub jodipiny w ilości 10—20 cm³ za pomocą wstrzykawki do krtani pod kontrolą lusterka krtaniowego po znieczuleniu gardła i krtani 10—20% roztworem kokainy z dodatkiem adrenaliny (1:1000). Nasadkę wstrzykawki skierowuje się tak, że wpuszczony olej kontrastowy spływa po tej stronie tchawicy, po której płuco ma być wypełnione.

Płat prawy dolny wypełnia się w pozycji chorego siedzącej lub leżącej na grzbiecie, prawy środkowy przy przechyleniu tułowia na prawo i ku przodowi prawie do poziomu, lewy dolny zaś przy nieznacznym przechyleniu tułowia na lewo. Trudności największe sprawia wypełnienie płatów górnych, dają się one jednak przewyciężyć, jeśli zastrzykujemy pod kontrolą ekranu, układając chorego na boku i pochylając okolice barkową na stronę wypełnionego płuca. Znaczenie rozpoznawcze bronchografji jest bardzo duże, gdyż pozwala ona dokładnie zbadać stan drzewa oskrzelowego we wszystkich jego odcinkach, dając nam odlewy wszelkiego rodzaju rozstrzeni oskrzelowych lub też zwężeń oskrzeli czy to wskutek wrastających do światła mas nowotworowych, czy też ciał obcych. Umożliwia nam też ustalenie stosunku drzewa oskrzelowego do guzów (Ca. bronchi), przetok (przy ropniach płucnych, wysiękach ropnych) i jam płucnych.

DR. WŁ. MEDYŃSKI (KRAKÓW)
OKRĘGOWY ZWIĄZEK KAS CHORYCH

O ZAPOBIEGANIU CHOROBYM ZAWODOWYM

(Dokończenie).

Naukowa organizacja pracy stojąca na stanowisku racjonalizacji jej, a nie intensyfikacji, liczy się z wynikami fizjologii, psychologii i higieny pracy tem samym doskonale zabezpiecza zdrowotność pracownika przez zachowanie odpowiedniego tempa pracy, czasu pracy i wypoczynku, oraz przez stworzenie odpowiednich warunków pracy: dostatecznej przestrzeni, która zabezpiecza pracownikowi odpowiednią ilość powietrza, należyte oświetlenie pracowni oraz wentylację.

Racjonalna wentylacja powoduje też i obniżenie ciepłoty i wilgoci, sprzyja zmniejszeniu się wpływów tych szkodliwości, których nie da się zupełnie usunąć innemi sposobami, wpływa też na zwiększenie się odporności organizmu, na szkodliwe wpływy. Nawet wysoki stan sanitarno-techniczny nie usuwa jeszcze wszystkich szkodliwości zdrowotnych związanych z pracą zawodową, to też pozostaje ciągle w mocy i osobista profilaktyka pracownika. Polega ona zarówno na przestrzeganiu czystości, korzystaniu z masek ochronnych i respiratorów. W szczególności zagadnienie czystości w zapobieganiu chorobom zawodowym odgrywa rolę pierwszorzędną i to przede wszystkim tam, gdzie robotnik styka się z truciznami (potrzeba natrysków i umywalni w zakładach przemysłowych). W trujących przemysłach konieczne jest mycie i czyszczenie zębów, w fabrykach z wysoką temperaturą dużą rolę gra organizacja specjalnych ubikacji dla umywalni w fabrykach, gdzie osiada na odzieży pył jadowity i przenika w głąb konieczne są specjalne ochronne odzienia lub bluzy robotnicze niekiedy zaś i obuwie specjalne.

We wszystkich zakładach przemysłowych, gdzie wydzielają się jady, robotnikom należy zabronić kategorycznie przyjmowania pokarmów w pracowniach, palenie tytoniu przy pracy i wogóle zbliżania rąk do ust. Szczególną uwagę należy zwrócić na włosy, na których osiada pył i para w pewnych zaś wypadkach konieczne jest stosowanie specjalnych rękawic. Wreszcie dużą rolę w uzdrowotnieniu robotników gra asanizacja, wzorowe ubikacje klozetowe, zaopatrywanie robotników w wodę przegotowaną lub herbatę. Niezmiernie doniosłą rolę w dziele zapobiegania chorobom zawodowym odegrało nasze ustawodawstwo o ochronie pracy z ustawą o 8 godzin-

nym dniu pracy na czele, o urlopach, o pracy nocnej, o pracy dzieci, młodzieży i kobiet. W ostatnich czasach przygotowuje się rzecz pierwszorzędnej wagi, mianowicie badanie systematyczne młodzieży pracującej wogóle. Jakkolwiek zasady profilaktyki przemawiałyby za tem, aby przeglądowi lekarskiemu poddawali się wszyscy robotnicy od czasu do czasu, szczególnie zaś w tych zawodach, które wywierają wybitnie szkodliwy wpływ na zdrowie. Zadanie tych przeglądów polegałoby na wyławianiu nie tylko robotników, którzy ulegli już zatruciu zawodowemu, lecz i tych którzy zdradzają pierwsze objawy zatrucia. Wynikiem tych przeglądów musiałyby być dłuższe urlopy chorych lub zmiana ich zajęcia zawodowego. W zapobieganiu chorobom zawodowym Kasy Chorych odegrały już rolę pierwszorzędną, przez szybką pomoc lekarską, wczesne rozpoznawania choroby dzięki korzystaniu ze wszystkich nowoczesnych sposobów badania klinicznego. Muszą jednak Kasy w dalszym rozwoju przejść od leczenia indywidualnego do, że tak powiem, djagnostyki zawodowo-socjalnej przez badanie i specjalizację poszczególnych Kas w pewnych specjalnych zawodach i w ocenie stosunku pracy do chnrób. Tak więc np. Kasy zagłębiowskie mogłyby się zająć specjalnem badaniem chorób górników, Kasy łódzkie i bielskie chorób tkaczy i t. d. W dziale zapobiegania chorobom zawodowym podstawą jest jednak to samo, co w profilaktyce ogólnej, a więc pełne uświadomienie robotników o wszystkich szkodliwościach zawodowych, gdyż wówczas tylko będzie on przestrzegał przepisów sanitarnych względnie żądał wprowadzenia ich w życie. Dlatego też specjalnie uwagę zwrócić należy na sanitarno-oświatową pracę w kierunku ochrony pracy w zakładach przemysłowych. Konieczne są wykłady i pogadanki na temat niebezpieczeństwa i szkodliwości danej gałęzi przemysłu. Praca ta winna iść w porozumieniu z inspektorem pracy, kierownictwem fabryki i t. d.

Momentem jednak decydującym o najbliższej przyszłości rozwoju profilaktyki chorób zawodowych będzie poradnictwo zawodowe, które Kasy Chorych winne otoczyć specjalnie czułą opieką. Sprawa poradnictwa zawodowego na szczęście weszła już a nas na zupełnie realne tory, gdyż cały szereg miejscowości posiada już poradnie zawodowe dość sprawnie funkcjonujące. Poradnictwo zawodowe wiąże się ściśle z psychotechniką czyli psychologią stosowaną, której dział gospodarczy zajmuje się między innymi badaniem uzdrowień ogólnych i zawodowych. Psychotechnik bada dokładnie kandydata do zawodu za pomocą specjalnych przyrządów, aby ustalić podstawowe skłonności i prawidłowo je ocenić. Nie ulega

kwestji, że psychotechnika jest kolosalnym postępem w stosunku do metody Taylora, który oceniał zdolności zawodowe tylko na zasadzie wydajności a nie wedle zdolności. Jakkolwiek psychotechnika powstała niedawno wyniki jej są bardzo znaczne. Badania psychotechniczne muszą być uzupełnione fizjologią i higieną pracy. Do ostatnich czasów lekarze oceniali zdolność zawodową tylko w sensie negatywnym. Ustalono np. że pewien zawód łączy się ze szkodliwością dla przewodu oddechowego, a więc osobnik ze słabymi płucami nie powinien poświęcić się temu zawodowi. Należy jednak na podstawie danych fizjologicznych ustalić i pozytywne podstawy dla oceny uzdolnień zawodowych, opierając się na znajomości i procesy pracy, napięcia organizmu w danej pracy, względnie wymagań od poszczególnych narządów. Opracowane już dziś pewne normy ułatwiają orientację zawodową i to w kierunku poradnictwa jak i selekcji zawodowej. Dla lekarza jak i psychotechnika profesjologia jest tą podstawą na której zbudowana jest ich działalność jako poradcików zawodowych.

Związek między procesem pracy i fizycznym uzdolnieniem ustala fizjologia pracy. W roku 1913 powstał w Berlinie Instytut fizjologiczny pracy, którego celem jest rozwiązanie podstaw, mało dotąd zbadanych zagadnień dziedziny fizjologicznej pracy w różnych praktycznych warunkach, związku między momentem fizjologicznym i psychologicznym i t. d. Zagadnienia te jeszcze mniej są wyjaśnione niż wpływ poszczególnych zawodów na zdrowie, szkodliwości zawodowe, wpływ jądów, nieszczęśliwe wypadki i t. d.

W ostatnich latach w Anglii, szczególnie w Ameryce rozpoczęły się na wielką skalę badania nad znużeniem i wytwórczością. Tu należy wspomnieć o pracach angielskiego fizjologa Keitha, który specjalną uwagę zwrócił na znużenie robotnika nadliczbowych godzin pracy i pracą nocną, odżywianie i przeszkody w pracy oraz ich wpływ na wydajność pracy. Te momenty grają specjalnie ważną rolę w ustaleniu zdolności zawodowych młodzieży i kobiet. Badania psychotechniczne kobiet należy połączyć z ustaleniem wpływu na czynności psychiczne organizmu kobiecego takich momentów jak menses, ciąża, climax i t. d.

Jaki więc kierunek winne obrać Kasy Chorych w zapobieganiu chorobom zawodowym?

Przedewszystkiem 1) poradnictwo zawodowe musi się stać integralną częścią Kas Chorych, albowiem w interesie Kas Chorych leży, aby chorych było jak najmniej, osiągnąć zaś to można tylko wówczas, gdy osoby predysponowane do pewnych chorób

względnie bez kwalifikacji czy fizycznych czy psychicznych nie będą poświęcać się zawodom, które sprzyjać będą rozwojowi choroby. 2) Systematyczne badanie młodzieży pozwoli wyłović i ustalić chorobę w zarodku, co jest pierwszym postulatem współczesnej medycyny leczniczej. 3) Systematyczny przegląd lekarski robotników pracujących w zawodach szkodliwych dla zdrowia zmniejszy ilość nieuleczalnych i kalek. Współpraca z inspektoratem pracy Kas Chorych może wpłynąć w sposób dodatni na uzdrowienie warsztatów pracy przez wprowadzenie do nich ostatnich wymagań techniczno-sanitarnych. Wreszcie — i tu musimy podkreślić — że w zasadzie profilaktyki zaczyna się i kończy na uświadomieniu sanitarnem, to też w tym kierunku Kasy Chorych, jako już dziś potężne organizacje zdrowotne mogą odegrać rolę decydującą o uzdrowieniu szerokich mas pracujących. Jednak akcja sanitarno-oświatowa, jeśli ma dać wyniki, musi być oparta na zasadach organizacyjnych; musi być planowa, celowa, wytrwała, bez cech dorywczowości i systematyczna. W ruch musi być puszczony cały aparat oświatowo-propagandowy jak odczyty, pogadanki, wydawnictwa profilaktyczne (Droga do zdrowia), ulotki, plakaty o ochronie zdrowia, kino, wystawy stałe i ruchome, a nawet Kasy Chorych winne są stać się ośrodkiem towarzystw „walki o zdrowie“ lub „Przyjaciół zdrowia“, które opierając się o Kasy Chorych, jako jednostki organizacyjnej, szerzyłyby i popularyzowałyby hasła „drogido zdrowia“.

Akcja profilaktyczna wiąże się z pewnymi kosztami które pozornie mogą obciążyć Kasy Chorych, mówię pozornie, już najbliższa przyszłość stwierdzić musi, iż profilaktyka jest najrentowniejszą lokatą funduszków kasowych.

Zacząć należy od oświaty sanitarnej, a parafrazując myśl Dietla, lekarza i społecznika, można powiedzieć: „pieniądze które na profilaktykę wydacie, nie są wydane, tylko pożyczone, bo profilaktyka to najrzetelniejszy dłużnik, wynagrodzi z lichwą pieniądze, na jej rzecz wypożyczone“.

DR. H. MIERZECKI i DR. E. MEISELS (LWÓW)

POWIKŁANIA STAWOWE ŁUSZCZYCY

I.

Chaos panujący w dziedzinie kliniki i etiologii chorób stawowych oraz łuszczycy odbił się też na jednostce chorobowej, nazwanej przez Bourdillona i Besniera „psoriasis arthropatica“.

O jednostkę tę toczy się od szeregu lat walka zarówno wśród dermatologów i roentgenologów jako też i innych badaczy chorób stawowych (Bourdillon, Adrian, Ganod, Darier, Jadassohn Nobl, Zellner i inni). Walka ta trwa i nie jest rozstrzygnięta po dzień dzisiejszy.

Łuszczyca jest jak wiadomo chorobą bardzo częstą. Hebra stwierdził ją w 1²/₃%, Jadassohn w 3,5%, Bulkley (na 10 tysięcy chorych skórnych w 6,4%) i Pinkus na 4.659 chorób skórnych w 4,5% przypadkach.

Wobec niewyjaśnionej dotychczas etjologii, nie ustalona jest mimo jej rozpowszechnienia i klinika łuszczycy w szczególności klinika jej powikłań. Przebrzmiały już zapatrywania i powikłania łuszczycy w postaci białkomoczu (Pinkus), cukrzycy (Burgener, Weinbrenner). Tylko łączność łuszczycy z dną miała i ma jeszcze zwolenników (Verroti, Bulkley, Welsch, Minkowsky, Buschke). Łuszczyca atakuje z pominięciem innych narządów głównie skórę i niekiedy błonę śluzową; stąd zrozumiąły jest sceptycyzm w odniesieniu do arthropatii łuszczycowej. Na arthropatię łuszczycową zwrócił pierwszy uwagę Rayer (1835) opisali zaś ją dokładnie Bourdillon, Besnier, Adrian, Darier, Nobl i Remenowsky i inni. Z badaczy polskich opisali jeden przypadek arthropatii łuszczycowej Brunner i Winnicka.

Darier uważa psoriasis athropatica za najcięższą formę łuszczycy, którą Bourdillon stwierdził w 5% przypadkach. Darier uważa jednak to powikłanie za znacznie częstsze, w swych początkach jednak uchodzi często naszej uwagi, występując pod postacią niecharakterystycznych i mało wybitnych bólów mięśniowych i stawowych („psoriasis douloureux“).

Po tych wstępnych bólach występuje często dopiero właściwy obraz tego schorzenia, który wedle Dariera cechuje się zajęciem stawów małych palców rąk i nóg, następnie jednego lub kilku stawów wielkich, niekiedy całych kończyn, wreszcie i kręgosłupa. Schorzenie to prowadzi do zeszywnień, przykurczów i wczesnego kalectwa. Jakkolwiek schorzenie to podobne jest do schorzenia zniepodobniającego, różni się jednak tem od niego, że występuje częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet, częściej u osobników młodszych aniżeli u starszych. Dalszą cechą tej sprawy chorobowej jest obecność płynu w stawach oraz przewaga obrzęków nad przemieszczeniami, wreszcie nieregularne atakowanie stawów (Darier). Współistnienie łuszczycy skóry i schorzeń stawowych opisanego typu jest zdaniem Dariera tak częste, że nie można tej koincydencji przypisać tylko

przypadkowi. Adrian (1903) z piśmiennictwa omawia 81 przypadków arthropatii łuszczycowej, z czego między pierwszym a dwudziestym rokiem życia stwierdza jeden przypadek, między 21 a 30 rokiem życia 13 przypadków, między 30 a 60 rokiem życia 51 przypadków powikłań stawowych łuszczycy. W przypadkach tych uderza przewaga mężczyzn (68 mężczyzn a 19 kobiet Jordan 1923), omawia z piśmiennictwa 115 a Zeller (1928) własnych 11 przypadków. Wszyscy stwierdzają przewagę mężczyzn. Zjawisko które zresztą stwierdzamy stale w przebiegu łuszczycy (Herba, Pinkus, Gerstle i inni). Nie wszystkie schorzenia stawowe u chorych na łuszczycę posiadają cechy „arthropatia psoriatica“, jest to często arthropatia in individuo cum psoriasi. Na moment ten zwracają specjalną uwagę Nobl i Remenowsky, którzy z piśmiennictwa zdołali wydobyć zaledwie 34 pewnych przypadków arthropatia psoriatica i tę omawiają 'szczegółowo tak pod względem klinicznym jakoteż roentgenologicznym. W świetle wspomnianych dotychczas niewystarczających a często w wynikach sprzecznych ze sobą badań, nabierają może pewnego znaczenia 2 nasze przypadki chorobowe, wykazujące tak klinicznie jakoteż i roentgenologicznie cechy arthropatia psoriatica. Przypadki te były w obserwacji naszej przez kilka lat i były przedstawione zarówno na posiedzeniu Tow. Lek. jakoteż i Tow. Derm. (12. XI. 1927).

Przypadek I. A. G. urzędnik prywatny lat 52, żonaty, ma troje zdrowych dzieci. Rodzice chorego żyją, zdrowi (lat 72 i 78), żyje też rodzeństwo zdrowe. W rodzinie nie stwierdzono żadnych chorób skórnych ani wenerycznych. Chory przebył przed 27 laty rzeżączkę, i w związku z tem przebył zapalenie prawego stawu kolanowego, które pod wpływem leczenia ustąpiło po 6 tygodniach. Od czasu tego nie chorował. W styczniu roku 1915 zauważył chory objawy łuszczycy. Mianowicie owłosiona część głowy pokryta była srebrzystymi silnie przylegającymi łuskami, równocześnie chory odczuł ból kłujący w prawem kolanie, które było obrzękłe i za dotykaniem bolesne. Chory pozostał w leczeniu na oddziale prof. Frischa we Wiedniu. Pod wpływem Biera i fizykoterapii ustąpiły bole i obrzęk, podobnie ustąpiły pod wpływem maści zmiany łuszczycowe na głowie. Chory czuł się dobrze do roku 1925. W marcu 1925 wystąpiły nagle zmiany skórne na głowie i podudziach. Równocześnie ze zmianami skórnymi wystąpiła bolesność i obrzęk kolana prawego, stawów nadgarstka lewego i stawów palców ręki lewej. Chory był leczony ortopedją okładami, salicyłem, wreszcie drojewiskowem leczeniem w Piszczanach (9 tygodni). Bez poprawy powrócił do Lwowa, gdzie przez 12 tygodni przeleżał się w gipsie. Zmiany chorobowe na skórze ustępywały, utrzymywały się jednak bole w kończynach i chory z trudnością chodził. W 1926 wyjechał chory do Iwonicza, po 8-tygodniowym pobycie tamże nastąpiła lekka poprawa zmian stawowych na przeciąg kilku tygodni. Po kilku tygodniach nastąpiło jednak znaczne pogorszenie, wystąpiła bolesność palców obu rąk, prawego barku, prawego kolana i kręgosłupa. Równocześnie z temi zmianami

stawowemi wystąpiły wybitne zmiany łuszczycowej skóry prawie całego ciała. W maju roku 1927 wyjechał na przeciąg 7 tygodni do Piszczan a potem na przeciąg 3-ech tygodni do Karlsbadu. W czasie pobytu tamże nastąpiła lekka poprawa tak zmian stawowych, jak i skórnych. W miesiąc po powrocie chorego nastąpiło tak silne pogorszenie, że chory musiał się położyć. Stan obecny: chory wzrostu średniego wykazuje skórę całego ciała a w szczególności tułowia i kończyn górnych oraz obu podudzi pokrytą licznymi wykwitami łuszczycowymi o uderzającym żywo czerwonem zabarwieniu, odosobnione wielkości grochu i zlewające się na tułowiu do wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Wykwity te nie są ani bolesne ani swędzące. Paznokcie wszystkich palców są zniekształcone i zgrubiałe, częściowo podłużnie prążkowane, częściowo zaś zawierające gęsto rozsiane punkcikowane wgłębienia. Pod paznokciami widoczna jest krucha i gęsta masa. Wszystkie stawy palców obu rąk oraz prawego kolana są obrzękłe miejscami zaczerwienione i za dotykem bolesne. Ruchy w tych stawach tak czynne jakoteż bierne są upośledzone. W okolicy stawów lędźwiowych stwierdza się bolesną ruchliwość, jakkolwiek obiektywnie żadnych zmian chorobowych stwierdzić nie można. Badanie wewnętrzne i neurologiczne nie wykazuje żadnych zmian chorobowych. Badanie chemiczne moczu nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, badanie morfotyczne krwi wykazuje tylko nieznaczną limfocytozę (28%). Odczyn Pirqueta i Wassermana ujemny. Zawartość kwasu moczowego we krwi w granicach prawidłowych. U chorego zastosowane wstrzykiwania podskórne Natrii arsen., kąpiele i maść borową. Efekt leczniczy był wprost niezwykły, po 13 wstrzykiwaniach chory wstał z łóżka, po 30 wyszedł na ulicę, a po 35 zgłosił się ponownie do pracy po 2-letniej przerwie. Zmiany na skórze znikły zupełnie, ustąpiły bolesność i obrzęki, pozostały tylko zniekształcenia i zgrubienia stawowe, które nie przeszkadzały mu jednak w pracy zawodowej. Poprawa widoczna była też i w obrazie roentgenowskim. Nawrót wystąpił po 9 miesiącach. Z równoczesnym obrzękiem i bolesnością wspomnianych stawów wystąpiły swędzące objawy psoriasis universalis. U chorego zastosowałem 10 wstrzykiwań Natrii arsen. Po tych kilku wstrzykiwaniach chory czuł się lepiej, łuski opadały i bolesność się zmniejszała. Chory skarżył się jednak na napadowe bóle mięśniowe, objawy nudności, z obawy ewentualnego przeładowania ustroju arsenikiem, zaniechałem po naradzie z internistą dalszego stosowania arseniku, podawałem dożylnie triphal, Natrium salic., zastosowałem kutiwacynę Paul'a, ale bez wyniku.

Przypadek II. Chory lat 60, nauczyciel śpiewu, żonaty. Ojciec umarł na tyfus plamisty, matka na schorzenie jelitowe. Żona i dzieci zdrowe. W rodzinie bliższej ani dalszej nikt nie wykazywał objawów choroby skórnej ani wenerycznej. Chory nie przechodził żadnych chorób skórnych ani wenerycznych. Przed 26 laty zauważył chory pierwsze objawy łuszczycy (na głowie i w okolicy ogonowej), objawy te ustąpiły pod maściami. Chory zapadał często na lumbago, które ustępowały pod wpływem salicylanów. W sierpniu 1926 wystąpiły objawy ischias z równoczesnymi zmianami łuszczycy na obu łokciach i w pachwinie. Leczony atofanylem z przemijającą poprawą wyjechał do Iwonicza, gdzie nastąpiło pogorszenie zarówno zmian na skórze, jakoteż i w stawach. Bolesność ruchów była tak wielka, że chory położył się do łóżka. Chory nie mógł jeść samoistnie, tak wielką była bolesność ruchów i chory musiał być karmiony przez otoczenie.

Stan obecny: Chory wzrostu okazałego wykazuje owłosioną skórę głowy, jakoteż, kończyn górnych, głównie w stawie łokciowym tak po stronie wyprostnej, jak i też zginaczy (Zelner) w okolicy łonowej, wreszcie rąk stawu skokowego

i stopy obu nóg, pokrytą wykwitami łuszczycowymi, pieniążkowatymi z tendencją do uogólnienia się. Paznokcie miejscami pokryte punkcikowatymi wgłębieniami. Wygląd chorego przypomina obraz chorych na zeszywnienie kręgosłupa. Głowa nieco ku przodowi skrzywiona, kręgi szyjne, a także i lędźwiowe (Morbus Bechterew Pierre Marie) zeszywniałe. Ruchomość głowy bierna i czynna upośledzona. Kręgosłup piersiowy łukowato wygięty. Ruchy obrotowe wykonuje chory powoli z powodu silnej bolesności w kręgosłupie. Lewy staw skokowy obrzękły, bolesny za dotykaniem i zaczerwieniony. Badanie wewnętrzne i neurologiczne ujemne. Badanie chemiczne moczu nie wykazywało zmian chorobowych, badanie krwi nie wykazywało wzmożonej ilości kwasu moczowego. Odczyn Wassermanna ujemny. U chorego tego zastosowałem podskórnie Natrii arsen. i maść borową. Po 10 wstrzykiwaniach wstał z łóżka, w którym pozostawał nieruchomy przez 6 miesięcy, a po 25 wstrzykiwaniach wyszedł o własnych siłach na ulicę na posiedzenie Tow. lekarskiego, gdzie był przez jednego z nas demonstrowany. Chory wrócił do swej pracy zawodowej. Nawrót wystąpił po rok. Poza bolesnością i sztywnością kręgosłupa wystąpił silny obrzęk bolesny oraz zaczerwienienie nadgarstka i stawów palców ręki lewej z niezwykle ostrą erupcją łuszczycy, głównie na palcach i na paznokciach. Paznokcie wybitnie zgrubiałe prążkowane, pokryte gęstą a kruchą żółtawo-szarawą masą. Chory pozostaje jeszcze obecnie w naszym leczeniu, obrzęk zmniejszył się po 2-eh wstrzykiwaniach Natrium arsen., ruchliwość zaś stawów wraz z ustąpieniem bolesności wystąpiła po 8-miu dalszych wstrzykiwaniach.

W obu przytoczonych przez nas przypadkach mogliśmy stwierdzić przewlekłe cierpienie stawowe, podobne do obrazów spotykanych przy przewlekłym reumatyzmie wielostawowym. W obu przypadkach łuszczycy poprzedzała schorzenie stawów, z zaostrzeniem się zaś zmian stawowych zaostrzyła się łuszczycy skóry, z ustąpieniem zaś cierpienia stawowego ustępywały także chorobowe zmiany skóry. W obu przypadkach zajęte były paznogcie, zgodnie z opisem Falka i Zellnera, zgodnie zaś z spostrzeżeniami Adriana, Jordana i Zellnera wystąpiły objawy chorobowe u osobników męskich.

Badania kliniczne wykluczały nam w obu przypadkach kiłę, rzeżączkę, gruźlicę, dnę względnie inne nam znane stawowe tło chorobowe. W obu naszych przypadkach rozpoczęły się zmiany chorobowe od stawów wielkich (staw kolanowy i skokowy) a dopiero następowo zajęły nieregularnie i niesystematycznie stawy palców u rąk. Objaw ten odbiega od zwykłego rozwoju i przebiegu tych zmian przy przewlekłej artropatii synowjalnej na co w badaniach swoich klinicznych i roentgenologicznych zwracają uwagę Nobl i Remenowsky.

Uderzającym jednak a niezaznaczonym dotychczas jest niezwykle efekt leczniczy w obu przypadkach po natrium arsen.

W przypadku pierwszym leczonym bezskutecznie, ortopedycz-

nie, gipsem, salicylem, atofanom, złotem, leczeniem zdrojowiskowem w Piszczanach, Karlsbadzie i Iwoniczu przez lata całe uzyskano efekt leczniczy już po miesiącu, umożliwiający choremu powrót do pracy na przeciąg szeregu miesięcy.

A i w przypadku drugim dzięki natrium arsen, umożliwiono choremu opuszczenie łóżka po szeregu miesiącach kalectwa. I ten chory po miesięcznem leczeniu mógł o własnych siłach udać się celem demonstracji na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lekarskiego. Zachowanie się łuszczycowych schorzeń stawowych wobec natrium arsen, w obu przypadkach zdaje się nie być przypadkiem ale cechą tego schorzenia. Wszak wiemy, że pod wpływem tegoż leku, łuszczycowe zmiany skóry ulegają szybkiej inwolucji. W obu przypadkach stwierdziliśmy nawrót, w pierwszym po 9-ciu miesiącach, w drugim zaś po roku. Nie zmiejsza jednak to w zupełności wartości tego leku w terapii „arthropatia psoriatica“ nie znamy bowiem żadnego schorzenia stawowego, reagującego tak szybko na arsenik. A zresztą kilkumiesięczna czy też roczna poprawa stanu chorobowego nie może być dla nas jak i dla chorego obojętną.

Jak na wstępie zaznaczyliśmy jest łuszczycy chorobą częstą, wśród łuszczycy zaś nie należą powikłania stawowe do rzadkości.

W praktyce myślimy najrzadziej o łuszczycowym tle schorzeń stawowych. Z rozważań naszych wynika, że w tym chaosie klinicznym i etjologicznym schorzeń stawowych trzeba i o łuszczycy pomyśleć.

II.

Zmiany stawowe przy łuszczycy tworzą, jak wyżej przedstawiliśmy jedno z najcięższych powikłań tego schorzenia. Proces chorobowy raz rozpoczęty nie zatrzymuje się, lecz powoli, czasami z dłuższymi lub krótszymi pauzami rozwija się i postępuje naprzód i kończy się prawie zawsze znacznymi zniekształceniami dotkniętych stawów. Silne upośledzenia, albo nawet zupełne zniesienie ruchów są często zejściem tych procesów chorobowych. Rozmaite, często zupełnie niepodobne do siebie obrazy zmian, które proces ten w stawach, szczególnie w późniejszych stanach wywołuje, były przyczyną, że przez długi czas nie umiano określić mechanizmu ich powstania i rozwoju. Jedni autorowie, jak Adrian, Darier, Stoffel, Belot-Chaperon, Strom uważali te zmiany stawowe za pewnego rodzaju neuropatyczną atropatję, powstającą na tle zaburzeń nerwo-odżywczych. Autorowie ci widzieli tu pewną analogję ze zmianami stawowymi powstającymi na tle ciężkich schorzeń układu ner-

wowego, jak wiać rdzenia, syringomyelia, lepra nervosa, morbus Raynaud'a i t. d. Inni natomiast, jak Wollenberg, Waelsch Schumacher, Lauter widzą w nich schorzenie, które zdaniem ich należy zaliczyć do wielkiej grupy schorzeń stawowych objętych ogólną nazwą pierwotnego przewlekłego reumatyzmu wielostawowego. Brak dokładnych anatomicznych badań, sekcje tylko w kilku takich przypadkach zostały przeprowadzone, a następnie rozmaite, nieraz znacznie się od siebie różniące stany tego schorzenia, które ci autorowie spotykali, były przyczyną tej rozbieżności zdań. Sprawę wyjaśniło zastosowanie tu badań roentgenowskich, które pozwoliły na rozpoznanie zmian wczesnych i przez kontrolne badanie dozwoliły śledzić ich rozwój.

Dzięki badaniom Nobla i Remenowsky'ego sprawa przynależności tych zmian została w ten sposób rozstrzygnięta, że uważamy dzisiaj zmiany stawowe przy łuszczycy za pewną odgraniczoną grupę wśród wielkiego zbiorowiska schorzeń należących do przewlekłego reumatyzmu wielostawowego.

Wśród zapatrywań na etiologję i klasyfikację tych schorzeń panował aż do niedawna bardzo wielki chaos.

Mieszano tu ze sobą zmiany zapalne ze zmianami wstecznymi i zmianami nerwowo-odżywczymi. Nie umiano odróżnić przypadków powstających na tle zakażeń specyficznych lub na tle znanych infekcji od tej całej dużej grupy o nieznannej etiologii, objętej powszechnie nazwą reumatyzmu stawowego. Dopiero badania Hoffa i Wollenberga, a następnie Kienbock'a wniosły światło w te sprawy. Dzisiaj rozróżniamy tu dwie grupy schorzeń: 1) Arthrosis capsularis i 2) Arthrosis deformans odpowiadającą dawniej osteoarthritis deformans. Charakterystyczną cechą pierwszej grupy jest rozpoczynanie się zmian w stawach małych w błonie stawowej, skąd dopiero w dalszym rozwoju może proces przejść na chrząstkę i kościec stawowy. Przebieg schorzenia jest bardzo przewlekły. Rozpoczyna się bądźto ostro z gorączką i wysiękiem w jednym stawie, bądź też już od samego początku przebiega powoli zajmując z wolna jeden staw za drugim. Początkowo zmiany ograniczone są tylko do torebki stawowej (obrzęk i zapalne nacieczenie) i obrzęk tkanek około-stawowych. Czasami wysięk wewnątrz-stawowy. Dopiero po pewnym czasie dołączają się zmiany w kościu stawowym. Występują one z początku pod postacią atrofji, zrazu bez zmian destruktivnych. W obrazie roentgenowskim stan ten zaznacza się rozrzedzeniem i zblednięciem cienia kostnego. Zmiany destruktivne powstają zarówno we wnętrzu kości, jak i na powierzchni stawowej.

Pierwsze są dalszym ciągiem i późniejszym stanem powstających wskutek atrofji cystowatych rozrzedzeń wewnątrzkośnych. Powiększając się mogą dojść aż do powierzchni kości i wytworzyć na niej większe lub mniejsze ubytki. Drugie powstają po zniszczeniu chrząstek stawowych i odsłonięciu powierzchni kośnych. Zniszczenie chrząstek uwidacznia się w obrazie roentgenowskim zwężeniem się szpary stawowej. Przy zupełnem zniszczeniu chrząstek może szpara stawowa zupełnie zaniknąć. Po odsłonięciu powierzchni kośnych zaczyna się w nich proces destrukcyjny. Początkowo występują tylko płytkie nierówności które z czasem, powiększając się i pogłębiając, prowadzą do rowkowatych lub lejkowatych zagłębień. Jeśli proces chorobowy nie zatrzymał się, to te powierzchowne ubytki mogą się coraz więcej powiększać i rozszerzać, wreszcie zlewają się ze sobą i w ten sposób powstają daleko posunięte zniszczenia. Całe powierzchnie stawowe, ale także nawet i całe główki i podstawy falang mogą z czasem nawet zupełnie zaniknąć. Czasami proces destrukcyjny może być tak daleko posunięty, że z niektórych falang pozostają tylko drobne, bezkształtne resztki kośne. Tak daleko posunięte zmiany przypominają zniszczenia wywołane w stawach przez zaburzenia nerwowo-odżywcze. Dokładna obserwacja powstawania i rozwoju tych zmian, jak i też równoczesna obecność wcześniejszych stanów w innych stawach, może przed omyłką rozpoznawczą ochronić.

W innych przypadkach proces destrukcyjny nie posuwa się tak daleko. Odsłonięte po zniszczeniu chrząstek powierzchnie stawowe ulegają tylko powierzchownemu zniszczeniu i zrastają się ze sobą. Przychodzi w ten sposób do początkowo włóknistego, a z czasem do kośnego zupełnego zrośnięcia i zeszczywnienia stawów.

Całkowite lub częściowe zwichnięcia są wynikiem ściągnięcia się i skurczenia torebki stawowej. Tego rodzaju zmiany w torebce rozluźniają połączenia stawowe i przemieszczają tworzący staw kości. Zmiany te wywołują daleko idące zniekształcenia w stawach. Ruchomość jest tu naturalnie w znacznym stopniu upośledzona, czasami nawet zupełnie zniesiona. Przemieszczone końce stawowe mogą ze swej strony ulegać dalej procesom destrukcyjnym, a nawet i zanikowi. Czasami wytwarzają się jako rezultat zmian w torebce, tych przemieszczeń i wtórnych destrukcji stawy cepowate.

Zmiany wytwórcze są przy tej grupie schorzeń stawowych na ogół nieznaczne i usuwają się na drugi plan wobec zmian destrukcyjnych i zanikowych. Polegają one zazwyczaj tylko na drobnych przybrzeżnych wyrostkach na krawędziach stawowych i na nieznacz-

nych nalotach okostnych w pobliżu stawów. Najsilniej zaznaczają się zmiany przerostowe w kręgosłupie, gdzie powstają haczykowate wyrostki łączące pojedyncze kręgi ze sobą. Tutaj przypominają czasami zmiany przy reumatyzmie **zniepodobniającym**. Różnią się jednak od nich tem, że równocześnie spotykamy zmiany w stawach międzykręgowych i że występują w **znacznie** większej liczbie. Przy reumatyzmie **zniepodobniającym** wyrostki haczykowate są większe, grubsze i spotykamy je zazwyczaj **pojedynczo** tylko między kilkoma kręgami.

Etiologia schorzenia nie jest znana i zdaje się nie w każdym przypadku zachodzi ta sama przyczyna. Obok przyczyn nieznaney natury zakaźnej odgrywają tu także pewną rolę zaburzenia w przemianie materji, a także i zdaje się **zaburzenia** w gruczołach dokrewnych. Zapadają na nią częściej osobniki młode słabowite, kobiety częściej niż mężczyźni.

Zupełnie inaczej wygląda i przebiega druga grupa przewlekłych schorzeń stawowych, objętych **nazwą** reumatyzmu zniekształcającego. Schorzenie to rozpoczyna się pierwotnie destrukcjami w chrząstkach, które w dalszym ciągu **rozprzestrzeniają** się i na kości. Błona stawowa jest rzadko i tylko wtórnie zajęta. Schorzenie rozpoczyna się zazwyczaj w stawach dużych i zajmuje przeważnie tylko jeden staw, rzadko większą **ilość** stawów. Ruchomość może być nieco upośledzona, nie jest jednak **nigdy** zniesioną. Zmiany polegają z jednej strony na **ograniczonych** destrukcjach w chrząstce i kości z drugiej strony na **wybujałościach** przerostkowych przybrzeżnych części tych tkanek. Stąd nazwa „Arthrosis deformans ossi-cartilaginea hyperplastica marginalis“, którą jej nadał Kienböck. Zmiany przerostowe **przewyższają** tu znacznie zmiany destrukcyjne i zanikowe. W obrazie roentgenowskim charakterystycznymi są dla tych zmian haczykowate lub dzióbowate wyrostki spajające często ze sobą krawędzi kości staw tworzących.

Podłożem zmian są pewne zaburzenia odżywcze chrząstek stawowych. Spotykamy je często po urazach wywołujących stałe albo też i przemijające zaburzenia w obciążeniu danych stawów. Występują wówczas jako kompenzacyjne bujania, wzmacniające wytrzymałość dotkniętych stawów. Uwydatnia się to szczególnie w kręgosłupie.

Występują u osób starszych, u osobników silnych, mężczyźni zapadają na nie częściej, niż kobiety.

Do tej grupy schorzeń stawowych można z pewnemi zastrzeżeniami, zaliczyć także i artropatje powstające na tle cięższych za-

burzeń odżywczo-nerwowych, wskutek schorzeń układu nerwowego, jak wiał rdzenia, syringomyelia i t. d. Wspólną cechą jest brak zmian zapalnych. Wedle Nobla i Remenovskij'ego, przedstawiają one krańcowo posunięte postacie tej grupy.

Do której z tych grup należy zaliczyć artropatje łuszcycowe? Czy też tworzą one może odmienną grupę, o odrębnych cechach niż opisane. Jak wyżej wspomnieliśmy panowała pod tym względem duża rozbieżność zdań, zdaje się zależnie od tego z jakimi zmianami dani autorowie się spotykali. Przypadki z daleko posuniętymi zmianami wykazują tak wielkie i rozległe zniszczenia, że rzeczywiście przypominają arthropatję na tle schorzeń układu nerwowego. Podczas gdy z drugiej strony zmiany początkowe są w zupełności podobne do zmian przeciętnie spotykanych przy przewlekłym reumatyzmie wielostawowym.

Ustaliły pogląd i wyjaśniły sprawę badania Nobla i Remenovskij'ego. Autorowie ci wykazywali, że zmiany stawowe przy łuszczycy rozpoczynają się i przebiegają podobnie, jak w innych przypadkach tej całej grupy schorzeń należących do reumatyzmu wielostawowego (*Arthrosis capsularis s. synovialis Kienböck'a*). Początek, rozwój i końcowe zejścia, są w schorzeniach stawów łuszcycowych analogiczne do przebiegu i rozwoju tych zmian przy reumatyzmie wielostawowym torebkowym. Spotykane tu zmiany anatomiczne można znaleźć w równej intensywności w przypadkach bez powikłań łuszcycowych. Podobnie rzecz się ma z klinicznymi następstwami, jak przykurcze i unieruchomienia częściowe lub całkowite, które z równym nasileniem w tych obu postaciach reumatyzmu wielostawowego występują. Dlatego też słusznie zaliczają Nobl i Remenovskij cierpienie stawowe przy łuszczycy do tej ogólnej grupy reumatyzmu wielostawowego. Tem samym odpada potrzeba wyodrębnienia ich w osobną grupę schorzeń stawowych. Zarówno pod względem anatomicznym, mechanizmu rozwoju jak i też przebiegu klinicznego podpadają w zupełności pod grupę reumatyzmu wielostawowego.

W tej dużej grupie schorzeń charakteryzują się jednak pewnymi właściwościami. Występują częściej u mężczyzn niż u kobiet. Następnie prawie nigdy nie występują ta powikłania ze strony serca. Nie reagują na preparaty salicylowe, a natomiast znaczne poprawy występują tu po związkach arsenikowych. Jak to wyżej wyszczególniliśmy przypadki nasze oddziaływały bardzo pomyślnie na natrium arsenicosum. Wcale często natomiast przedstawiają one bardzo cięż-

kie postaciach zniekształceń stawowych, rzadziej stosunkowo występujących w innych przypadkach tej grupy schorzeń stawowych.

Stanowi więc artropatja łuszczykowa wśród tej dużej gromady schorzeń o nieznannej i często niejednolitej etiologii pewną swoistą grupę. Co do etiologii zmian stawowych w tych przypadkach to jest nam ona o tyle znaną, że możemy twierdzić, że to samo uszkodzenie, ta sama „noxa“ chorobowa, która wywołuje wykwity łuszczykowe na skórze, wywołuje też i zmiany stawowe. W czym leży przyczyna zmian i jaki jest jej mechanizm działania na skórę i powierzchnie stawowe, czy oba rodzaje zmian są sobie równorzędne czy też jeden jest następstwem drugiego, to wszystko nie jest jeszcze dzisiaj znane. Ale w każdym razie nie są zmiany stawowe przy łuszczycy tylko przypadkową komplikacją, tylko dołączeniem się do zmian skórnych, lecz należą do istoty procesu chorobowego. Dla podkreślenia łączności tych procesów chorobowych proponują nawet Nobl i Remenovsky nazwę Psoriasis artritica.

Zmiany w stawach, które w naszych przypadkach wystąpiły, nie różnią się również od zmian spotykanych przy reumatyzmie wielostawowym. Pod względem anatomicznym i roentgenowskim przedstawiają bardzo podobny obraz. Ciekawym jest w naszych przypadkach ten szczegół, że obok zajęcia stawów małych były równocześnie zaatakowane także i stawy duże, które przedewszystkiem choremu sprawiały dolegliwości.

W przypadku pierwszym cierpiał chory najbardziej wskutek zmian w stawie kolanowym. W przypadku drugim przedewszystkiem wybijały się na plan pierwszy zmiany w kręgosłupie. Takie umiejscowienie się zmian jest stosunkowo rzadkie i dlatego pozwalamy sobie je poniżej nieco obszerniej opisać. Kościec dotkniętego kolana prawego u naszego pierwszego chorego przedstawia się w obrazie roentgenowskim następująco: przedewszystkiem uderza silna atrofia całego kośćca stawowego. Część korowa znacznie zcieńczała, beleczki części gąbczastej rozrzedzone. Szpara stawowa w znacznym stopniu zwężona, tak że ma się wrażenie jakby w niektórych miejscach kłykie kości udowej przylegały bezpośrednio do kłykciów kości goleniowej. Kłykie kości udowej lekko spłaszczone, ich powierzchnia stawowo nierówna. Największe nierówności wykazuje lateralna część zewnętrznego kłykcia, gdzie nierówności są wywołane częściowo przez drobne ubytki, częściowo przez lekkie wybulałości kostne. Kłykie kości goleniowej wykazują nieco gładszą powierzchnię stawową, niż kłykie udowe. W kłykiu medialnym ubytek przybrzeżny; w nim drobny, śpiczasty wyrostek kostny.

Kłykiec lateralny kości goleniowej wykazuje małą guzkowatą wyniosłość. Dość silną atrofię można również zauważyć w główce i w całej górnej trzeciej części kości strzałkowej. Po stronie medialnej, poniżej główki nalot okostnowy o łukowatych nieostrych brzegach. Na przeciwległym brzegu na kości goleniowej podobny, jednak bardzo rozległy nalot okostnowy.

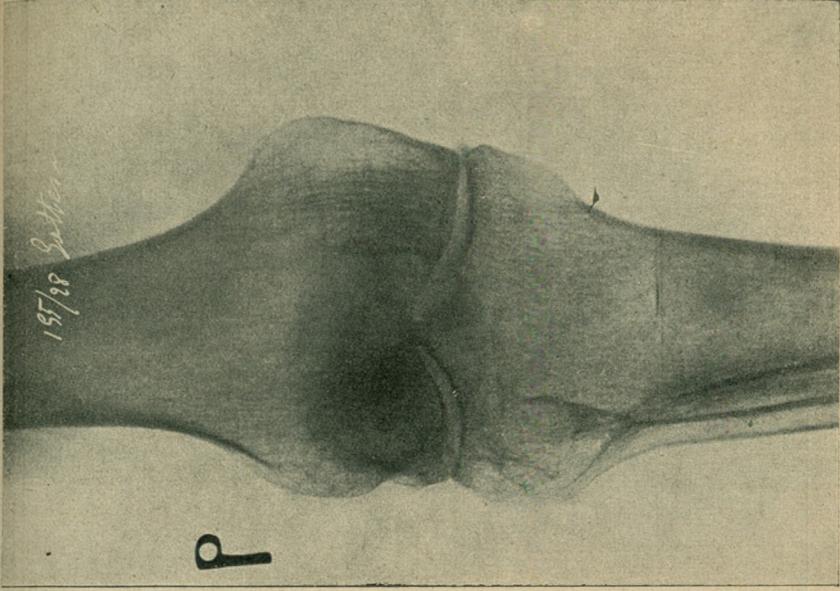
Zmiany wytwórcze podobnych rozmiarów nie należą właściwie do cech charakterystycznych artrozy łuszczykowej. Występujące

tu wybujałości okostnowe nie osiągają zazwyczaj tego stopnia rozwoju. W naszym przypadku są one, być może pozostałością zapalenia rzerzączkowego, który chory przed laty w tym stawie kolanowym przeżył. Skłonność do procesów wytwórczych okołostawowych jest szczególną cechą rzerzączkowych zapaleń stawowych.

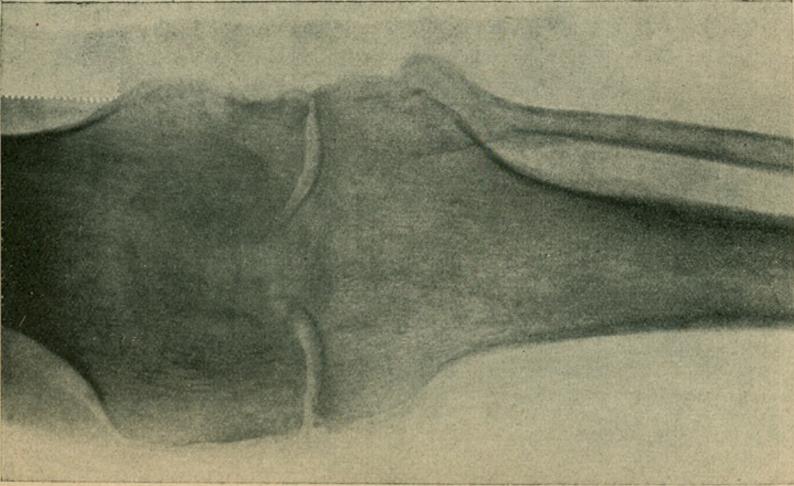
Czy także i inne ślady pozostawiło to zapalenie w tym stawie i czy wogóle i w jakim stopniu widoczne w nim zmiany są następstwem tego zapalenia rzerzączkowego, trudno dzisiaj osądzić. W każdym razie nie upośledziły te zmiany we większym stopniu ruchomości tego stawu i ewentualne uszkodzenia nie były wybitne, gdyż przez cały szereg lat (27), to jest od czasu wyleczenia sprawy rzerzączkowej nie skarżył się chory na dolegliwości w tym stawie. Dolegliwości pojawiły się dopiero równocześnie z wystąpieniem łuszczycy. Pozostała jednak pewna niedomoga, objawiająca się w tem, że nowopowstający proces chorobowy usadowił się właśnie w stawie, w którym się już raz proces zapalny toczył. Dołączone roentgenogramy (ryc. 1 i 2) przedstawiają zmiany, jakie się w tym stawie z czasem rozwinęły. Na rycinie 1, przedstawiającej roentgenogram wcześniejszy mamy do czynienia jeszcze z ostrym obrazem atrofji kostnej. Struktura części gąbczastej plamkowata, kontury kości nieostre, cały obraz jakby zamazany. Na rycinie 2 przedstawiającej roentgenogram pochodzący z okresu 3 lata późniejszego, widzimy już typową chroniczną atrofję. Jasny, bledy obraz kości, kontury ostre, część korowa cienka, część gąbczasta silnie rozrzedzona. Występywanie tych zmian równocześnie z pojawieniem się wykwitów łuszczycowych na skórze pozwala przyjąć z dużym prawdopodobieństwem łączność ich z procesem łuszczycowym.

W przypadku drugim bardzo ciekawe są zmiany w kręgosłupie. Zaznaczają się najwyraźniej w dolnej części piersiowej i lędźwiowej. Widzimy tu przede wszystkim cały szereg wyrostków kostnych, łączących pojedyncze trzony kręgowce ze sobą. Po stronie prawej są wyrostki te silniej rozwinięte niż po lewej. Tutaj jest prawie każdy krąg przez nie z drugimi połączony. Krawędzie trzonów kręgowych są nierówne. Miejscami pojawiły się dopiero równocześnie z wystąpieniem łuszczycy. Pozostała jednak pewna niedomoga, objawiająca się w tem, że nowo powstający proces chorobowy usadowił się właśnie w stawie, w którym się już raz proces zapalny toczył. Dołączone drobne przybrzeżne ubytki, miejscami drobne dzióbokowate wyrostki. Szpary stawów międzykręgowych przeważnie zwężone i słabo widoczne, w niektórych wyrostki stawowe zlewają się prawie zupełnie za sobą. Zmiany w kręgosłupie szyjnym są mniej posunięte. Można jednak wcale wyraźnie zauważyć przybrzeżne wybujałości, łączące razem pojedyncze kręgi.

Pod wpływem więc artropatii łuszczycowej wytworzyły się w przypadku naszym ciężkie zmiany w kręgosłupie. Pociągnęły one za sobą znaczne upośle-



Ryc. 2.



Ryc. 1.

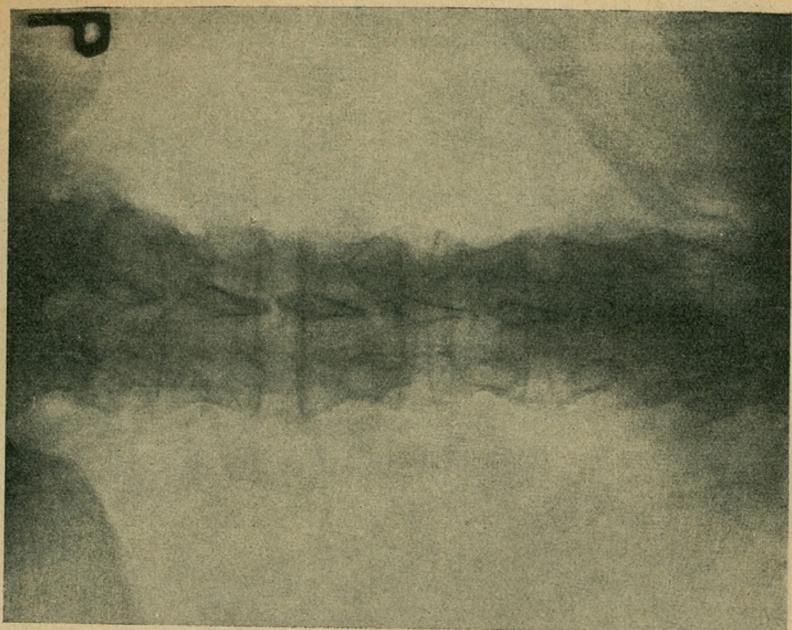


Fig. 3.

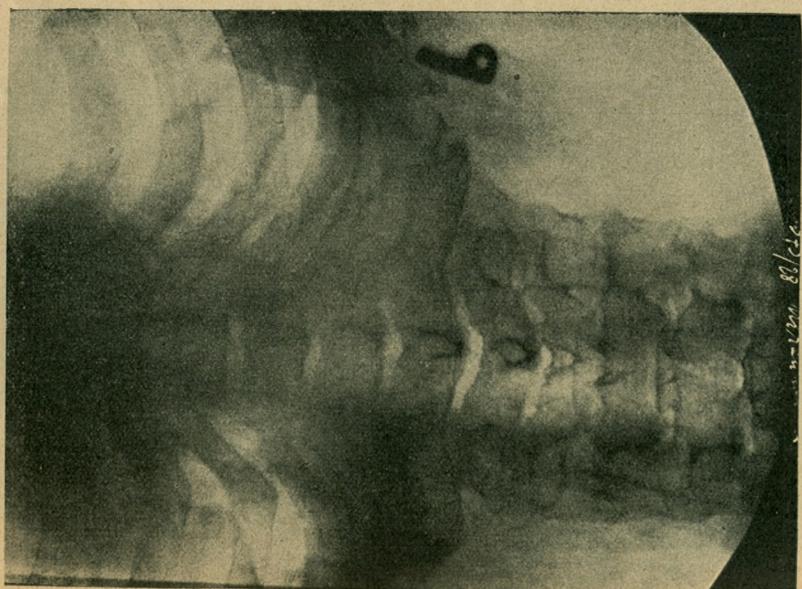


Fig. 4.

dzenie ruchomości i wytworzyły w ten sposób obraz klinicznie bardzo podobny do zmian przy chorobie Bechterewa.

Pismienictwo zebrane w Zellner: Wiener Archiv f. innere Medizin Bd. 15/1928. — **Falk:** Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 129/1921. — **Nobl i Remenowsky:** Fortschr. a. d. G. d. Röntg. Bd 34. — **Brunner i Winnicki:** Przegląd radiologiczny T. II. — **Brunner i Winnicki:** Przegląd dermatologiczny 22.

DR. OTTON SALAMANDER

ZAPOBIEGANIE CHOROBYM ZAWODOWYM i ICH ZWALCZANIE W POLSCE

(Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 o zapobieganie chorobom zawodowym i ich zwalczaniu, oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928, ogłoszone 26 stycznia 1929 w sprawie wykonania niektórych postanowień rozp. Prez. Rzplitej z 22. VIII. 1927).

I. Pojęcie choroby zawodowej:

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej określa pojęcie choroby zawodowej jak następuje: za choroby zawodowe uważa się choroby ostre lub przewlekłe, powstające wskutek wykonywania pewnego zawodu, z istoty danej pracy lub z powodu warunków wśród których się one odbywają.

II. Wykaz chorób zawodowych:

Rozporządzenie wykonawcze z 27. XII. 1928 ustala jakie choroby należy uważać za choroby zawodowe:

A) Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującymi substancjami względnie związkami: 1) alkohol amtylowy, etylowy, alkohole wyższe, alkohole skażone; 2) antymon; 3) arsen; 4) benzol i pochodne; 5) chlor, brom, jod, fluor; 6) chrom; 7) ejanowe związki; 8) cynk; 9) dwutlenek siarki; 10) fenole; 11) formaldehyd; 12) fosfor; 13) fosgen; 14) Kwasy solne; 15) ługi solne; 16) mangan; 17) olej skalny i produkty jego destylacji; 18) nitrogliceryna; 19) ołów; 20) rtęć; 21) siarczek węgla; 22) siarkowodór; 23) terpentyna; 24) tlenki azotu; 25) tlenek węgla.

B) Następujące choroby, jeżeli na skutek pracy zawodowej wystąpią u osób niżej określonych zawodów: 26) glistnica u osób zatrudnionych w górnictwie; 27) głuchota u osób, zatrudnionych

przy młotach pneumatycznych, u kotlarzy, kowali, kolejarzy, puszkarzy, tkaczy i t. p.; 28) gruźlica w związku z pylicami u osób narażonych na wdychanie większej ilości pyłu; 29) Kessonowa choroba u osób, pracujących w powietrzu sprężonym; 30) nerwice, nabyte na skutek pracy zawodowej u telefonistek, sygnalistów i t. p.; 31) nosaczina u osób, zatrudnionych pielęgowaniem chorych lub usuwaniem padłych koni, mułów, osłów; 32) nowotwory, owrzodzenia i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, olejów maszynowych i innych smarów; 33) choroby oczu i ich przydatków, wywołane podczas pracy zawodowej na skutek działania trujących i nietrujących organicznych i nieorganicznych pyłów, gazów i płynów (kapelusznicy, lakiernicy, malarze, młynarze, masarze, ogrodnicy, piekarze, solnicy, tapeciarze i t. p.); 34) choroby oczu u osób, których praca zawodowa wymaga znacznego przybliżenia przedmiotów do oka (drukarze, grawerzy, koronczarki, krawcy, litografowie, szwaczki i t. p.); 35) oczopłaz u górników; 36) przepuklina u osób, zajętych dzwiganiami i rzucaniem ciężarów (tragarze, robotnicy transportowi, kolejowi i t. p.); 37) przymiot u osób, wydymających szkło (w hutach szklanych); 38) pylica u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu; 39) choroby skórne na skutek działania urazów cieplnych pyłu, płynów i substancji chemicznych (garbarze, murarze, piłkarze, praczki, robotnicy cementowi, tkacze i t. p.); 40) choroby skórne i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy zawodowej na działanie promieni krótkofalowych (Roentgen, rad, substancje radioaktywne, promienie pozafioletkowe X i t. p.); 41) skurcze zawodowe u pracowników biurowych, muzyków, w przemyśle włókienniczym, telegrafistów i t. p.; 42) tężec u osób, zatrudnionych przy zbieraniu i przeróbce szmat i gałganów, ogrodników i innych robotników leśnych, rolnych i ziemnych; 43) węglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych jak skóra, włosień i t. p.; 44) zaćma szara u osób, narażonych na promieniowanie roztopionego szkła, metali (hutnicy); 45) choroby zakaźne u osób, narażonych na zakażenie przez wykonywanie pracy zawodowej (lekarze, personel lekarski pomocniczy, praczki); 46) zapalenie pochewek, ścięgien i torebek maziowych (stan łokciowy, garstkowy i kolanowy) na skutek urazów mechanicznych u drukarzy, górników i t. p.; 47) zmiany chorobowe o charakterze gościcowym u górników, murarzy, praczek, robotników ziemnych, rolników i t. p.); 48) zimnica u osób zatrudnionych przy pracach nad usuwaniem błot; 49) żyłaki, stopa

płaska, kolano szpotawe u osób, wykonywujących pracę przeważnie stojąc (kelnerzy, piekarze, stolarze i t. p.).

Lista powyższa będzie uzupełniona w miarę potrzeby.

III. Przepisy celem zapobiegania chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Szczegółowe przepisy, mające na celu zapobieganie chorobom zawodowym i ich zwalczanie nie zostały dotychczas wydane, a mają być dla poszczególnych rodzajów pracy zawodowej wydane w drodze oddzielnych rozporządzeń.

Jedynie odnośnie do pracy w piekarniach wydane zostało rozp. Ministra Spraw Wewnętrznych z 31. X. 1927 o stosowaniu mechanicznych urządzeń do przesiewania mąki, mieszania i zagniatania ciasta.

W przepisach szczegółowych będą mogli odnośni ministrowie wydawać zakazy używania przy pracy pewnych szkodliwych surowców, materiałów, produktów, narzędzi lub maszyn, stosowania szkodliwych metod pracy, albo też będą mogli określić warunki pod jakimi używanie wzgl. stosowanie będzie dozwolone.

IV. Obowiązek zgłaszania chorób zawodowych.

Do zgłoszenia choroby zawodowej jest obowiązany 1) lekarz, który zbadał chorego i ustalił chorobę, lub powziął podejrzenie o nią, w szczególności, lekarz, który był wezwany na posadę, lekarz kasy chorych a tam gdzie ich niema — lekarz fabryczny, szpitalny i t. p.; 2) lekarze wykonywujący sekcję lub oględziny zwłok; 3) lekarze weterynarii, jeżeli powzięli wiadomość o zarażeniu się ludzi chorobą podlegającą zgłoszeniu.

V. Jakie choroby zawodowe podlegają obowiązkowi zgłoszenia.

A) Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującymi substancjami, ich stopami i związkami:

1) ołów; 2) rtęć; 3) arsenik i związki arsenowe; 4) fosfor; 5) chrom; 6) tlenki azotu; 7) tlenek węgla; 8) siarczek węgla; 9) związki cjanowe; 10) benzol i pochodne 11) alkohol metylowy 12) terpentyna.

B) 13) zmiany chorobowe, wywołane przy pracy działaniem promieni Roentgena i substancjami radioaktywnymi; 14) owrzodzenia i nowotwory u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły,

dziegciu, sadzy, parafiny; 15) pylica krzemkowa u osób, narażonych przy pracy na wdychanie pyłu, zawierającego krzem (z kwarcu, granitu, piaskowca i t. p.); 16) glistnica u górników; 17) węglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak wełna, włosie, skóry i t. d.

Co do innych chorób zawodowych obowiązek ich zgłaszania nie istnieje.

Zgłoszenia powinny być składane na piśmie powiatowej władzy administracyjnej, jako władzy sanitarnej w ciągu doby w chwili powzięcia wiadomości.

W tymże samym terminie winna osoba składająca zgłoszenie zawiadomić inspektora pracy.

VI. Badanie istnienia i przyczyny choroby zawodowej.

Dochodzenia celem ustalenia rozpoznania choroby i jej pochodzenia przeprowadza lekarz powiatowy i inspektor pracy. Lekarz powiatowy powinien zbadać chorego, ustalić rodzaj choroby i stwierdzić gdzie leży jej źródło. Pozatem podlegają badaniu współpracownicy chorego. W związku z wynikami badań należy dokonać oględzin fabryki, warsztatu, względnie pomieszczeń w których zaszedł przypadek choroby zawodowej, pozatem oględzin narzędzi, surowców, produktów, jako też badania warunków pracy poszkodowanego. Te oględziny przeprowadza lekarz łącznie z inspektorem pracy.

Przytem należy wziąć pod uwagę następujące okoliczności: jakie czynniki działają szkodliwie, czy są stosowane przepisane środki zapobiegawcze, czy choroba wynikła z powodu niestosowania tych środków przez zarząd zakładu czy pracowników, czy wymienione środki okazały się niewystarczającymi i jakie potrzebne są uzupełnienia.

VII. Zarządzenia celem usunięcia przyczyn chorób zawodowych.

Wydawanie stosownych zarządzeń, mających na celu usunięcie przyczyny wywołującej choroby zawodowe należy do powiatowych władz administracyjnych i do obwodowego inspektora pracy.

Kierownicy zakładów pracy są obowiązani udzielać właściwej władzy wyczerpujących informacji o warunkach pracy, sposobach produkcji i t. p. (Na inspektorach pracy i lekarzach powiatowych ciąży obowiązek zachowania tych danych w ścisłej tajemnicy).

VIII. Sankeje karne.

Zaniechanie zgłoszenia choroby zawodowej podlega karze grzywny od 25 zł do 3.000 zł i aresztu do 6 tygodni. O karze orzeka powiatowa władza administracyjna; na żądanie, które można wnieść do dni 7 od dnia doręczenia orzeczenia, sprawa przekazana zostaje sądowi.

SPOSTRZEŻENIA PRAKTYCZNE LEKARZY KASOWYCH*)

Dr. ALFRED BUCHHOLZ

P. K. CH. KROSNO

Wtórna wakcyna

Jako przyczynek do artykułu: „Rzadki przypadek wtórnej wakcyny na języku“ z Nr. 5 „Wiadomości Lekarskich“, pragnę przytoczyć również dwa przypadki wtórnej wakcyny z mojej praktyki:

Dnia 11. VI. b. r. zgłosiła się do przychodni K. Ch. w Krośnie, kobieta z dzieckiem 3½ letniem i podała, że dziecko od trzech dni wysoko gorączkuje. Dnia poprzedniego zauważyła, że srom u dziecka jest silnie obrzmiały i że dziecko nie może moczu oddać. U dziecka stwierdziłem wysoką gorączkę, 39°5'. Na silnie obrzmiałych i zaczerwienionych dużych wargach sromowych pęcherzyki ropne, otoczone czerwoną obwódką, z wyraźnym zagłębieniem we środku. W głębi pochwy żółty, ropny nalot. Gruczoły w pachwinie silnie obrzmiały i bolesne. Dno pęcherza moczowego poniżej pępka. Matka, zapytana, czy ona sama nie ma również na ciele jakiegoś owrzodzenia, pokazała na brodzie naciek, wielkości dużej oliwki, mało bolesny, z owrzodzeniem na szczycie, koloru brązowego, z surowiczokrewną wydzieliną. Gruczoły podszczękowe nieco powiększone, nie bolesne, Ciepłota ciała prawidłowa.

Jak z jednej strony trudno było oprzeć się wrażeniu, że oba przypadki stoją w związku przyczynowym, tak z drugiej strony obrazy chorobowe były tak różne, że ich koïncydencja myliła tylko rozpoznanie. Podczas, gdy u matki wyglądało to raczej na sprawę kiłową, to pęcherzyki ropne u dziecka były tak charakterystyczne, że przemawiały prawie wyłącznie za wtórna wakcyna.

Dopiero wywiady wyświełiły całą sprawę. Matka podała, że jej, świeżo szczepione, jednoroczne dziecko, zdarło jej paluszkami, któremi dopiero co podrapało miejsce szczepienia, małą krosteczkę na brodzie. Na trzeci dzień wystąpił u niej w miejscu zdrapania silny obrzęk i wysoka gorączka. Po okładach obrzęk zmniejszył się nieco, a gorączka spadła.

Dziewczynka owa spała w jednym łóżecku wraz ze szczepionem dzieckiem i prawdopodobnie przy tej sposobności musiała nastąpić wtórna wakcynacja wsku-

*) W dziale tym umieszczamy krótkie spostrzeżenia z praktyki Kasowej lekarskiej.

tek podrapania sromu. Na zapytanie podała też matka, że dziecko cierpi na robaki które często powodują świąd w okolicy odbytnicy i sromu.

Sądzę, że odmienny przebieg, lżejszy u matki, cięższy u dziecka i odmienny obraz chorobowy, spowodowany był z jednej strony odmienną lokalizacją, z drugiej zaś tem, że matka była dwukrotnie szczepiona z dodatnim wynikiem, dziewczynka zaś była raz szczepiona jako dziecko jednoroczne, lecz szczepienie się nie przyjęło i blizny żadnej po szczepieniu nie było.

Przebieg choroby u dziecka oddanego do tutejszego szpitala, również potwierdził rozpoznanie, ponieważ gorączka spada dnia 19. VI., a więc na 11 dzień. Obrzęk ustąpił pod wpływem okładów z wody kwaśnej.

U matki również znikł obrzęk pod wpływem okładów, pozostawiając w miejscu owrzodzenia małą charakterystyczną bliznę.

Dr. LUDWIK SCHRENZEL

K. CH. w SMORZEM

Kilka uwag w sprawie chorych na przemęczenie

Bardzo często zjawiają się u lekarza kasowego ubezpieczeni, u których po najskrupulatniejszym zbadaniu, rozpoznanie opiewać powinno „zmęczenie“. Ludzie ci skarżą się na ogólne osłabienie, niemożność wykonywania pracy zawodowej. Nota bene, znajdują się w tym smutnym zespole objawów tej nazbyt częstej choroby społecznej i objawy niedokrewności lub innych niedomagań, które możnaby opatrzyć oklepanym stemplem tej czy owej djagnozy, ale całość wymyka się ujęciu jej w ramy jakiejś uznawanej w medycynie choroby i musi być odrębnie traktowana. Jakież stanowisko zajmie wobec chorych tych lekarz kasowy?

Naturalnie rozpocznie od zbawiennych rad. Polecą choremu dłuższy odpoczynek, zaniechanie forsownej pracy, unikanie wszystkiego, co z troskami jest związane. Każę mu dobrze odżywiać się, przebywać na dobrym powietrzu, a w końcu zapisze mu na receptę jakieś „tonicum“ czy „stomachicum“, uzna go przez jakiś niedługi czas niezdolnym do pracy i... na tem koniec.

Jakaż korzyść odniesie z tego chorey? W każdym razie nie wielką. Dobre skądinąd rady lekarza są pleonazmem, bo wszakże nie kto inny, jak właśnie sam chorey taki wie doskonale, że trzeba mu spoczynku, spokoju i wogóle dobrych warunków, by mógł stać się znowu zdrowy. Na cóż zda mu się dobry środek na apetyt, jeśli do zaspokojenia apetytu brak mu środków. A chyba 60-cio procentowy zasiłek, jaki otrzyma przez niedługi czas uznanej przez lekarza kasowego niezdolności do pracy, nie wystarcza do usunięcia przyczyny choroby tej u niego.

I przyjdzie znów chorey taki do lekarza niezadowolony, rozgoryczony, nieufny. Co z nim zrobić?

Tu otwiera się przed kasowym lekarzem i Kasą Chorych, jako taką, ważne i szczytne zadanie. Warunki, jakie złożyły się na pojawienie się u chorego takiego objawów zmęczenia (mniejsza o nazwę), spowodują, jeśli się ich nie usunie rychło — gruźlicę.

A więc racjonalne ustosunkowanie się lekarza i kasy do chorych takich jest w dużym stopniu zapobiegawczą akcją przeciwgruźliczą. Dając chorym takim możliwość rychłego powrotu do zdrowia i pełni sił, ratuje się pracownika społeczeństwu, daje lekarzowi i kasie miłą świadomość dobrze spełnionego obowiązku,

a kasie zaoszczędza się dużo, dużo kosztów, wydanych w końcowym rezultacie najczęściej.. na darmo.

Dlatego chorem takim powinna być niesiona szybka i szeroka pomoc.

Bez żadnych skrupułów i względów na względy powinno się zwolnić ich na odpowiednio długi czas od pracy, powinno się dać im pełny, 100 procentowy zasiłek; obok koniecznych leków należałoby dać im środki odżywcze in natura względnie trzebaby chorych na pewien czas przenieść z ich nędzy we warunki inne, dające im upragniony spokój.

Naturalnie pociągnęłoby to ze strony kasy kosztu, ale nigdzie może, jak tu, słusznem okazuje się przysłowie: „bis dat, qui cito dat“, lub „dwa razy traci kto raz skąpi“.

Dr. ST. DYMNIKI

K. CH. KROSNO

Leczenie gruźlicy w Kasie Chorych

Jak każdy kolega pracujący w Kasie zauważył najznaczniejszy odsetek chorych zgłaszających się w Kasach stanowi gruźlica, niezbyt wirulentna, z tendencją do wyleczenia, o pomyślnem rokowaniu quoad vitam. Quoad sanationem choćby w przeciągu miesięcy rokowanie już nie tak pomyślne. Chorzy ci zalegają ambulatorja kasowe, w znacznej części pracują, od czasu do czasu przerywają pracę, korzystając ze zasiłków kasowych. Otrzymują rozmaite preparaty żywiczne do używania wewnętrznego, żelazo, arsen i t. d. i to zwykle miesiącami. Po jakimś czasie powracają znowu i często całe lata korzystają z leczenia kasowego.

W artykule niniejszym nie mam zamiaru omawiać całokształtu leczenia gruźlicy a specjalnie leczenia wspomnianych chorych w związku z ustawodawstwem, środkami materialnymi Kas i t. d., a chcę tylko zwrócić uwagę na jeden bardzo ważny czynnik od którego wynik leczenia tej kategorii chorych zależy t. j. na wartość cieplikową pożywienia.

Jeżeli uwagę naszą w ambulatorjach kasowych przy chorych gruźliczych zwrócimy w tym kierunku i zapytamy każdego, co pan zjadł wczoraj przez cały dzień, co przed wczoraj, czy to jest zwykle pańskie jedzenie i policzymy to na wartość cieplikową, to wnet przekonamy się, że wśród chorych gruźliczych możemy łatwo wyróżnić grupę, o której twierdzić z całą pewnością możemy, że jest cieplikowo niedożywną. Są to po największej części robotnicy niekwalifikowani w źle płacących słabo kalkulujących się działach wytwórczości. W Kasie, w której pracuję, zaliczyłbym do tej grupy, robotników cegielnianych, ziemnych, niekwalifikowaną pomoc murarską, niekwalifikowaną pomoc w hucie szkła. Zależnie od miejscowości i jej gospodarczego charakteru grupy te wyglądać będą rozmaicie.

Z chwilą kiedy uprzytomnimy sobie fakt cieplikowego niedożywienia tych ludzi, fakt, że obok rozpoznania Apicitis, Concretio pleurae, colli, Lymphomata colli, Pericarditis adhaesiva, Anaemia, z równą a praktycznie ważniejszą słusnością możemy dopisać Dystrophia alimentaria calorica chronica, z tą chwilą staje się nam jasną, że tak powiem nicość naszych farmaceutycznych preparatów. I zdawałoby się, że tu niema rady, że tylko ogólne polepszenie warunków gospodarczych może tu pomóc. Jednakowoż tak nie jest. Staralem się wybrnąć z położenia w niżej opisany sposób i z góry powiem, że 4-letnie masowe

stosowanie niżej opisanej ordynacji dało mi wyniki, z których jestem nawet bardzo zadowolony.

Zgłaszającemu się do Kasy choremu omawianej czy innej kategorii coś zapisać musimy, jeśli już nie z innych powodów to choćby ut aliquid fieri videatur. To coś w każdym razie Kasę coś kosztuje. Dla stanu finansowego Kasy nie stanowi to różnicy za jaką receptę płaci, ale ile płaci. Przepisuję więc omawianym chorym, to znaczy chorym przewlekle cieplikowo niedokarmionym (wywiad) i nie mogącym z powodów natury gospodarczej (pytanie, ile pan zarabia? jaka rodzina?) pozwolić sobie na bardziej treściwe pożywienie i okazującym niezbyt wirulentną lub nawet czynną gruźlicę, oleum olivarum, oleum Sezami, oleum lini, rapacis i t. d., ewentualnie oleum jecoris asseli, w ilościach dobowych od 50 do 100 gr., co kosztuje Kasę od 18—40 groszy na dzień i osobę i stanowi od 450—900 użytecznych kalorii. Zresztą i to coś przepisane, ut aliquid fieri videatur, też coś kosztuje. Naprzykład Cresolan flaszka 120 grm. — 6 łyżek (ciężka ciecz) kosztuje złotego, 3 × dziennie łyżkę = 50 groszy na osobę i dzień. Tańszą ordynacją byłoby Calc. lact., Kali sulfoguaajacolicium, ferrum lact., ferr. reduct. w proszku na koniec noża, liquor arsenicalis Fowleri w kroplach i t. p.

Ponieważ, jak nauczyły mię wywiady, wartość cieplikowa dobowego pożywienia omawianej kategorii robotników wynosi zwykle około 1500 kal. w czym znaczna ilość chleba i jarzyn, wykorzystanie których bywa różne, więc 900, a nawet 450 kal. więcej jest przy dłuższem zastosowaniu już ilością wcale poważną, i już a priori pozwalającą oczekiwać po upływie kilku tygodni poważnych zmian w ogólnym stanie sił, zdolności do pracy i t. d.

Nie jest obojętnym dla przyswojenia i wykorzystania olei sposób spożycia tychże. Sposób spożycia odpowiadający zwyczajnemu sposobowi doprowadzenia tłuszczów do przewodu pokarmowego, sposób do którego od młodości leczony przywykł i na który nastawił się cały mechanizm (słusznej chemizm) przemiany materji, będzie najodpowiedniejszym. Nie przywykliśmy zjadać tłuszczów per se, lecz zmieszane z pokarmami innych rodzajów. W ten sposób podane tłuszcze najlepiej się w przewodzie pokarmowym emulgują i wysysają. Dlatego polecam leczonym na zapisanych olejach np. smażyć placki lub zrobić z mąki zapraszkę i z tego zupę lub sos albo omaścić tą zapraszką kapustę lub inne jarzyny i t. p.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Analiza, wskazanie i granica psychoterapii przy asthma bronchiale

Tem dla powstania astmy jest w większości przypadków diateza alergiczna. Specyficzność alergji można wykazać przez śródskorne wstrzykiwania ekstraktów podejrzanych substancji. Psychoterapia powoduje obniżenie pobudliwości wegetatywnego systemu nerwowego i tem samem prawdopodobnie rozmałą wrażliwość na daną ilość allergenu. Psychoterapia nie może zmienić alergicznej konstytucji astmatyka. Choć wskazana jest psychoterapia i leczenie symptomatyczne, o jednak celem ostatecznym leczenia pozostaje usunięcie organicznej podstawy alergji.

(Hansen, Deutsche med. Wochenschrift 35, 1927).

Przeciwwskazania do kuracji odtłuszczających — Elias

Nawet umiejętnie przeprowadzone leczenie odtłuszczające może zaszkodzić, z powodu złego doboru pacjentów, lub wyboru złej metody. Nie każdy zdrowy człowiek znosi leczenie odtłuszczające. U kobiet nadmierne wychudnięcie jest niebezpieczne. Przeciwwskazaniem do powyższego leczenia jest wiotkość powłok brzusznych po porodach, początki usunięcia trzewi z zaparciem dyskinetycznym stolca. Kuracja odtłuszczająca doprowadzić może w tych wypadkach do wybitnego usunięcia żołądka i jelita grubego. Podczas ciąży w szparach pomiędzy mięśniami powłok brzusznych gromadzi się tłuszcz. W wypadku, gdy on zniknie mogą w tych rozstępach tworzyć się małe przepukliny.

Leczenie odtłuszczające jest przeciwwskazane u ludzi nerwowych, u cukrzycowych, gruźlików, chorych z chorobą Basedowa.

Ponadto absolutnym przeciwwskazaniem do powyższej kuracji jest wysoki wiek chorego, oraz cięższa niedomoga krążenia.

U chorych na serce i nerki nie wolno stosować leczenia wodami mineralnymi i środkami przeczyszczającymi, które niekorzystnie odbijają się na krążeniu.

Przy niedomodze krążenia i tak częstym u otyłych cukromoczu niekorzystnie działa tyreoidyna.

(Ärztl. Praxis 11, 1928).

Bühn.

Pieczenie języka wywołane nadkwaśnością — J. Sellei (Budapeszt)

Na języku zdarzają się różne zaburzenia sensoryczne, nerwice i bóle wywołane przez zmiany przedmiotowe (glossitis Möller-Hunteri, leukoplakia, herpes pemphigus i inne choroby). Często jednak występują pieczenie i bóle języka, warg i policzków bez zmian przedmiotowych wywołane przez bóle nerwu językowego albo przez nerwice czynnościowe (neuralgia n. lingualis, neurasthenia, hysteria). Niekiedy glossodynia ma swe źródło w schorzeniach zębodołowych, pozostających często w utajeniu. Tabetycy mają nieraz bóle i pieczenie języka, przechodzące także na błonę śluzową ust, dziąseł i warg. Niektórzy chorzy skarżą się na świąd języka (pruritus linguae). Glossitis Möller-Hunteri jest często pierwszym, ale wtedy i stałym objawem niedokrwistości złośliwej. U chorych z pieczeniem języka zmysł smaku nie doznaje zmian. S. stwierdził prawie we wszystkich przypadkach pieczenia języka nadkwaśność żołądka, po ustąpieniu której ustaje też pieczenie języka. Leczenie więc polega na stosowaniu mieszanek sodu, magnezu, atropiny, odpowiedniej diety oraz częstym płukaniu ust rozczykami alkalicznymi. Jeśli pieczenie jest bardzo silne, można z początku pędzlować 20% rozczynek anestetycznych w glicerynie. Pieczenie języka zdarza się częściej u kobiet niż u mężczyzn, a zwłaszcza u kobiet starszych. Brak kwasu żołądkowego jest rzadszą przyczyną pieczenia języka i te przypadki są zawsze podejrzane na niedokrewność złośliwą. To też we wszystkich przypadkach pieczenia języka należy dokładnie zbadać treść żołądka na stan kwasoty oraz zbadać obraz krwi.

(Deut. m. W. 42, 1928).

Fels.

Niepewne rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego

Carnet i Boles zwracają się ostro przeciw zbyt częstym zabiegom chirurgicznym li tylko z powodu nieco bolesnego punktu Mac Burney'a przy badaniu klinicznym albo rentgenologicznym. 40% wszystkich operacji z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka pozostaje bez skutku. A trzeba zważyć, że zabieg ten w najlepszym razie ma 2% śmiertelności. Bardzo często przyczyną dolegliwości

jest newralgia nerwów międzybrowowych lub brzusznych. Po zabiegu zaś takiego rodzaju bole mogą nie zniknąć. Nie wolno tedy operować tylko na podstawie rentgenologicznej, a w pierwszym rzędzie dążyć do wzmocnienia organizmu wapnem, żelazem, arsenikiem i t. d.

(Journal of Amer. Med. Associat. 1. XII. 1928).

Zi.

O alergji pokarmowej

Rowe podnosi, że nadwrażliwość na pewne pokarmy zdarza się znacznie częściej, niż się myśli powszechnie. Ważną pomoc w wyszukaniu „winnej“ potrawy podaje anamneza rodzinna i historia osobista. Czasem jednak wyznaczenie szkodnika jest nader trudne. Odczyny skórne, powitane naprzód falą entuzjazmu zawodzą często; wskazują jedynie na ogólną wrażliwość. Największe znaczenie praktyczne mają próby djetetyczne „ex juvantibus“. Badania autora przeprowadzone na 157 pacjentach wykazały niezbicie, że alergja pokarmowa powoduje obrazy chorobowe, dotąd pod to miano niepodciągnięte, jak bole w okolicy wyrostka robaczkowego, naśladujące do złudzenia ostrą „appendicitis“, zespoły żółdkowe, naśladujące wrzody, zapalenia i dysfunkcje jelit, nawet z krwawieniami jelitowemi. Choroby skórne, spowodowane przez alergję pokarmową są już więcej znane. Zalicza do nich pokrzywkę, obrzęki naczyniowo-nerwowe (oedema angio-neuroticum) wypryski. W dalszym ciągu powoduje alergja migrenę, dychawicę oskrzelową, gorączkę sienną, zaburzenia menstruacyjne, pęcherzowe, nadmierne ciśnienie krwi. Leczenie powinno być etjologiczne i swoiste, po pierwsze należy „winny“ pokarm odstawić, potem powoli doń przyzwyczaić organizm, przez podawanie go w najmniejszych dawkach, coraz wzrastających (desensybilizacja). Leki niespecyficzne, jak wapno, pepton, tuberkulina są nader niepewne w skutkach.

(Journal of Amer. Med. Associat. 24. XI. 1928).

Zi.

Leczenie funkcjonalnych schorzeń sercowych

Hirschboek zwraca uwagę na niewyraźną granicę między t. zw. „organicznymi“ a „funkcjonalnymi“ objawami sercowymi. Wiele objawów dawniej uznanych za nerwowe dziś uważamy za przedwstępne znaki schorzenia mięśnia sercowego. Odwrotnie wiemy, że psychiczne mogą powstać i zniknąć objawy, dawniej z grozą witane. Bardzo często u jednego i tego samego chorego mieszają się objawy „nerwowe“ i „organiczne“ o różnym stopniu nasilenia w różnych czasach. Czysto psychicznym stanem są: astenia neurocyrkularna oraz „czysta“ nerwica sercowa. Druga forma jest łatwo do poznania: przedewszystkiem można stwierdzić brak jakichkolwiek objawów chorobowych anatomo-rentgenowskich, takie próby funkcjonalnej sprawności mięśnia sercowego dają wynik prawidłowy. Natomiast można stwierdzić wyraźnie tło psychiczne (emocjonalne) i powodzenie odpowiedniego etjologicznego leczenia. Pierwsza forma to zespół objawów „ogólnego osłabienia“. Anatomo-rentgenologicznie nie można na sercu stwierdzić nic nieprawidłowego. Mimo to sprawność mięśnia sercowego jest wyraźnie upośledzona, wyczerpanie po pracy daleko szybsze niż u zdrowych osobników kontrolnych. U chorych można stwierdzić bardzo wiele innych objawów astenicznych i naczyniowo nerwowych. Leczenie niesprawności sercowej lekami czysto sercowymi, jak naparstnicą, kamforą i t. d. jest najzupełniej chybione. Prawie zawsze można uzyskać powrót do stanu prawidłowego za pomocą stosowania leków ogólnie wzmacniających, jak arseniku, wapna, lampy kwarcowej i t. d. i t. d.

(Journal of Amer. Med. Associat. 15. XII. 1928).

Zi.

Doświadczalna grypa

Walker przeszczepiał donosowo królikom szczepionkę prątka Pfeifera i dostał zarazek nazad z jam nosowych po 14 dniach. W czasie największego rozwoju zarzków pewnego szczepu zwierzęta miały wyciek z nosa. Równocześnie pojawiły się aglutyniny w krwi. Raz zakażone zwierzęta były odtąd odporne na powtórne zakażenie. Po dwumiesięcznych hodowlach zarzek Pfeiffera wogóle nie wywołały u królika żadnych zmian chorobowych, może przez nabytą odporność zwierzęcia drogą utajonych zakażeń albo brak jadowitości danego szczepu. Wogóle stwierdzono duże wahania wrażliwości na zakażenia, odpowiadające wahanom spotykanym przy epidemiach ludzkich. Prątek Pfeiffera zyskał tedy na znaczeniu.

(Journal of Infectious Diseases, 43, listopad 1928).

Zi.

Analiza objawów przy wrzodzie żołądkowym

Brotter zdaje sprawę z 200 przypadków leczonych operatywnie. Ból stwierdzono przedtem tylko w trzech przypadkach, jednym wrzodzie dwunastnicy i dwóch wrzodach żołądkowych. W 75% wszystkich przypadków zachodziły wielkie przerwy w nasileniu bólów, w 10% przypadków ból był stały, w reszcie zaś przypadków naprzód przerywany, potem zaś stały. W małej ilości przypadków był ból niezwiązany z jedzeniem, nieco większa ilość tych chorych wykazywała ból w pół godziny po jedzeniu. Wymioty zachodziły w 30%, wrzodów dwunastnicy, 88% wrzodów żołądka, zaś 90% wrzodów odźwiernika. Hematemę stwierdzono w 6% wrzodów dwunastnicy, 24% wrzodów żołądkowych, 7% wrzodów odźwiernika. Krwawe stolce były obecne w 26% wrzodów dwunastnicy, 7% wrzodów żołądka, 21% wrzodów odźwiernika. W 8 przypadkach było kilka wrzodów blisko koło siebie. Śmiertelność pooperacyjna była 6-7%. Najczęściej i najchętniej wykonano tylną gastroenterostromię. Z 120 pacjentów, którzy po zabiegu odpowiedzieli w czas jakiś na kwestyjonariusz autora, wykazało 30% bardzo dobre, 65% średnie wyniki, zaś 5% złe wyniki. Przeciętny czas leczenia, aż do zniknięcia wszystkich objawów trwał 3 lata. Cyfry wyleczeń po częściowej gastrektomji są zupełnie podobne.

(British Medical Journal, 2 listopada 1928).

Zi

O leczeniu chronicznej „purpura haemorrhagica“

Jej cechami są: przedłużony czas krwawienia, normalny czas krzepnięcia, zmniejszona ilość płytek krwi, w przeciwieństwie do hemofilji, gdzie czas krwawienia i płytki są normalne, a przedłużony jest czas krzepnięcia. Czynniki niszczące płytki krwi pochodzą z śledziony.

Leczenie: Niektórzy autorowie polecają wyciągi z gruczołów dokrewnych, szczególnie z tarczycy i z wątroby. Na krzepliwość krwi działają calcium chloratum, surowica końska i zwierzęca, pepton. Najważniejszym jest działanie wprost na płytki krwi, przez wstrzykiwania wyciągu z płytek, przez naświetlanie śledziony, szpiku kostnego lub skóry, przez wycięcie śledziony lub podwiązanie tętnicy śledzionowej. O ile naświetlenie śledziony działa bezprzecznie na krzepliwość krwi, o tyle działanie jego na czas krwawienia zdaje się być wątpliwym. Ma ono więc przeważnie znaczenie przy hemofilji. Przeciwnie, naświetlanie kości długich pobudza czynności szpiku kostnego, w którym powstają ciała czerwone i ten sposób leczenia szczególnie się nadaje przy purpura. Wprowadzone przez Kaznelsona po raz pierwszy w r. 1916 lecznicze wycięcie śledziony daje wyniki

doskonnie w 80%. Prawie natychmiast zmniejsza się czas krwawienia, a zwiększa ilość płytek, choć są i przypadki, w których jedna z tych 2 cech jest oporna, a krwawienia choć w lżejszym stopniu się powtarzają. Dla oceny skuteczności wycięcia śledziony jest w każdym wypadku wskazana kilkuletnia obserwacja. Przed 4 lata przeprowadzono po raz pierwszy podwiązanie tętnicy śledzionowej z bardzo dobrym wynikiem. Zabieg ten robi się zwykle w przypadkach, w których wycięcie śledziony byłoby dla pacjenta za wielkim szokiem. Pozostaje ono zabiegiem najskuteczniejszym, powinno jednak być zachowaniem dla form ciężkich ze znacznymi krwotokami.

(Marguéry, Paris Médical, Nr. 48 (1928).

Dr

Leczenie spastycznej formy zapalenia kiszki grubej. (Colitis spastica)

Eggleston podnosi, że najgłówniejszą przyczyną spastycznych stanów jelitowych jest zaburzenie równowagi między układem sympatycznym a autonomicznym. Tak zw. colitis mucomembranacea jest ostatecznym krańcem nerwicy kiszki. Terapeuta musi o psychogenji procesu pozornie czysto cielesnego pamiętać, inaczej chybią celu wszystkie lecznicze zamiary. Poza tem nie należy zaniedbać pewnych zarządzeń czysto lokalnych: przedewszystkiem należy zastosować ciepło we wszystkich możliwych formach, tak samo należy aplikować gorące hegary i nasiadówki. Hegary oliwne podane w pozycji łokciowo-kolanowej i zatrzymane przez całą noc działają nader korzystnie. Djeta z początku powinna być delikatna i pozbawiona zupełnie błonnika. Wzdęcia znikają po usunięciu hegarami zaparcia. Jedyne leki celowe to belladonna i przetwory barbiturowe jako sedativa. Psychoterapia jest ważną częścią planu leczniczego.

(Journal of Amer. Med. Associat. 29. XII, (1928).

Zi

„Epidemja“ białkomoczu

B. N. Ashburn zdaje sprawę z „epidemji“ białkomoczu, która wybuchła wśród wychowanków wojskowej szkoły kadeckiej w West-Point. Poza białkomoczem nie było żadnych innych objawów chorobowych, tylko w nielicznych wypadkach można było stwierdzić nieliczne krwinki oraz wałeczki szkliste i ziarniste. Tonsillektomia wykonana w odpowiednich przypadkach pozostała zupełnie bez wpływu. Ponieważ po pewnym czasie białkomocz ustąpił zupełnie bez żadnego leczenia i bez zachowania specjalnej diety, dochodzi autor do przekonania, że miał do czynienia z zaburzeniem regulacyjnem nerek zresztą zupełnie zdrowych.

(Journal of Amer. Med. Associat. 18. II., 1928).

Bt

O działaniu rozszerzającym naczyń małych dawek jodu i bromu — H. Guggenheimer i I. Fisher (Berlin)

Na podstawie doświadczeń autorowie doszli do wniosku, że małe dawki tak jodu jak i bromu działają korzystniej na naczynia krwionośne aniżeli wielkie i zalecają do dłuższego zażywania następujący przepis: Kal. jod. Kal. brom. ad 0'2/200; 3 razy dziennie po łyżce kawowej. To leczenie dawało dobre wyniki w lżejszych przypadkach sklerozy mózgowej z częstymi objawami bólu i zawrotów głowy, oraz arteriosklerotycznej bezsenności, jakoteż w lekkich stanach dusznicy piersiowej. Przedmiotowo stwierdzono częste obniżenie wzmoczonego parcia krwi u hipertoniców, a po pewnym czasie również poprawę stanu podmiotowego. Doświadczenie Gantera wykazały rozszerzenie naczyń już po ma-

łych dawkach wodanu chloralu. Korzystając z tych doświadczeń, autorowie stwierdzili po złączeniu wodanu chloralu z powyższą ordynacją jodu i bromu bardzo korzystne wyniki w przypadkach nadciśnienia, połączonych z nadwrażliwością ośrodkową. W tych przypadkach przepisują: Chloral. hydrat. 5'0, Kal. brom. Kal. jod. aa 0.1/240'0 Mucilag. gumm. arab. Sir. cort. a'ur. ana ad 300'0; 3 razy dziennie po łyżce stołowej. Dawka jednorazowa po 0'25 chloralhydratu nadaje się do leczenia ambulatoryjnego, gdyż nie wywiera ona działania usypiającego, lecz posiada wpływ uspokajający. Przy odpowiednim wyborze przypadków nie spostrzeżono nigdy z małych dawek jodu jakichkolwiek szkód jodowych, lecz zwykle dobry wpływ na istniejące zaburzenia naczyniowe. Leczenie jodem nadaje się bowiem tylko w schorzeniach nie daleko posuniętej arteriosklerozy. Wykluczyć zaś należy przypadki ciężko charłaczne i wypowiedziane przypadki pierwotnej marskości nerek, w których na sprawność odczynową narządu naczyniowego już liczyć nie można. Także w przypadkach sercowej niewyrówności arteriosklerotyków, wymagających przetworów naparstnicy i ciał purynowych, leczenie jodem nie jest na miejscu, tembardziej, że jod, przynajmniej w doświadczeniu obniża zdolność kurczliwości mięśnia sercowego.

(Deut. med. Woschr. 1928, nr. 57).

Fels.

Leczenie kılı i wzmaganie się mesaortitis syphilitica — Prof. Müller-Deham (Wiedeń)

Niektórzy autorowie podnoszą w ostatnich czasach wzmaganie się mesaortitis syphilitica i kılı systemu nerwowego, przypisując ten objaw nowoczesnej terapii kılı, a zwłaszcza leczeniu salwarsanem. Zwłaszcza E. Finger i H. Schlesinger we Wiedniu podnoszą ten związek spostrzeżeń. Autor badał pod tym względem 100 chorych na mesaortitis syphilitica na swym oddziale szpitalnym i dochodzi do następujących wniosków: 1. Wzmaganie się mesaortitis syphilitica w ostatnich latach jest tylko pozorne i pochodzi z lepszego tak klinicznego jak i patologo-anatomicznego rozpoznawania, jakoteż z tego powodu, że obecnie chorzy ci garną się do szpitali. 2. Przypadki mesaortitis nie były wcale albo zupełnie niedostatecznie swoiście leczone; to mniemane wzmaganie się nie ma zatem nic wspólnego z obecnie stosowanym intensywnym wczesnym leczeniem, a zwłaszcza z leczeniem salwarsanem kılı. 3. Chorzy na mesaortitis przebyli prawie wyłącznie kilę bez, albo z nieznacznymi objawami skórnymi tak, że łatwo rozstrzygnąć, czy niedostateczne uruchomienie sił uodporniających skóry, czy też niedostateczne leczenie kılı sprzyja schorzeniu aorty. 4. Z badań nad mesaortitis nie można wyciągnąć żadnego wniosku, któryby przemawiał przeciw intensywnemu leczeniu, lub też leczeniu salwarsanem kılı.

(Deut. med. Woschr. 1928, 51).

Fels.

Ambulatoryjne leczenie gruźlicy płuc tuberkuliną — Doc Frisch i Dr. Eiselsberg

Stosowanie tuberkuliny przy gruźlicy płuc przynosi wielkie korzyści przy pewnych odpowiednio dobranych formach, mimo to nie przeszła do powszedniego arsenału leczniczego, głównie z powodu niemożności stałego dawkowania. Zasadniczo działa tuberkulina tylko w organizmie gruźliczym, powodując przy odpowiedniej dawce odczyn ogniskowy wspomagający naturalną dążność organizmu do zbliźnowacenia; o ile w ciele przesiąkniętym jadem gruźliczym tendencja do serowacenia nie wzięła górę, w takim razie każdy odczyn pobudza tylko procesy

rozpadowe. Z tego wynika już rzecz zasadnicza: tuberkulinę wolno dawać tylko tam gdzie mamy pewność, że odczyn nie wywołają żadnej destrukcji. Musimy tedy postawić rozpoznanie „jakościowe“, oznaczające nie tylko stan anatomiczny sprawy chorobowej, ale i jej tendencję. Autorzy posługują się terminologią Neumana, który do Niemiec wprowadził francuski system Bard'a i Piéry'ego. (Polski system Sterlinga uwzględni wszystkie nowsze zdobycze systemów powyższych, ma zatem wyższość znacznej prostoty, umożliwiającą „jakościowe“ rozpoznanie gruźlicy każdemu praktykowi. Przep. ref.). Leczenie zaczyna się od tego, że ustalamy naprzód najmniejszą dawkę, która wystarcza do wywołania odczynu. Wielkość tej dawki zależy od sposobu wstrzyknięcia. Dawka dożylna działa znacznie szybciej aniżeli podskórna, podskórna szybciej niż śródskórna. Także i czas reakcji jest różny. Im sprawa ma charakter łagodniejszy tem odczyn okazuje się później. Dlatego ważną rzeczą jest dokładny pomiar ciepłoty, a ponieważ to w nocy nie jest możliwe, przynajmniej zaraz wczesnym rankiem. Przypadki z długim czasem odczynowym udowadniają różnicę między odczynem swoistym tuberkulinowym a odczynem nieswoistym na ciała białkowe, po których zmiany przez wstrzyknięcie wywołane kończą się po 8—10 godzinach.

Autorzy pracują wyłącznie „Alttuberkuliną Kocha“ wyrobu wiedeńskiego, przyczem zwracają uwagę na to, że preparaty inne, np. „Höchst“ są znacznie silniejsze. Rozcieńczony roztwór po krótkim czasie traci siłę (np. roztwór 1:100.000 może stać tylko 2 tygodnie). Autorzy doradzają też do dość częstej zmiany płynu, ważnym jest każde rozcieńczenie nabierać osobną igłą, gdyż tuberkulinę trudno wymyć doszczętnie. Rozcieńczenia dokonują 1/4^o, fenolem, używanym też do prób kontrolnych. Po 4-dniowym dokładnym mierzeniu ciepłoty wykonują na zewnętrznej stronie ramienia trzy wstrzyknięcia śródskórne, dając kolejno po 0'1 cm. roztworów 1:1.000.000, 1:100.000, 1:10.000. Odczyn odczytuje się po 48 godzinach, za wynik dodatni poczytuje się w pierwszym rzędzie bolesny naciek, w drugim zaczerwienienie skóry. Czasem odczyn są zamazane, wtedy trzeba je powtórzyć i z następnem zagęszczeniem trzeba być ostrożnym. Jeżeli odczyn są ujemne, idzie się dalej potęgując za każdym razem dawkę 10 razy. Gdy się otrzyma już pierwszą najmniejszą działającą dawkę, wstrzykuje się ją dalej co 4—7 dni, aż do zupełnego zniknięcia odczynu, i wtedy zaczyna się wstrzykiwanie dawki 10 razy większej. Jeżeli odczyn wypada za silnie wraca się natychmiast po pauzie kilkudniowej do roztworu 10 razy słabszego. Przy tej metodzie odczynów ogólnych nie ma zupełnie a ogniskowych nie widać na zewnątrz. Jest to metoda bezpieczna bardzo, tak że przeciwwskazaniami są tylko stany przemawiające przeciw jakiemukolwiek leczeniu drażniącemu to jest zapalenia nerek niewyrównane wady zastawek, mięśnia sercowego i t. d.; naturalnie i procesy rozpadowe w płucach. Ze względu na widoczny odczyn skórny nie musimy dokładnie pilnować ciepłoty, co przy ambulatoryjnym leczeniu ludności biednej jest rzeczą bardzo wygodną. Z drugiej strony bodziec przy wstrzykiwaniu śródskórnym jest za słaby przy dobrotliwych sprawach wymagających z powodu swojej „bezwładności“ silniejszych odczynów. Doświadczenie uczy, że to uskutecznić można tylko wstrzyknięciami podskórnymi, które wymagają jednak znacznie większej ostrożności i przedewszystkiem ciągłego mierzenia ciepłoty. Wypróbowana skutecznie metoda autorów tu jest następująca: po znalezieniu najmniejszej działającej śródskórnie dawki daje się ją podwójnie pod skórę, a jeżeli to nie wywołuje żadnego odczynu gorączkowego ani ogniskowego idzie się dalej w progresji geometrycznej przyczem każda następna dawka jest o 50% większa od poprzedniej.

a więc okrągło: 2, 3, 4, 5, 9, 14, 20 i t. d. **Wstrzykiwania** robi się zasadniczo co 4 dni, **wrazie** jakiegokolwiek odczynu **przerzywa** się wstrzykiwania na 4—8 dni, a dawkę się powtarza albo zmniejsza o **jedną** lub dwie wielkości zależnie od rozmachu skoku gorączkowego. Przy wstrzykiwaniach podskórnych widzimy też odczyny miejscowe pod postacią bólów i zaczerwienień w miejscu wkłucia igły, ciekawe odczyny „depresyjne“ to jest **spadek** ciepłoty poniżej wartości wyjściowej oraz odczyn ogniskowy pod postacią bólów w okolicy ognisk chorobowych. Kończy się leczenie, jeżeli chory **znosi** bez odczynu 100 mg. AT. Często polepszenie pokazuje się bezpośrednio po silniejszym odczynie ogólnym t. zw. ictus immunisatorius.

Metody przy których do skóry **wciera** się maści tuberkulinowe dają wyniki słabsze do skutku leczniczego przychodzi też na drodze odczynu ogniskowego. Dawka wtarta odpowiada mniej więcej 1:1,000.000 podskórnie. **Wcieramy** zresztą maści przy przypadkach zupełnie łagodnych, **ale** tu często dawki są za małe, tak że odczyn żaden nie pomaga, a **wzmocnienia dawki** skutecznie nie możemy.

Pamiętać o tem trzeba by wstrzykiwać **głęboko** i przed wyjmowaniem igły wacikiem uciskać miejsce zdeponowania **pływu** dla zapobieżenia wyjścia tuberkuliny z rany i spowodowania mylnego odczynu skórznego.

Najlepszym preparatem jest bezwzględnie Ektebina Moro'a.
(Kl. Woch. Nr. 22, 1928).

E.

Aktualne pojęcia o moczeniu nocnem

Z całego szeregu prac wyłaniają się 3 **główne** hipotezy. Pierwsza upatruje przyczynę w zmianach anatomicznych w **kręgowo-łędźwiowej** kręgosłupa. Wchodzi tu w rachubę spina bifida, częściej zaś towarzyszące jej lub występujące samoistnie pasma włókniste w obrębie **kanału** łędźwiowego, które uciskając na oponę twardą i włókna nerwowe powoduje **znieczulenie** pęcherza moczowego i brak uczucia pełności, stąd bezwolne **oddawanie** moczu. Za pomocą wstrzykiwania lipiodolu podobne zmiany dały się wykazać. Wyniki operacyjne w tych wypadkach mogą być bardzo dobre. W **innym** świetle przedstawia tę sprawę Siccard. Nie zaprzeczając istnienia taśm włóknistych, ani dobrych wyników operacji, uważa jednak, że czynniki te odgrywają **tylko** rolę drażniących bodźców anatomicznych. Samo moczenie nocne zaś uważa za objaw **hyperwagotonji** nerwów miednic; mogłoby ono być ekwiwalentem **napadu** astmy. Stąd korzystny wpływ preparatów belladonny. Trzecia teoria **psychicznie-funkcjonalna** łączy się z tą ostatnią gdyż wzruszenia i podniety działają silnie **tonizująco** na nerw błędny, przyczem te podniety mogą być natury **psychicznej** lub też anatomicznej. Te wypadki nadjają się najlepiej do psychoterapii.

(Nathan, La Presse Médicale Nr. 86, 1928).

Kilka nowych prac o ostrożności koniecznej przy podawaniu naświetlonej ergosteryny

Liczne badania na zwierzętach wykazały, że **naświetlona** ergosteryna, podawana w większych dawkach lub przez dłuższy czas może wywołać objawy toksyczne. Wbrew ogólnie przyjętej nieszkodliwości i skutecznemu działaniu tego preparatu w patologii ludzkiej, niektórzy autorowie opisali wypadki, w których występowały objawy toksyczne. Do tych objawów należą przede wszystkim zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, biegunki, dyspepsja, szczególnie u małych dzieci. Znacznie cięższe objawy obserwowano na klinice Degkwitza u dzieci gruźliczych. U 8 dzieci z 11 występowały ogólne objawy toksyczne, jak wymioty,

spadek wagi, pragnienie i wybitne objawy ze strony nerek, w moczu pojawiło się białko, krew (w 5 przypadkach), cylindry i liczne ciała białe, tak, że obserwujący te przypadki czuli się obowiązani ogłosić gruźlicę, jako przeciwwskazanie do podawania ergosteryny naświetlanej. Opisane przez innych autorów toksyczne żapalenia nerek po podaniu naświetlonego mleka dają się odnieść do zmian w mleku z powodu ozonizacji. Najdokładniejsze są badania Hessa, który przestrzega przed podawaniem przyjętych ogólnie dawek 2,5–5 mg ergosteryny dziennie, gdyż wywołane przez nią w celach leczniczych podwyższenie poziomu fosforu i wapnia we krwi może przekroczyć granice normalne i wywołać ciężkie objawy toksyczne. Fakt, że dawki w jednych wypadkach lecznicze w innych wypadkach są szkodliwe, tłumaczy się brakiem standardyzacji, zmianami jakie zachodzą w preparacie po dłuższym leżeniu. Hess podaje dzieciom nie więcej, jak 1 mg dziennie w celach leczniczych, a pół mg w celach profilaktycznych. O ile ciężkość wypadku wymaga 2–3 mg, to należy co jakiś czas kontrolować poziom fosforu i wapnia we krwi. Hess występuje ostro przeciw reklamowaniu środków spożywczych, w których znajdują się nieokreślone bliżej ilości naświetlonej ergosteryny i radzi nie zażywać tego środka bez stałej kontroli lekarskiej, jak długo niema dokładnej standardyzacji.

(Mouzon, La Presse Médicale Nr. 97).

Przedmiotowe rozpoznanie schorzeń gośćcowych

Odczyt pod tym tytułem, dla praktyka bardzo ważny wygłosił prof. Schade na zjeździe niem. tow. dla zwalczenia gościa.

Wykazanie objawów przedmiotowych, nie dających się wywołać samowolnie przez pacjenta jest rzeczą nader ważną, gdyż tylko to umożliwiał skuteczną walkę z jednej strony z chorobą, z drugiej strony z symulacją i agrawacją, kosztującą ogół, Kasy i t. d. moc czasu i pieniędzy. W tym celu podaje autor szereg punktów, pozwalających na orientację niezależną od zapodań badanego:

1. Pacjenta należy oglądać zupełnie rozebranego w spoczynku i podczas ruchu, wtedy łatwo stwierdzić, czy obraz ogólny „dostraja się“ do zapodanych zaburzeń i dolegliwości. Często można stwierdzić, że badany chodzi zbyt powoli i za mało porusza stroną zapodaną jako zdrową. U rzeczywistych chorych widzimy drobne zaniki mięśniowe oraz nie dające się naśladować pozostanie w tyle przy ruchach całej chorej okolicy. (Np. całego barku przy schorzeniu stawu lub pewnych mięśni barku).

2. Obmacywaniem można stwierdzić drobne guzki mięśniowe, powstałe na tle fizykochemicznych zmian w schorzałych mięśniach, t. zw. przez autora „myogelozy“. Guzki te w odróżnieniu od stwardnień z powodu zwiększonego napięcia mięśniowego nie znikają w narkozie. U wielu chorych spostrzega się oba rodzaje stwardnień. Czasem guzki mięśniowe są w miejscach nie zapodanych przez pacjenta jako bolesne, a dopiero przy obmacywaniu odczuwa chory ból. Do badania najlepiej nadają się mięśnie piersiowe i kapturowe, które można objąć palcami jednej ręki. Według dużego doświadczenia autora, jedynie guzki mięśniowe upoważniają do rozpoznania gościa mięśniowego.

3. Podmiotowo zapodania o bolesnych punktach mogą nabrać wartości przedmiotowej, jeżeli leżą w obrębie anatomicznym jednego nerwu, jednego mięśnia lub namacalności jednej torebki stawowej. Rozpoznanie potwierdza zgodne zapodanie tych samych punktów bolesnych przy kilkakrotnych badaniach przedzielonych dłuższymi pauzami.

4. Doświadczenie uczy, że bolesność wielkiej części ciała, jak np. poślądka całego, całego podudzia jest zazwyczaj symulacją lub agrawacją, natomiast zapodanie pewnej części ciała jako spontanicznie bolesnej, a przy obmacywaniu niebolesnej zgadza się zwykle z prawdą.

5. Chorobliwe napięcia mięśniowe, szczególnie drobnych odcinków, przemawiają zawsze za prawdziwością zapodań chorego.

6. Należy badać ruchomość części ciała osobno i potem przy sposobności innego badania, np. ramienia przy sposobności badania płuc w jamie pachowej, często wtedy można wykazać grube niezgodności.

7. Większe znaczenie ma zaniedbane dotąd porównanie ciepłoty na miejscu chorem (wyższej) i symetrycznym zdrowem.

8. Należy mierzyć zaniki mięśniowe, przyczem trzeba zauważyć, że przy gościcu mięśniowym często nie powstają.

9. Należy zbadać inne części ciała i odzież chorego w kierunku zużycia odpowiadającego chorobie.

10. Przy niezdolności do ciężkiej pracy fizycznej rękami, muszą po pewnym czasie zniknąć stwardnienia na rękach, obcasy przy pewnym chodzie są wykrzywione w sposób charakterystyczny.

10. Należy przeprowadzić dalsze dokładne badanie kliniczne łącznie z roentgenowskim. Z tego wynika, że badanie jednego pacjenta trwać musi bardzo długi czas. Ponieważ takich chorych widzi po raz pierwszy lekarz kasowy na jego barki spada cała odpowiedzialność, za skuteczną walkę z gościcem, trzeba jemu tedy umożliwić badanie, co przy dzisiejszem tempie badania w Kasach nie jest możliwe.

Utworzenie poradni zajmujących się jedynie najdokładniejszym badaniem chorych podejrzanych na schorzenia gościcowe a przysyłanych przez praktyków kasowych jest rzeczą łatwą do zrobienia, nie wymaga żadnych większych wkładów i zaoszczędzi społeczeństwu bardzo dużo pieniędzy.

Leczeniem uznanych za chorych może się potem już zająć znowu lekarz ordynujący.

(Med. Kl. Nr. 19, 1928).

Bł.

Badania nad działaniem moczopędnem mocznika w leczeniu wysięków i przesięków

Na podstawie szeregu badań i obserwacji autorowie dochodzą do następujących wniosków: 1. Mocznik posiada energiczne i stałe działanie moczopędne zarówno w stanie normalnym, jak i u osobników z wysiękami lub przesięgami które jest proporcjonalne do ilości podanej i utrzymuje się nawet 24 godzin po przerwaniu leczenia. 2. Mocznik może być podany bez żadnych nieprzyjemnych skutków w ilości 25—50 gr dziennie w serjach 3, 4 i 7 dniowych z kilkudniowymi przerwami, w których można podać inny środek moczopędny. 3. Mocznik podany w takich dawkach wywołuje lekkie, przejściowe podwyższenie azotu we krwi, jednak azotu we krwi, jednak bez żadnych objawów, właściwych azotemji patologicznej, Podwyższenie mocznika we krwi znika 24—48 godzin po przerwaniu podania. 4. Otrzymana diureza dochodzi do 1500—2000 cm³, przyczem zwiększa się również wydalanie chlorków i kwasu moczowego. 5. Działanie moczopędne mocznika w porównaniu z działaniem salyrganu, nowasurołu, pochodnych wapniowych i ksantynowych jest energiczniejsze i stalsze.

(Simici, Marcou i Popesco, La Presse Médicale Nr. 60, 1928).

Dr.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Badanie zdrowia w Stanach Zjednoczonych

Amerykanie wychodząc z założenia, że lepiej zapobiedz złemu, niż je później zwalczać, prowadzą na wielką skalę propagandę ochrony zdrowia. Należą tu: 1) nauka higieny w szkołach, 2) wykłady dla dorosłych o początkowych objawach gruźlicy, raka, chorób zakaźnych, wenerycznych i innych, wygłaszane wszędzie gdzie się znajduje większe zbiorowisko ludzi (fabryki, pracownie, biura, w antraktach między widowiskami i t. d.); 3) urządzenie bezpłatnych boisk sportowych w pobliżu wielkich miast. W całej Ameryce krążą ulotki, wydawane przez różne towarzystwa lekarskie, szczególnie przez Towarzystwo dla kontroli raka wzywające do regularnego poddawania się badaniu lekarskiemu, przyczem zalecają badanie:

w pierwszych 6 miesiącach	raz na miesiąc
od 6 miesięcy — 2 lat	co 3 miesiące
od 2—5 lat	co 6 miesięcy
od 5—25 lat	raz na rok
od 25—45 lat	raz na 2 lata
od 45—65 lat	raz na rok
powyżej 65 lat	co 6 miesięcy.

Do takiego perjodycznego badania należą też wszelkie badania dodatkowe, jak badanie krwi, moczu, ciśnienia, prześwietlanie Roentgenem. Poddaje mu się większą część obywateli zamożniejszych, dla ubogich istnieją specjalne laboratorja uposażone przez rząd, wydziały zdrowia albo prywatnie subwencje.

(M-me Lavignac, La Presse Médicale 35. 1928).

Głuchota i kompozycja muzyczna

Autor wykazuje, jaki wpływ miała głuchota na dzieła Beethovena. Jego najbardziej charakterystyczna produkcja rozpoczęła się razem z głuchotą i z nią szła krok w krok. Mimo głuchoty na tony zewnętrzne miał szczególną hiperakuzję na tony wewnętrzne, czyli szmery i tony wytworzone ciągle w jego centrach słuchowych. To podrażnienie jego nerwów czuciowych powodowało, że słyszał rzeczywiście wibracje muzyczne różnego rodzaju, który geniusz jego tłumaczył następnie w wspaniałych dziełach.

(Marage, La Presse Médicale, 11, 1928).

Jak rozwinąć karmienie przez matki?

Jest to sprawa ogromnie piekąca z powodu coraz większego zmniejszania się liczby narodzin. Za mało matek karmi. Przyczyny są różne. 1. Przyczyny natury fizjologiczno-lekarskiej, 2. natury moralnej, gdzie matka nie chce karmić i 3. natury społecznej, gdzie nie może karmić. Ad 1. w rzeczywistości zaledwie u 10% kobiet istnieje fizyczna niemożność karmienia, u innych przez odpowiednie zachowanie i pouczenie można wprawić w ruch wydzielanie mleka. Wielkie znaczenie wychowawcze mają tu poradnie dla ciężarnych. Ad 2. każda matka powinna mieć obowiązek moralny karmienia swego dziecka i czynić w tym celu pewne ustępstwa z swej wygody czy normalnego trybu życia, obracającego się zwykle za domem. W tym celu matki karmiące winne być wspierane, nagradzane i wychowywane. Do tego służy wpajanie konieczności karmienia od wczesnego dzie-

ciństaw przez wykłady i pokazy w szkole, przez kursy wychowania dzieci i higieny, przez propagandę prasową i radjową. Jest to wkońcu wdzięczne pole działania dla lekarzy i poradniarek, mających wprost styczność z matkami i mogących je skłaniać w tym kierunku. Nawet najbardziej niechętna matka zaczawszy już karmić swoje dziecko, czyni to dalej z wielką chęcią i dumą. Dla zachęty proponują utworzenie loterii z wartościowymi losami, rezerwowanymi wyłącznie dla matek karmiących. Ad 3. najważniejsza jest kwestja społeczno-materjalna. Matki karmiące winne być specjalnie traktowane. Muszą one nie tylko mieć materjalne warunki do karmienia, ale także przeświadczenie, że się uznaje i wynagradza ich wysiłek. Ustawy regulują świadczenia dla karmiących, ale to nie wystarcza. Bardzo ważna jest pomoc publiczna i prywatna, która roztacza opiekę nad karmiąciami przez zakładanie przytułków do karmienia, domów dla matek, przez rozdzielanie őrodków spożywczych i wyznaczanie premji dla dzieci karmionych, wynoszących n. p. w Mutualité maternelle de Paris 120 fr. od 1 do 5 dziecka a 150 fr. za każde następne. Najważniejsza jest pomoc wychodząca od przedsiębiorców. Idzie ona w 2 kierunkach. Albo każde przedsiębiorstwo, zatrudniające kobiety, winno mieć t. zw. pokoje do karmienia, t. j. żłóbki, w których matki pracujące zostawiają swe dzieci pod opieką pielęgniarek i przychodzą tylko w okresie karmienia albo wyznaczone świadczenia materjalne, pozwalające matkom pozostawać w domu i karmić dzieci bez uszczerbku w zarobku. Ten ostatni sposób postępowania uważają prawie wszyscy za korzystniejszy, zwłaszcza, że przynoszenie dzieci do żłobków może być połączone z pewną szkodą dla ich zdrowia i że nie wszystkie przedsiębiorstwa mogą mieć odpowiednio urządzone żłóbki. Cały szereg dużych przedsiębiorstw francuskich wywiązuje się w ten sposób z swych obowiązków. I tak Societé générale daje swoim pracującym 6-tygodniowy urlop połogowy, 5-miesięczny dla karmienia, przyczem przez 3 miesiące wypłaca całą, a przez 2 pół pensji. O ile matka do odłączenia dziecka chce zostać w domu przysługuje jej w dalszym ciągu urlop bezpłatny do 1 roku. Prócz tego w chwili urodzenia dziecka wypłacają 300 fr. za 1 dziecko, 400 za drugie, 500 za trzecie i każde następne. Prócz tego ojcowie rodzin otrzymują świadczenia za dzieci poniżej lat 16 i to za każde następne więcej. Wszystkie te świadczenia zdążają do tego, aby matka była płatną mamką swego dziecka. Wielką rolę przy rozwoju karmienia przez matki odgrywają poradniarki, będące wprost w styczności z matkami i ich liczba winna być odpowiednio wielka.

(P. Lereboullet, Paris Médicæ 44).

Dr.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

Kliniczne znaczenie zapachu

Prof. Janowski (Kijów) zwraca uwagę na brak ścisłych wiadomości o istocie zmysłu zapachu. Mimo to udało się jemu wykazać, że specjalne zapachy przy łożku chorego posiadają znaczenie praktyczne. Zgorzel płuc odznacza się specjalnym zapachem, którego się nie spotyka przy żadnem innem cierpieniu. Ciekawem jest, że zapach płwociny pozostawionej w otwartem naczyniu znika po kilku godzinach. Zapach śpiączki cukrzycowej jest znany, tak samo moczowy (nie amoniakalny) zapach przy uremji. Autor wykazuje, że zapachom moczowym towarzyszy zawsze wzmoczenie się azotu niebiałkowego w krwi. Brak zapachu nie wy-

klucza jednak uremji azotemicznej. Drugi zapach przez autora spostrzegany nabywa „odor mali ominis“ określany, jako zapach ostry, kłujący, przenikający pokazuje się przy 70% dogorywających na 2 godziny przed skonem i zdarza się przy najrozmaitszych cierpieniach: gruźlicy, raku, czerwonce, chorobach serca i t. d. Trzeci zapach to zapach gnijącego siana spotykany u gruźlików Przyczyna jest zupełnie niejasna.

(Kl. W. Nr. 4, 1929).

Bł.

Choroby umysłowe i wskazania do przerywania ciąży

Douglas Singer odróżnia stany psychotyczne, powstałe jeszcze przed zajściem w ciążę i od niej niezależne oraz schorzenia umysłowe, powstałe w łączności z ciążą. Naturalnie trzeba uwzględnić w drugim przypadku pewnego rodzaju konstytucjonalną wrażliwość układu nerwowego. Bezpośrednio nie jest ciąża nigdy przyczyną choroby umysłowej, gdyż jest stanem prawidłowym a nie chorobowym, najczęściej grają tu wielką rolę okoliczności ciąży towarzyszące, względy społeczne, towarzyskie (przy ciążach nieślubnych) i finansowe. Psychozy powstałe na tem tle należą do grupy nerwic i nie stanowią wskazania do przerywania ciąży. Wyjątkowo powstają stany niesłuchanie wzmożonego patologicznego lęku przed ciążą i stanowią rzeczywiste wskazanie. W swojej rozległej praktyce spotkał autor raz przypadek ciężkiego lęku przed ciążą, doprowadzającego do kilku zamierzeń samobójczych. Przerwano ciążę a w kilka miesięcy potem rozwinęło się typowe otępienie młodzieńcze (dementia praecox). Inni autorzy, jak Eden i Percy Smith cytują kilka przypadków przerywania ciąży usprawiedliwionego patologicznym lękiem, z powodu ciężkich schorzeń w czasie poprzednich ciąż. Jasnym jest jednakowoż, że takie okoliczności zachodzą rzadko. Znacznie częściej zdarza się przerywanie ciąży z powodu schorzeń psychicznych, zaszłych przedtem. Tu psychoza stanowi naturalnie wskazanie, jednak nie bez wyjątków. Np. nie stanowi bezwzględnego wskazania psychoza maniako-depresywna, choroba łagodna, dla której często przerywanie ciąży stanowi szkodliwsze następstwa od porodu. Bardzo często dziecko jest przyczyną polepszenia się stanu psychicznego. Przy innych cięższych sprawach, jak otępieniu młodzieńczem i paranoi należy przerwać ciążę ze względu na możliwość urodzenia chorego dziecka. Pamiętać jednak należy, że przerywanie nie stanowi dla psychozy żadnego czynnika uzdrowieńczego. Niestety sposoby dziedziczenia są dotychczas dość niejasne, tak, że trudno przepowiedzieć coś pewnego o zdrowiu dziecka. Widzimy, że sprawy powyższe jeszcze nie są ściśle sprecyzowane i dość mgliste.

(Journal of Amer. Med. Associat. 29. XII. 1928).

Zi.

O hormonie seksualnym wydobytych z przedniej części przysadki

Bernard Zondek wytworzył z przedniej części przetrwór zwany w handlu jako Prolan. Nie jest identyczny z dotychczasowymi przedniej przysadki przetworami ani z folikulina. Według autora polega działanie w organizmie na uczynieniu niższego hormonu folikuliny. Prolan można wykazać, jak wiadomo w moczu ciężarnych. Biologiczne działanie sprawdza się według znanych prób Zondeka na macicach mysich. Na człowieku wykazano po wstrzyknięciu 3 cm. prolanu zwiększenie się choesteryny w krwi, przekrwienie narządów płciowych kobiecych, wzmożenie owulacji, zwiększenie wydzielania piersi w wypadkach niektórych i t. d. Także w przypadkach braku przysadki osiągnięto sukcesy, ale tylko po wstrzykiwaniach. Po podaniu doustnem skutku nie widziano.

(Kl. W. Nr. 4, 1929).

Bł.

Zapalenie nerek w ciąży

Mussey i Keith dzielą ciążowe zapalenia nerek na przewlekłe nefrytydy, obecne jeszcze przed zajściem w ciążę oraz na ostre stany zapalne rozwijające się już w czasie ciąży. Ostre zapalenie nerek jest jednym z objawów toksemji eklamptycznej, schorzenia naczyniowego, obejmującego wątrobę, nerki, mózg i inne narządy. Wątroba posiada wielką zdolność regeneracyjną, tak, że u pacjentek, które przeszły toksemję eklamptyczną nie daje się wykazać żadne uszkodzenie miąższu wątrobowego. Toksemja jest cierpieniem ciężkim, wiele jednak pacjentek, zapadłych w ostatnich miesiącach ciąży wychodzi z niej bez szkody. Jeżeli się bada kobiety długo po porodzie, znajduje się czasem objawy pozostałego mniej lub więcej ciężkiego uszkodzenia nerek, chociaż zdarza się, że najostrejsza glomerulonephritis znika zupełnie bez resztek po porodzie. Jeżeli cierpienie staje się przewlekłe należy się zastanowić nad dalszym trybem życia pacjentki i ewentualnem uniknięciu dalszych zastąpień. Autorzy podnoszą jednak, że lekkie stany przewlekłych cierpień nerkowych niekoniecznie są zawsze wskazaniem do przerywania ciąży, że przy odpowiednim leczeniu można często bez szkody dla pacjentki przeprowadzić przez poród.

(Journal of Amer. Med. Associat. 29. XII. 1928).

Zi.

CHOROBY DZIECIĘCE

Leczenie płonicy

Bode widział doskonale wyniki po wstrzykiwaniu surowicy ozdrowieńczej. Daje u dzieci najmniej 40 ccm, u dorosłych najmniej 100 ccm, wpływ na łuszczenie, rumień jest niepewny, natomiast przychodzi pręcej do spadku gorączki, zniknięcia objawów toksycznych i eozynofilji ozdrowieńczej. Surowica nie chroni przed powikłaniami, czyni je jednak lżejszemi. Autor używa krwi chorych na niepowikłaną płonicę, bierze ją w 4—6 tygodniu choroby i nie przetrzymuje dłużej ponad 2 miesiące.

(Jahrbuch f. Kinderkr. T. 69, Z. 1. II., str. 29, 1928).

E.

Własności lecznicze serwatki (lacto-serum) i wskazania do jej używania

Mleko stanowi zawiesinę tłuszczu i białka w płynie, przyczem pierwsze mają przedewszystkiem własności odżywcze, podczas gdy pozostały płyn stanowi energetyczny bodziec dla czynności trzewi i posiada wszystkie własności terapeutyczne przepisane mleku w całości. Serwatka jest to płyn, który zostaje po ścięciu od tłuszczonego mleka podpuszczką. Działanie lecznicze polega na wzmoczeniu funkcji wydzielniczych i wydalniczych wątroby, jelit i nerek, wskutek czego działa oczyszczająco i uzdrawiająco na organizm. Dlatego może być używaną przy wszystkich sprawach ogólnych, przy których wskazane jest łagodne ale wystarczające wypróżnienie, zwiększone wydzielanie żółci, zwiększona diureza, a więc przedewszystkiem przy wszystkich sprawach zakaźnych i zatruciach w każdym wieku począwszy od osesków. Działa dalej kerzystnie przy ostrych i chronicznych chorobach wątroby, np. przy kamicy żółciowej w schorzeniach nerki i przewodu pokarmowego.

Przepisuje się ją zwykle według 2 schematów. Wielka kuracja składa się

z 3—4 szklanek co rano na czczo przez 10 dni, mała z 1 szklanki dziennie. Jestto jednak środek niewinny, którego wskazania i dawkowania nie muszą być zbyt ściśle wykreślone.

(Renaud, Paris Médical Nr. 48, 1928).

Dr.

Doskórne szczepienia przeciwgruźlicze szczepionką Calmette'a BCG

Wallgren przychyła się do zdania tych autorów, którzy nie uważają BCG za szczepionkę, zupełnie awirulentną, ale tylko dlatego prawdopodobnie wywiera ona korzystne działanie zapobiegawcze. Odporność przeciwgruźlicza jest połączona z powstaniem alergii, którą winno się kontrolować. Autor zaprzestał podawania szczepionki doustnie ze względu na niemożność skontrolowania odczynu miejscowego i przeszedł do wstrzykiwań doskórnych umożliwiających obserwację odczynu. Najważniejszym odczynem jest powolne zeserowacenie, potem zbliznowacenie rany oraz większe lub mniejsze powiększenie się gruczołów okolicznych. Dzieci wypuszcza autor ze szpitala dopiero po ustaleniu się dodatniego odczynu tuberkulinowego, w przeciwnym razie powtarza szczepienie. Średnia dawka wynosiła 0,1 mg BCG. Alergia powstaje średnio po 3 tygodniach, do 7 najpewniej. Wyniki praktyczne są narazie doskonałe. Procent schorzeń gruźliczych w grupie szczepionej jest bardzo znacznie mniejszy niż w grupie nieszczepionej. Bliższe cyfry obiecał autor ogłosić po przejrzaniu bardzo wielkiego materiału.

(Journal of Amer. Med. Associat. 15. XII. 1923)

Zi.

Szczególne zaburzenie przemiany węglowodanowej u dziecka

Van Grefeld cytuje przypadek chłopca 8-letniego, który od dzieciństwa okazywał objaw dystrophia adiposo-genitalis z dużą wątrobą i atakami perjodycznych wymiotów. Stwierdzono wybitną hipoglikemję (od 0,030—0,060%) bez objektywnych albo subiektywnych objawów towarzyszących zwykle hipoglikemji. W moczu było zawsze dużo acetonu. Podawaniu glukozy lub lewulozy nie towarzyszył cukromocz, mimo to jak wykazało badanie krwi, asymilacja cukru była nieprawidłowa. Wskrzyknięcie adrenaliny nie zmobilizowało glikogenu, ale zwiększyło kwasicę. Współczynnik oddechowy po spożyciu cukru nie podniósł się ponad 1 co świadczyło o szybkiej przemianie cukru w tłuszcz. Kwasica powoli znikła po stałym podawaniu cukru. Autor przypuszcza, że pacjent „umiał magazynować“ cukier w wątrobie jako glikogen, umiał spalać cukier, ale za prędko, co spowodowało tak niską hipoglikemję. Po insulinie wystąpiły ciężkie objawy hipoglikemiczne, mimo, że cukier we krwi nie spadł. Djetetyczne leczenie poprawiło znacznie stan dziecka. Tyroksyna pozostała bez skutku.

(Nederl. Tijd. v. Geneesk. 15, 1928).

Zi

O leczeniu niepokoju u dzieci

Hymani Lipman zaznaczają, że „wychowanie“ rodziców test pierwszym warunkiem wyleczenia dzieci. Matka musi sama być osobą spokojną i zrównoważoną, w każdym razie powinni rodzice zaniechać wobec dzieci jakichkolwiek wybuchów emocjonalnych. W odpowiednich przypadkach działa doskonale izolacja dzieci od rodziców, pod formą umieszczenia w zakładzie zdala od domu rodzicielskiego. Tam to trzeba przeprowadzić „korekcję“ duszy dziecięcej, odzwyczajanie energiczne choć życzliwe od wszelkich złych nawyczek. Ważną rzeczą jest djeta, której szczegółowo nie można oznaczyć dla każdego pojedynczego przy-

padku. Trzeba próbować empirycznie różne dżety, zanim się dojdzie od odpowiadającej. Dzieci „wegetatywnie stygmatyzowane“ winne otrzymywać stale nieduże dawki atropiny, przywodzące je do normy.

(Journal of Amer. Med. Associat., 15. XII, 1928).

Zi.

Leczenie koklusu zapomocą szczepionki swoistej

Sauer i Hambrecht podkreślają ogromną śmiertelność koklusu, który przez następne choroby jest groźniejszy od szkarlatyny i błonicy. Według statystyk duńskich bardzo korzystnie działa leczenie szczepionkami swoistymi. Autorzy nie potwierdzają korzystnych wyników leczenia szczepionką prątka Bordet-Gengou. Izolacja dzieci chorych i podejrzanych pozostaje tedy nadal jedynym pewnym środkiem zapobiegawczym.

(Journal of Amer. Med. Associat. 15. XII. 1928).

Zi.

Przeniesienie szkarlatyny oraz stacja „wentylacyjna“

Judalewicz, Leszkow i Bauer (w Moskwie) powtórzyli doświadczenia berlińskie Friedemanna i Deichera, którzy uważając streptokoki w gardle (a nie łuski) i w otoczeniu chorego za przyczynę zakażeń szkarlatynowych, urządził specjalną wentylację, sterylizację i kąpiele, pokojów dla ozdrowieńców i tem samem otrzymał szybsze oczyszczanie się gardła. 255 chorych w okresie ozdrowieńczym umieszczono w specjalnie czysto i antyseptycznie utrzymanych pokojach, które wietrzono nader często. Okazało się, że twierdzenia Fr. i D. o streptokokach w gardle, powietrzu, otaczającym chorych i przedmiotach okolicznych są prawdziwe. Izolacja, kąpiele i wietrzenie w połączeniu z częstą dezynfekcją pokoi, umożliwia uwolnienie 70% chorych od streptokoków. Antivirus i surowica przeciwskarlatynowa nie wywierają żadnego wpływu na prędkość zniknięcia zarazków. Łuski chorych nie zawierają streptokoków. Tylko nosiciele wniecają zarazę. 6-tyg. kwarantanna dotychczasowa nie ma żadnego uzasadnienia naukowego. Jeżeli u chorego stwierdza się dłużej niż 6 tygodni streptokoki, trzeba zbadać je w kierunku wydzielania toksyn i wogóle własności biologicznych. Ewentualnie po oddaniu chorych rodzinie uależy roztoczyć obserwację nad wszystkimi jej członkami ewentualnie przeszczepić pozostałe dzieci. Dla skutecznego zwalczania szkarlatyny niezbędne są tem samem oddziały dla ozdrowieńców, nazwane przez autorów „podobne do śluz“ („Schleusenstationen“).

(Kl. W. Nr. 4, 1929).

Bl.

ROENTGENOTERAPIA

Patogeneza i leczenie szoku roentgenowskiego (Roentgenkater)

Pannewitz uważa szok roentgenowski za objaw podrażnienia nerwu błędnego i leczy go podskórnem wstrzyknięciem lobeliny na godzinę po naświetlaniu. (M. m. W. Nr. 38, 1927).

Be

Wczesne objawy roentgenologiczne wrzodu dwunastnicy

Edward Jenkinson cytuje następujące objawy jako charakterystyczne dla wczesnego okresu wrzodu dwunastnicy:

1. Wrażliwość na podrażnienia i łatwo się kurezącą opuszkę dwunastnicy.

2. Trudno się wypełniającą opuszkę. 3. Napełnianie się opuszki pustej pod naciskiem ręki. 4. Chwilowy kurecz antrum pylori zresztą kształtu regularnego. (Journal of Amer. Med. Associat. 1. XII, 1928). *Zi*

Leczenie powikłań szkarlatynowych

Bardach *zi* widzi doskonale wyniki po naświetlaniu promieniami Roentgena powikłań szkarlatynowych, jako to: zapalenie gruczołów chłonnych, zapalenie wyrostka sutkowego wraz z zatorem zatoki, zapalenie opłucnej. W ostatnich przypadkach obok Roentgena współdziałało jeszcze inne leczenie, tak, że działania składnika Roentgenowskiego określić niepodobna. Natomiast przy zapaleniu (także i ropnem) gruczołów można wyraźnie oznaczyć nadzwyczajne działanie promieni, przewyższające każde inne dotychczasowe leczenie.

(Strahlentherapie, Tom 38, 3. 4). *E*

Leczenie promieniami Roentgena schorzeń narządów dokrewnych

Borak przemawia przedewszystkiem gorąco za naświetleniem jajników w przypadkach krwawień macicznych. Twierdzi na podstawie przeglądu dużej literatury, że Roentgen nie szkodzi potomstwu pod żadnym warunkiem. Naświetlanie przysadki przy akromegalji może spowodować zupełne ustąpienie bólów głowy, bardzo rzadko powiększenia kończyn, chociaż stwierdzono już zupełne wyleczenia. Przy dystrophii adiposo-genitalis skutki naświetlań są nieznaczne. Natomiast bardzo dobre wyniki osiągnięto naświetlaniem przysadki przy zaburzeniach klimatycznych oraz pruritus senilis (!) zależnego od nieprawidłowej przemiany białkowej.

(Therapie der Gegenwart, grudzień, 1928). *Bt*

Radjologiczne a operacyjne leczenie raka sutka

Douglas Webster zwraca się ostro przeciw panującemu jeszcze sądowni, że jedyną metodą prowadzącą do wyleczenia raka sutka jest zabieg operacyjny. Naświetlaniem promieni Roentgena można uzyskać duży procent wyleczeń w grupie przypadków do operacji już się nienadających; a przy rakach, nadających się wyniki procentowe autora są znacznie lepsze niż przy wyłącznej operacji. Zdaje się, że metodą przyszłości jest kombinacja obu metod. Efekt leczniczy można zwiększyć przez radiologiczne wywołanie sztucznej menopauzy. Doświadczenia na zwierzętach pokazują, że naświetlane obszary są odporne na szczepienie nowotworów, toteż naświetlanie można uważać za najlepsze naśladowanie naturalnego wyleczenia, w odróżnieniu od zabiegu operacyjnego, który wdzierając się w żyjącą tkankę w sposób niesłychanie brutalny i może nawet spowodować natychmiastowe pogorszenie z jednej strony przez wtarcie drobnych cząsteczek nowotworu w drogi limfatyczne, z drugiej strony — przez zabranie pierwotnego ogniska wzmaga się wzrost nawrotów i przerzutów, hamowanych dotychczas rozrostem sprawy pierwotnej. (Ewing) Bardzo często można stwierdzić, że nacięcie przewlekłego zapalenia sutka (mastitis chronica) wziętego mylnie za raka wywołuje bujanie nowotworowe. Zasadą główną dzisiejszego leczenia powinno być naświetlanie przed- i po-operacyjne sutka oraz obszaru odnośnych gruczołów. Obecne operowanie na „niewysterylizowanym“ polu operacyjnym nazywa autor „przedsięwzięciem przedlisterowskim“. Wskazanie do leczenia raka sutka powinno zawsze wychodzić od wspólnie narady chirurga z radjologiem; właściwie powinien mieć radjoterapeuta własny oddział szpitalny, tak jak we Francji. W każdym

razie jest terapia radiologiczna osobnym działem medycyny, a nie „przyczepkiem“ do chirurgji. Jak praktycznie ważne są te problemy pokazuje statystyka: w Anglii rokrocznie umiera 5000 kobiet na raka sutka, o 1000 więcej niż przed 10 laty.

(Lancet, Nr. 5472, 14. VII. 1928).

Bt

Roentgenoterapia duszniczy bolesnej

Od roku 1915 opisano 56 przypadków duszniczy bolesnej leczonych promieniami Roentgena z czego 30 obserwowali autorowie. Z reguły radjoterapia wywołuje szybko znaczne polepszenie. Technika polega na częstych naświetleniach (trzy na tydzień), które się uskutecznią na dużych polach o średnicy 20 cm dwa razy w okolicy serca i dużych naczyń, a raz w okolicy międzyłopatkowej. Naświetlania zrazu krótkie (5 minut) dochodzą powoli do 20 minut. Czas leczenia wynosi 4, czasem 5 tygodni. Przeciwwskazaniami są: zły stan ogólny, objawy niedomogi serca, przekroczone 70 rok życia. Wszelkie wzmoczenie bólów dusznicowych powinno powodować przerwę lub zaniechanie leczenia. W całym arsenaale leczniczym wewnątrzno-chirurgicznym dobrze prowadzona roentgenoterapia zdaje się być metodą mającą najwięcej widoków do szybkiego wywoływania uspokojenia znacznego i trwałego ataku.

(Lian i Marchal, Paris Médical Nr. 48. 1928).

Dr.

CHOROBY ZAWODOWE

Wpływ witaminy B na sprawność człowieka

Csik i Benesik stwierdzili na 2 badanych, przez 3 i 6 miesięcy, osobnikach, że obfite podawanie witaminy B wzmacnia znacznie sprawność fizyczną. Metodyka badań polegała na 6 serjach prób na ergografje Mosso'a, 1 serjach prób na dynamometrze, 1 serji prób z dźwiganiem ciężarów. Autorzy zwracają samą uwagę na trudności analizy podobnych zagadnień, domagają się jednakowoż dalszych prób i badań na tem polu, uważając dodatni wpływ witaminy B na sprawność mięśniową za rzecz ustaloną i ze względów na praktykę dnia codziennego niesłychanie ważną.

(Kl. W. Nr. 48, 1928).

Be.

Nowa metoda dla wskazania zatrucia ołowiem

F. H. Lewy i St. Weiss przedstawili na posiedzeniu Tow. Lek. berl. z 4. VII. 1928, nową metodę opartą na badaniu „chronaksji“, czyli czasu potrzebnego do wywołania najmniejszego widocznego skurczu po drażnieniu mięśni prądem galwanicznym. Siła prądu była dwa razy silniejszą od klasycznego prądu galwanicznego. Do badania wielkich mas robotniczych użyto wspólnego prostownika palców ręki, co trwało w każdym przypadku 5 minut. Metoda nadaje się tedy doskonale do badań masowych i daje wyniki cyfrowe. Okazało się że 13% robotników miało patologiczne wartości, z tego 90% skrócenia normalnej wartości. Patologiczne wartości były przeważnie u krócej pracujących, czyli, że następuje pewnego rodzaju przyzwyczajenie do ołowiu, co już dawniej otrzymywał Telegy. Objawy nadwrażliwości utrzymywały się jeszcze przez 6 miesięcy po straceniu kontaktu z ołowiem. Ludzie podwrażliwi na bodziec elektryczny okazywali też objawy zatrucia.

(Kl. Woch., Nr. 34, 1928).

Bt.

Zależność wypadków przy pracy od czasu

Wypadki przy pracy zależą z jednej strony od warunków materialnej organizacji pracy, od środków ostrożności, stanu maszyn i narzędzi i t. d., z drugiej strony jednak od samego robotnika, od jego równowagi fizycznej i psychicznej, która jest uwarunkowana jego stanem fizjologicznym szybkości produkcji, uwagi, męczenia się, wiekiem, stosunkami rodzinnymi i t. d. Na podstawie 9-letniego materiału, dotyczącego robotników wszelkich kategorii, autorowie wykazują zależność tego czynnika ludzkiego przy wypadkach od pory roku, dnia, tygodnia, godzin dnia. Największa ilość wypadków przypada na wiosnę (szczyt w maju) i jesień (szczyt w listopadzie). Podlega to jakiemś prawu ogólnemu, które można tylko stwierdzić, zaznaczyć należy, że podobny wzrost w maju wykazują również krzywe zabójstw i samobójstw. Z dni tygodnia najczęściej wypadków zdarza się w poniedziałek i sobotę. Wchodzi tu w rachubę 2 czynniki: zmęczenie pracą całego tygodnia i wpływ wypoczynku niedzielnego. Zmiana codziennego trybu życia, wspomnienia wypoczynku a może i zmęczenie po zabawach, utrudniają regularny rytm ścisłych i instyktownych ruchów robotnika przy maszynie. Popołudniu zdarza się wypadków więcej niż rano. Więcej jest wypadków z końcem przedpołudnia i z końcem popołudnia, niż w innych godzinach. Da się to wytłumaczyć zmęczeniem i nieuwagą wskutek jednostajności pracy. Z dokładnej znajomości tych czynników, wpływających na wypadki pragną autorowie wysnuć możliwość zapobieżenia im przez włączenie godzin wypoczynkowych w odpowiednich porach dnia.

(Balthazard, Villaret, Piédelièvre, Paris Médical, Nr. 46, 1928).

Dr.

WIADOMOŚCI ZWIĄZKOWE

Dnia 3. II. 1929 odbyło się we Lwowie Walne Zgromadzenie Okręgu Lwów — Związku Lekarzy Kas Chorych. — Na rok 1929 wybrano Władze Okręgu w następującym składzie: przewodniczący: Dr. Walichiewicz Tadeusz; zastępcy Dr. Kotiers Zdzisław, Dr. Oller Michał, Dr. Kopaczyński Władysław; sekretarz I: Dr. Landau Henryk; sekretarz II: Dr. Mierzecki Henryk; skarbnicy: Dr. Rubin Aron, Dr. Hozer Jan; członkowie Zarządu: Dr. Dattner Hugo, Dr. Drak Juljus, Dr. Hausmann Wilhelm (Stryj), Dr. Hermelin Eljasz, Dr. Izgur Abel (Równie), Dr. Klisiewicz Wal. (Rzeszów), Dr. Magońska Klara, Dr. Skulski Emil (Drohobycz); zastępcy: Dr. Kurzrock Izidor, Dr. Rosenbaum Ulryk (Kopyczyńce), Dr. Starer Michał (Nadwórna), Dr. Rotfeld Józef (Przemysłany); sąd koleżeński: przewodniczący: Doc. Dr. Sabatowski A.; członkowie: Dr. Jarocki A., Dr. Laskownicki St., Dr. Lehm S., Dr. Selzer J.; zastępcy: Dr. Holodyński J., Dr. Mozołowski Wł.; komisja rewizyjna: Dr. Oxner Z., Dr. Pilewski O., Dr. Zaorski Br.; delegaci na zjazd: Dr. Dorosz F. (Przemysł), Dr. Eljasiewicz (Drohobycz), Dr. Haendel (Jarosław), Dr. Hozer (Lwów), Dr. Kopaczyński (Stanisławów), Dr. Landau, Dr. Mierzecki, Dr. Mikiewiczówna, Dr. Müller (Krzemieńce), Dr. Rubin, Dr. Starer (Nadwórna), Dr. Walichiewicz. — Szczegółowe Sprawozdanie umieścimy w następującym numerze.

KRÓTKIE WIADOMOŚCI LECZNICZE

Leczenie rwy kulszowej

Valdevieso leczy z doskonałym skutkiem rwę kulszową naświetleniami promieniami Roentgena na okolicę wyjścia nerwu z rdzenia.

(Revista medica de Chile, 56, luty, 1928).

Zi.

Leczenie kiły u ciężarnych

Danowski zwraca uwagę, że kobiety w czasie ciąży troskliwie leczone rodzą do 80% zupełnie zdrowe dzieci, bez leczenia zaś tylko 15%. Autor daje wcierki, salwarsan i bismogenol w zwykłej ilości, po każdej kuracji włącza miesiąc paazy aż do czasu mn. w. 4 tygodni przed porodem.

(Therapie der Gegenwart, XI., 1928).

Zi.

Niebezpieczeństwo podawania efedryny przy schorzeniach serca

Bloedorn i Dickens zwracają uwagę częstą zamianę dychawicy oskrzelowej ze sercową, przy której efedryna czasem działa bardzo niekorzystnie, powstają bowiem p. alternans, częstoskurcz i objawy silnego osłabienia serca.

(Arch. of Int. Medicine, 42, wrzesień, 1928).

Zi.

Witaminy i sole mineralne a zapobieganie próchnicy zębów

Boyd i Drain wykazali, że djeta przepisana dzieciom cukrzycznym, bogata w witaminy i sole mineralne zapobiegała sprawnie próchnicy zębów.

(Journal of Amer. Med. Associat. 9. VI., 1928).

Zi.

Poty nocne u gruźlików

Simon i Lewin polecają jako bardzo skuteczne podawanie na noc 1 łyżeczki soli kuchennej per os, lub zastrzyk domięśniowy 5 cm³ 25% roztworu siarczanu magnezu.

(Ztschr. f. Tbc. t. 48 Z. 3).

Bühn

Stosowanie dożylnie natrium salicylicum przy gościecu — Kral

W wypadkach nieznoszenia salicylu per os, podajemy go dożylnie. Celem uniknięcia zaczerwienienia żył po zastrzyku mieszamy, wedle Bernarda, natrium salicylicum $\bar{a}\bar{a}$ z glukozą (po 10 gr na 100 gr wody). Wstrzykujemy 1—6 gr salicylu pro die. Wstrzykiwać należy powoli.

(Čas. lek. česk. 47, 1928).

Bühn

Cukrzyca a ciąża — Wesener

Ciąża przy cukrzycy jest bardzo rzadka. O ile takowa nastąpi jest ona niebezpieczna zarówno dla matki jak i dla płodu, o ile nie nastąpi wczesne i gruntowne leczenie djetetyczno-insulinowe. Poza śpiączką wiele matek umiera po rozwiązaniu na gruźlicę. Dzieci rodzą się nieżywe lub giną z powodu ogólnego wyczerpania lub cukrzycy wkrótce po urodzeniu. Tylko mała ilość ich pozostaje przy życiu. Karmienie może być dozwolone w lekkich przypadkach pod kontrolą lekarską (niebezpieczeństwo tbc). Przerwanie ciąży wskazane natychmiast, o ile zawodzi leczenie djetetyczno-insulinowe.

(Monschr. f. Geb. u. Gyn., T. 78, Z. 4—5, 1928).

Bühn

Podawanie śledziony przy gruźlicy stawów z przetokami

Fliegel uzyskał znaczne poprawy, a w $\frac{1}{4}$ przypadków wyleczenie podając chorym codziennie przez 4 tygodnie 50—100 gr cielejcej śledziony, o ile możliwe surowej, tartej w zupie, lub z wierzchu przypiekanej. Kurację powtarza 2—3 razy z przerwami 3—4 tygodniowymi.

(Pos. tow. lek. wied. 2. XI. 1928).

Bühn

Vigantol w ginekologii

Walther podaje następujące wskazania do stosowania vigantolu w ginekologii: 1) niedokrewność na tle zaburzeń miesięczkowych bez tła anatomicznego, zaburzenia w czasie pokwitania, zwłaszcza przy infantilizmie i niedorozwoju części rodnych; 2) W ciąży jako prophylacticum krzywicy, przy nawykowym poronieniu i skłonności do przedwczesnego porodu; 3) u karmiących podczas pólgu; 4) przy osteomalacji; 5) ewent. przy charactwie na tle nowotworowem,

(M. Kl. 36, 1928).

Bühn

Chinina przy herpes zoster

Saphra uważa za prawie specyficzne działanie chininy w dawkach 0,2 do 0,5, 3 do 4 razy dziennie podawanej przy herpes zoster, przy którym bardzo nieznaczne bóle po tym środku natychmiast znikają. Również przy neuralgia trigemini często pomaga chinina.

(Ztschr. f. ä. Fortb, 19, 1928).

Bühn

Uboczne działanie leków na serce i naczynia — Pribram

Aspiryna powoduje niekiedy, choć rzadko bicie serca, zaparcie stolca, działa lekko nasennie.

Luminal może w normalnej dawce u zdrowych na serce, wywołać zapad o tem należy pamiętać, stosując te środki u dzieci, starców i u ciężarnych. U chorych sercowo należy ostrożnie stosować adrenalinę, strofantynę i antipirynę, oraz podawać salicyłaty tylko w małych dawkach.

Przy hipertenzji z równoczesną niedomogą serea, należy poprzedzić podanie naporstnicy upustem krwi.

Przy trombophlebitis, ostrem zapaleniu wsierdzia, po zapadzie o ile istnieje niebezpieczeństwo zatoru, nie podajemy środków nasercowych dożylnie w dużych dawkach. Koraminy i kardiazolu przy istniejącej wówczas równocześnie dusznicy bolesnej są przeciwwskazane, ewentualnie należy podać równocześnie środki rozszerzające naczynia (azotyny, ciała purynowe).

Przy zapadzie na tle uszkodzenia serca należy być ostrożnym z podaniem dożylnie koraminy, kardiasolu i hexetonu, a raczej skombinować z małą dawką strofantyny. Adrenalinę wolno stosować dożylnie jedynie przy zapadzie czysto wasomotorycznym (po operacjach, zatruciach, ciężkich urazach) zaś nigdy przy osłabionem sercu które znosi źle nagły wzrost parcia krwi i może nagle ustać. By uniknąć nagłego zgonu, adrenalinę można podać dożylnie tylko ze strofantyną lub atropiną.

Przy stosowaniu eufiliny, nowasurołu i salirganu może wystąpić nagły zgon skutkiem zwiększenia pracy serca, dlatego wprzód należy podać naporstnicę Antipirynę i pyramidon należy kombinować z kofeina. Chcąc uniknąć zapadu przy stosowaniu antipyretyków przy chorobach gorączkowych, należy je podawać nie na szczycie gorączki lecz przy jej wznoszeniu się w górę.

Morfina jako atakująca centra oddechowe, jest przeciwwskazana przy oddechu Cheyne-Storksa, chyba że podamy ją równocześnie z lobeliną. Przy zapaleniu płuc połączone z osłabionem krążeniem, wolno podać morfinę tylko ze środkami podniecającymi. Chloroform, chloralhydrat i morfinę są przeciwwskazane u sercowych. Unikamy tu również sulfonalu, trionalu, cannabis i scopolaminy. U sercowych nie stosujemy proteinoterapii ani niespecyficznego leczenia szczepionkami, lecz jedynie można stosować autohemo- lub autoseroterapię. Ostrożność jest nakazana przy podawaniu insuliny starszym sercowym z miażdżycą naczyń. W cierpieniach tyreotoksycznych serca nie podajemy przetworów z tarczycy i jodu. Przy mesaortitis luetica podajemy małe dawki nowarsenobenzolu od 0,075 do 0,15. Alkoholu nie podajemy przy dekompenzacji, ostrem zapaleniu wśierdzia i hipertonii. Nikotyna jest ostro przeciwwskazana przy dusznicy bolesnej aortalnej, chromaniu przestankowem i kryzjach naczyniowych.

(Zeitschrift f. Kr. 18, 1928).

Bühn

Wyniki leczenia endocarditis lenta przypaleniem w okolicy serca — Bramann

Wyniki stosowania metody Biera polegającej na odpreparowaniu płata skórnoego w okolicy serca, przypaleniu otwartej rany termokauterem i zaszcyciu następowem płata nie spełniły pokładanych w nim nadziei. Udało się jedynie uzyskać dłuższe remisje (w $\frac{1}{3}$ przypadkach na kilka miesięcy) zaledwie jednak kilku pacjentów, u których ze strony internistycznej była postawiona zła prognoza po powyższem leczeniu zastosowanem przed rokiem żyje i pracuje. Jednak wobec beznadziejności tego cierpienia, gdy zawiodą środki wewnętrzne należy się uciec do tej metody.

(M. Kl. 1, 1929).

Bühn

Leczenie żółtaczki kataralnej — Lepehne

Najpierw podajemy środek przeczyszczający (kalomel 3 razy dziennie 0,2—0,3, rycynus, sól gorzka), potem podajemy dla absorbcji toksyn węgiel zwierzęcy. Z początku unikamy w djecie, mięsa, jaj i mleka, ponieważ białka, najwięcej obciążają wątrobę. Djeta składa się z małej ilości tłuszczu oraz kaszek, potraw mącznych, kleiku, purée owocowych i jarzynowych, białego chleba i t. d. Zabraniaamy alkoholu i silnych przypraw. W cięższych przypadkach kładziemy pacjenta do łóżka, stosując gorące okłady na okolicę wątroby, oraz gorącą wodę karlsbadzką. Szybkie wyleczenie uzyskujemy wprowadzając sondę dwunastnicową 50—300 cm³ 10—30% roztworu magnesium sulphuricum, lub 50—100 cm³ 30—50% cukru gronowego, pozostawiając potem celem drenażu sondą przez 1—2 godzin; środki żółciopędne, żółciotwórcze jako drażniące wątrobę, możemy podawać pod koniec choroby.

Duże znaczenie praktyczne ma podawanie insuliny (20—30 pro die) z równoczesnem podaniem 20—30 gr cukru gronowego per os.

Przeciw świądowi stosujemy atropinę podskórną calomel i kąpiele z grysu (1—1 $\frac{1}{4}$ kg grysu pszennego na 10 litrów wody).

(M. m. W. 33, 1928).

Bühn

Angina pectoris — Pal

Wedle ostatnich badań każdy napad dusznicy bolesnej nie ma tła jedynie anatomicznego, polegającego na zwapnieniu, zgrubieniu aorty w miejscu ujścia

naczyń wieńcowych lub w samych tych naczyniach, lecz dominującą rolę odgrywają tu zaburzenia angiospastyczne.

Opierając się na powyższem nie wystarcza podanie morfiny celem zmniejszenia bólu, oraz wywołania spadku ciśnienia krwi przez środki rozszerzające naczynia, należy podawać podczas napadu środki porażające nervus vagus jak nowatropinę dożylnie 2—4 mg lub w kombinacji z papaweryną; tam gdzie musimy podać morfinę kombinujemy ją z atropiną lub w każdym razie z środkami rozszerzającymi naczynia. Bardzo celowe jest kombinowanie ciał purynowych z jodem lub solami rodanu. Z zabiegów operacyjnych bezcelowe są zabiegi polegające na przecinaniu lub blokowaniu nerwów współczulnych, ponieważ tamże przebiegają nerwy rozszerzające naczynia wieńcowe, zaś przecięcie nerwu błędnego gdzie są nerwy zwężające naczynia jest wykluczonem. Celowem jest przecięcie nervus depressor, który posiada włókna tonizujące naczynia wieńcowe, zaś tam gdzie tonus odpada nie może przyjść do skurczu.

Bühn

(M. Kl. 1, 1929).

O celowości sztucznych wód mineralnych — Molitor

Wody mineralne o stałym składzie soli nieorganicznych (np. wszystkie gorzkie wody) mogą być bez szkody zastąpione wodami sztucznymi o tej samej koncentracji i temperaturze co wody naturalne. Wód mineralnych sztucznych arsenowych, jodowych i żelazowych i identycznym składzie co naturalne nie udaje się sfabrykować, a zaznaczyć należy że i naturalne te wody przechowywane we flaszkiach szybko się rozkładają. Pewną część wód naturalnych przy przechowywaniu skutkiem utraty radioaktywności traci swą wartość. Wody mineralne zawierające żelazo mają zdolności katalityczne (dają dodatnią próbę benzydynamową) czego nie posiadają wody sztuczne i wody naturalne rozsyłane we flaszkiach, dlatego obecnie przygotowuje się pastylki dla wód mineralnych dla wody marjensbadzkiej i karlsbadzkiej zawierające czynniki tlenek żelaza i dające po rozpuszczeniu dodatni odczyn benzydynamowy. Wobec czego w zupełności one dorównują wodom pitym przy źródle. Taksamo wody alkaliczne dają się zupełnie dobrze sztucznymi zastąpić.

(W. med. Doc. Kolleg. M. Kl. 2, 1929).

Bühn

Wpływ świeżych owoców na kwasotę żołądkową

Grünberg stwierdził, że owoce wywierają różny wpływ na wydzielanie gruczołów żołądkowych. Najbardziej pobudzają wydzielanie melony, czarne winogrony, gruszki, jabłka, czereśnie, niebieskie śliwki. Nie drażnią zaś agrest, morele, żółte śliwki, dzikie czereśnie,

(Archiv für Verdaungskrankheiten, 44, sierpień, 1928).

Bt.

Przyczyna bólu przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy

Palmer nie znalazł dotąd ani jednego przypadku wrzodu żołądkowego, któryby wykazał zupełną achylję (trwająca nawet po wstrzyknięciu histaminy). Inne jeszcze spostrzeżenia skłoniły autora do sądu, że ból jest związany nierozdzielnie z kwasotą, nie zaś ze zaburzeniami motorycznymi. Wypróbnianie żołądka w chwili bólów wykazuje zawsze bardzo duże wartości dla kwasu solnego. Można też wywołać natychmiastowy ból przez wprowadzenie kwasu solnego do żołądka, ból ten znika też szybko po zneutralizowaniu kwasu albo usunięciu go sondą.

(Kl. W. Nr. 44, 1929).

Kt.

Przyczynek do leczenia chorób serca

James Herrick zwraca uwagę, że indywidualnym „manewrowaniem“ naporstnicą i spokojem, dotąd niepodzielnie jedynymi lekami sercowymi, można prawie w każdym przypadku, nawet najcięższym, osiągnąć nieoczekiwane skutki. Najważniejszą zaletą dobrego specjalisty sercowego jest cierpliwość.

(Journal of Amer. Med. Associat. 8. XII. 1928).

Zi,

Patogeneza i leczenie wiądowych „crises gastriques“

Marin cesco, Sager i Façon podkreślają zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, sprawiającą miejscową wagotonię przez trwałe drażnienie włókien nerwu błędnego, idących do żołądka. Napad „kryzy“ jest najwyższym stopniowaniem napięcia wagicznego. Lecznictwo polecają autorzy dordzeniowe wstrzykiwania 1—2 ccm. 25 g. roztworu siarczanu magnezowego, przerywające napady do 1 godziny, a zapobiegawczo ilość napadów ogromnie zmniejszające. Działanie leku polega na własności soli magnezowych, obniżających wrażliwość nerwową, oraz ośrodków względnie na antagonizmie między jonami Mg i Ca, sprawiającym zmniejszenie jonów wapna we krwi w chwili „alkalotycznego“ napadu.

(Presse Méd., Nr. 10. 1928).

Kt.

Wyniki badania roentgenowskiego przy nerwicach żołądka

Baensch znalazł w 25% organiczne zmiany w postaci kamicy żółciowej, wrzodu żołądkowego lub dwunastnicy. U 30% znaleziono wgłębienie „reliefu“ błony śluzowej, co świadczy o wzmożonej pobudliwości. Przyspieszona z odcinkowa peristaltyka jest dowodem silnej wagotonji.

(Fortschritte auf den Geb. der Roentgenstr. 36, 1240).

Kt.

Nowe szczepienia ochronne przeciw szkarlatynie

Korszuni i Spirina polecają szczepionkę składającą się z 1 miljarda (na 1 cm³) streptokoków zabitych formaliną i 2000 jednostek skórnych toksyny. Podobnie jak przedtem używane szczepionki i obecna nie zapobiega powikłaniom szkarlatynowym.

(Zeitschrift f. Immunitätsforschung u. exp. Ther. Tom 65, 3. 3. IV, 1928).

Kt.

Statystyki leczenia przeciwgruźliczych

Ma y cytuje cyfry pewnej niemieckiej lecznicy, liczącej od wielu lat do 90% otwartej gruźlicy. Okazało się, że po 3 latach mniej więcej 50% chorych pozostała zdolną do pracy. Na resztę składają się chorzy, przeważnie zmarli. Niekorzystna statystyka jest spowodowana przez niemożność umieszczenia gruźlików po wyjściu z zakładu po odpowiedniem pod względem higieny miejscu pracy. To też koniecznym okazuje się urządzenie kolonji pracy wyłącznie dla gruźlików na wzór angielski.

(Zeitschr. f. Tuberk. Tom 51, Z. 3, 1928).

Kt.

Ciekawy przypadek schizofrenji

Na posiedzeniu wiedeńskiego tow. psych. i neur. 13. XI. 1928, pokazali Kogerer i Schwarzmann 25-letniego krawca, który od 4 lat cierpiał na ciężką

schizofrenję. W czasie pogorszenia się sprawy chorobowej rozwinął się znacznie amatorski talent malarski. Z poprawą stanu chorobowego pogorszyły się wyczyni artystyczne.

Kt.

Błonica członka

Balley spostrzegł przypadek wystąpienia obrzęku napletka z początku bez podwyższenia ciepłoty. Po kilku dniach nastąpił obrzęk całego członka przy lekkiej gorączce. W sulcus coronarius stwierdzono wysięk, z którego wyhodowano prątki błonnicze. Po wstrzyknięciu 20.000 jednostek surowicy znikł cały obraz chorobowy do 48 godzin.

(Urologic. Rev. Nr. 11, 1928).

Kt.

Próby leczenia wyprysku zapomocą dożylnych wstrzykiwań soli

Senin wstrzykiwał codziennie dożylnie po 1'0 ccm. 10% roztworu NaCl. Leczył w ten sposób 20 ostrych (przeciętnie 8—10 wstrzykiwań), 16 przewlekłych przypadków wyprysku (przeszło 15 wstrzykiwań). Skutek był doskonały w przypadkach ostrych, w przewlekłych znikły tylko świąd i objawy zapalne, nie zmieniły się jednak objawy natury anatomicznej. Osiągnięto jednak jeszcze później postępy następowem naświetlaniem promieniami Roentgena.

(Kazański Med. Żurnal R. 24, Z. 4, 1928).

Kt.

Nowa metoda leczenia tocznia

Sommerford zmywa schorzone partie wodą i alkoholem metylowym. Następnie pędzuje cały obszar liq. hydrarg. nitr. ac., aż do widocznej szarej koagulacji tkanki. (U wrażliwych chorych znieczula przedtem nowokainą). Potem daje pod opaską na 48 godzin ac. carb. 0,9, ungt. zinci. 30'0. Gdy po usunięciu opatrunku znajdujemy rozpad tkanek chorych, przykładą się maść; ungt. hyd. ol 10%—7,50, ac. sal. 0'90, ichtyol 0,90, zinci ox. amyli a 5.80 paraff. mol ad 30.0.

(Lancet, 5467, Nr. 14, 1928).

Kt.

Leczenie skazy wysiękowej u dzieci

Munoyerro poleca gorąco autohemoterapię (przyczem bierze u osesków krew ze sinus longitudinalis).

(Arch. Espan. Pediatr. 12, Nr. 9, 1928).

Re.

Leczenie choroby posurowiczej

Taterka, Heinz i Hirsch polecają efedrynę lub efetoninę w dawkach doustnych 50 mg. co 2 godziny, podskórnie co 4 godziny; u małych dzieci daje się połowę dawki powyższej.

(Med. Kl. Nr. 42, 1928).

Kt.

Leczenie czerwonki pełzakowatej

Stern podaje naprzód rycynus albo sól karlsbadzką, potem Yatren—105 w dawce 5 gr. dziennie łącznie z węglem zwierzęcym; potem przez pierwszych 3 dni hegary inf. ipec. + 0.4 riwanolu na dzień. Jeżeli badanie na pasożyty wypada ujemnie podaje się dalej przez kilka dni po 4 gr. Yatrenu 105 na dzień i hegary z inf. semen lini + 0.4 riwanolu.

(Med. Kl. Nr. 42, 1928).

Kt.



Dr. med. Maurycy Konn. urodził się w 1874 roku w Warszawie, studja lekarskie ukończył w 1901 r. na Uniwersytecie warszawskim. Od roku 1901 do 1904 r. był ordynatorem szpitala św. Ducha w Warszawie, od 1904—1906 r. jako lekarz wojskowy powołany na wojnę rosyjsko-japońską. Od 1906 do końca 1907 (po wojnie) pracował na klinice prof. Sahliuy, od 1907 do 1914 jako Dyrektor szpitala żydowskiego w Równem, od 1914 do 1918 jako lekarz wojskowy od 1918 do 1920 jako Dyrektor szpitala Czerwonego Krzyża w Równem, od 1920 do 1925 Dyrektor szpitala żydowskiego w Równem, od chwili założenia powiatowej Kasy Chorych w Równem 1925 r. naczelnym lekarzem tejże Kasy. Jednocześnie udzielał się pracy społeczno-lekarskiej, jako lekarz Tow. Ochrony Zdrowia; brał udział w licznych zjazdach lekarskich.

W dniu 15 grudnia 1928 w nocy nagle zachorował na grype, która wnet skomplikowała się przez zapalenie płuc, mimo nadzwyczajnych wysiłków rodziny, kolegów, którzy w dzień i w nocy dyżurowali przy łóżku chorego, chory 25 grudnia 1918 r. nad ranem zmarł.

Nadzwyczajny takt, wprost przesadna subtelność, szlachetność, szczerłość i serdeczność — oto zasadnicze cechy charakteru Dra Konna, dzięki którym nieboszczyk był tak poważany, szanowany i lubiany przez wszystkich kolegów i pacjentów ze wszystkich sfer społeczeństwa. Doświadczony, sumienny lekarz, idealny kolega, idealny zwierzchnik, dżentelmen zawsze, wszędzie i wobec wszystkich. W pogrzebie brało udział do 10.000 osób z najrozmaitszych sfer, narodowości i wyznań.

Związek Lekarzy Kas Chorych traci w Zmarłym gorącego orędownika swych spraw. Kilkakrotny członek zarządu szerzył na kresach nowoczesną myśl lekarską i społeczną. Był lekarzem nie z zawodu ale z powołania i stąd traci w Zmarłym społeczność lekarska swego wybitnego reprezentanta, kapłana służby lekarskiej.

Dr. I. A

OCENY

James Mackenzie i James Orr. — Choroby serca. Zasady rozpoznawania i leczenia. Z trzeciego wydania angielskiego przetłumaczył Dr. Józef Grott. Warszawa 1928, str. 253, cena 12 zł.

Książkę tę o chorobach serca każdy lekarz przeczyta z wielką korzyścią i wiele rzeczy praktycznych z niej się nauczy. Wyłożone metody badania czynnościowego serca są dostępne każdemu lekarzowi, przytem podniesiona wartość anamnezy, znaczenie wszelakich objawów i zaburzeń podmiotowych, rokowanie i racjonalne leczenie, słowem jest to przejrzysty, krótki podręcznik chorób sercowych, który każdemu lekarzowi gorąco polecić można. Tłumaczenie polskie jasne, styl gładki, bez długich zdań. Toteż należy się tłumaczowi wielkie uznanie za przyswojenie tej książki czytelnikom polskim. Zewnętrzna forma przyjemna, dobry druk, wykwintny papier, przytem cena dla każdego przystępna, co wszystko rokuje rychłe rozpowszechnienie się tego dziełka wśród lekarzy polskich. *Fels.*

Prof. O. Marburg. Der Schlaf, seine Störungen und deren Behandlung. Verlag von J. Springer. Wien u. Berlin, 1928, str. 48.

W książce tej w krótki a treściwy sposób zebrał autor praktyczne wskazówki terapeutyczne, odnoszące się do zaburzeń snu, w pierwszym rzędzie do bezsenności. Punkt wyjścia dla leczenia bezsenności stanowi głoszony przez M. pogląd, że sen nie jest reakcją na zmęczenie organizmu. Należy tedy — po usunięciu, oczywiście, przyczyn somatycznej natury — zalecać unikanie wyczerpania psychicznego, wprowadzanie organizmu w stan niejako „blokady zmysłowej“, trzymającej go zdala od wszelkich wrażeń, zwłaszcza uczuciowo podbarwionych. Szczególnie nacisk M. kładzie na zwalczanie afektu lęku. Profilaktytyka bezsenności sięgać musi już dzieciństwa. Uregulować należy godzinę snu, włączać — już od wieku szkolnego począwszy — pausy wypoczynkowe. Wzgl. drzemkę popołudniową, baczyć na wczesne kolacje. Ludziom pędzącym życie bardzo intensywnie, podawać należy za dnia brom z kodeiną! dotkniętym stanami lęku — opium w ciągu dnia, hypotonikom — walerjanę z dodatkiem chininy. Zadowolnić się można w lekkich przypadkach rannymi kąpielami (z dodatkiem rumianku) oraz herbatkami ze skórek pomarańczowych lub z korzenia walerjany. Co do leków, to bromural i adalina skracają jedynie fazę zasypiania. Ze środków sen pogłębiających; wzmacniających — a należących do szeregu barbiturowego — medinal, luminal, noktal są bardzo dobre (w przeciwstawieniu do czystego weronalu, którego chorym na nerki i arteriosklerotykom podać nie należy). Najskuteczniejszymi i przytem bezpiecznymi środkami są jednak kombinacje szeregu barbiturowego z antineuralgikami. Do tych należy weramon, allonal, kodeonal i doskonala u starców i arteriosklerotyków, Somnacetyna (na

triiveronali 0,3 + phenacetini 0,2 + codejini ph. 0,025). Ze starszych środków uważa M. za znakomity paraldehyd (5—10 gr).

Szereg ciekawych szczegółów z zakresu symptomatologii snu i różniczkowej dżagnozy wypełniają tę bardzo praktyczną — acz mało rewelacyjną książeczkę.
St. Liwszyc (Kraków).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Mieszana Komisja Higieny Społecznej i ubezpieczenia na wypadek choroby. (Podkomisja medycyny społecznej w Genewie). Podkomisja medycyny Społecznej, złożona z rzeczoznawców lekarskich organizacji higieny społecznej, wyznaczonych przez lekarskiego Dyrektora Komitetu Higieny przy Lidze Narodów w Genewie, oraz rzeczoznawców lekarskich instytucji ubezpieczeń na wypadek choroby, wyznaczonych przez Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy, zebrała się w Genewie w Sekretarjacie Ligi Narodów w dniach 17, 18 i 19 grudnia 1928 r. celem przestudjowania następującego programu:

„Współpraca urzędów i organizacji higieny z instytucjami ubezpieczeń społecznych dla rozwoju medycyny społecznej oraz skierowania praktyki lekarskiej na drogę higieny i profilaktyki w instytucjach ubezpieczeń społecznych“.

Podkomisja postanowiła przystąpić przedewszystkiem do ogólnej dyskusji nad potrzebą i ważnością skierowania medycyny na tory społeczne, a następnie rozpatrzyć trzy następujące zagadnienia:

1. Dane medyczno-społeczne i dane statystyczne o chorobowości i umieralności.

2. Wykształcenie lekarzy w dziedzinie medycyny społecznej.

3. Instytucje niezbędne dla celów medycyny społecznej.

Podkomisja powzięła następujące uchwały:

I. Społeczno-medyczne wykształcenie lekarzy.

1. Społeczna medycyna wymaga specjalnego teoretycznego i praktycznego wykształcenia, którego się żądać powinno od wszystkich lekarzy, znajdujących się w służbie publicznej i prywatnej opieki nad zdrowiem, jakoteż w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

2. Społeczna medycyna winna być na wszystkich wydziałach lekarskich obowiązkowym przedmiotem wykładów i obowiązkowego egzaminu. Należy dążyć by nauka kliniczna była społecznie nastawiona.

3. Kursy dokształcające w zakresie medycyny społecznej po opuszczeniu uniwersytetu winny być prowadzone dla wszystkich lekarzy praktycznych łącznie ze społecznymi instytucjami, w tem zainteresowanemi.

4. Podkomisja dla społecznej medycyny uprasza Komisje dla nauki higieny i wypracowanie programu nauki społecznej medycyny na wydziałach lekarskich i w szkołach lekarskich.

II. Statystyka chorobowości i umieralności.

1. Statystyka chorobowości jest nieodzownym warunkiem skutecznej pracy społeczno-medycznej.

2. Statystyki chorobowości, dotychczas opracowane, nie są wystarczające dla prac społeczno-medycznych, lecz wymagają rozszerzenia szczególnie w kierunku zbadania i ustalenia personalnych, społecznych i zawodowych stosunków.

3. Określenie przyczyn chorobowych należy dostosować do potrzeb rozma-

itych społeczno-modycznych instytucyj. Podkomisja uprasza Komitet Higjenu o zwrócenie się do Komisji Rzeczoznawców Statystycznych, by zechciała zbadać, jakie praktyczne zadania wynikają ze stosowanego dotychczas spisu chorób w tych instytucjach.

4. Jest koniecznem, by lekarze ordynujący dawali instytucjom ubezpieczeń społecznych i władzom publicznej służby zdrowia ściśle określenia choroby, celem zestawienia statystyki chorobowości i umieralności.

5. Z tego obowiązku wypływa konieczność zasady tajemnicy lekarskiej do stosować do potrzeb społecznej medycyny dla wyższych interesów ogółu.

III. Konieczność społecznego nastawienia medycyny.

1. Społeczne nastawienie medycyny jest niezbędne dla ochrony i poprawy stanu zdrowia publicznego przez racjonalną organizację profilaktyki i lecznictwa.

2. Administracja higjenu publicznej instytucji ubezpieczeń społecznych i publiczne organizacje pomocy lekarskiej muszą współdziałać w ustaleniu zasad i stworzeniu metod pracy medycyny społecznej.

IV. Konieczność organizowania specjalnych zakładów i instytucyj djagno-
styczno-terapeutycznych.

Publiczne organizacje zdrowia i instytucje ubezpieczeń społecznych winny dążyć, by wszystkie środki, stworzone przez naukę i technikę lekarską, konieczne dla stwierdzenia choroby, zorganizować w specjalnych instytucjach, zakładach i organizacjach, by lekarze społeczni i ordynujący mogli z nich korzystać dla zapobiegania, rozpoznania i racjonalnego leczenia.

(Warsz. Cz. L. 4, 1929).

Rezolucje uchwalone na VIII polskim kongresie przeciwalkoholowym w Lublinie :

1. Kongres zwraca się do Rządu, Sejmu i Senatu z usilnem przedstawieniem niezbędnej konieczności ścisłego wykonywania obowiązującej ustawy przeciwalkoholowej w całej pełni, a to w imię najwyższego interesu ludności i Państwa Kongres stwierdza konieczność wypłacania całego jednego procentu na cele walki z alkoholizmem, jak to było wyrażone w pierwotnym tekście ustawy o Państwowym Monopolu Spirytusowym i zwraca się do Rządu, Sejmu i Senatu z przedstawieniem tej sprawy.

2. Kongres wyraża słowa najwyższego i najgorętszego uznania gminom które uchwały na terenie swoim prohibicję.

3. Kongres zwraca się Min. W. R. i O. P. z przedstawieniem konieczności wprowadzenia alkoholologii we wszystkich szkołach Rzeczypospolitej wszystkich typów.

Kongres zwraca się do Władz Akademickich wszystkich wyższych zakładów naukowych i do Min. W. R. i O. P. z wnioskiem wprowadzenia do warunków uzyskania niższego stopnia naukowego na wszystkich wydziałach wyższych uczelni w Polsce, odbycia z pomyślnym skutkiem colloquium z alkoholologii.

4. Kongres zwraca się do Min. Komunikacji z przedstawieniem konieczności ścisłego wykonania przepisów ustawy przeciwalkoholowej, odnoszących się do zakazu podawania i sprzedawania napojów alkoholowych w bufetach i restauracjach kolejowych oraz w wagonach restauracyjnych.

Kongres prosi Min. Komunikacji o włączenie do programu szkolenia wszystkich kategorii personelu kolejowego wykładów alkoholologii.

5. Kongres wzywa samorządy miejskie i terytorjalne do podjęcia energicznej walki z alkoholizmem ze względu na wielką doniosłość ekonomiczną i spo-

lęczną tej walki dla ludności. Walka podobna wypływa jako obowiązek samorządów z ustawy o opiece społecznej. Samorzady winny prowadzić propagandę przeciwalkoholowa i lecznictwo.

6. Kongres uważa za niezbędne wprowadzenie na Górnym Śląsku szeregu ograniczeń przeciw nadmiernemu wzrostowi pijaństwa.

7. Kongres wzywa organizacje przeciwalkoholowe do usilnej agitacji przeciwalkoholowej w sferach robotniczych, rzemieślniczych i włościańskich.

8. Kongres zwraca się do kościoła prawosławnego w Polsce z prośbą o podjęcie czynnej walki z alkoholizmem wśród ludności prawosławnej na Kresach wschodnich.

9. Kongres uznaje, że ruch przeciwalkoholowy powinien stać poza wszelkimi waśniami wyznaniowymi, czy klasowymi i pracą swoją obejmować wszystkie kierunki myśli społecznej i organizacje wszelkich typów.

10. Ruch przeciwalkoholowy winien wprowadzać najusilniej w życie nowe formy obcowania towarzyskiego, wykluczające poczęstunek alkoholowy.

11. Kongres uznaje za niezbędne, aby podczas Międzynarodowego Kongresu Przeciwalkoholowego, mającego odbyć się w Warszawie w r. 1931, międzynarodowe zjazdy przeciwalkoholowe, mające odbyć się w tym czasie w Polsce odbyły się bezwarunkowo w Warszawie jako miejscu Kongresu i stolicy Państwa.

12. IX. Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Poznaniu, przy czym sprawę jego organizacji powierza się Komitetowi Organizacyjnemu VIII Polskiego Kongresu Przeciwalkoholowego z tem, że na najbliższym posiedzeniu przekaze swe agendy zjednoczeniu związków ogólnopolskich przeciwalkoholowych jako instytucji niezbędnej.

13. Kongres stwierdza, że organizacja leczenia alkoholików wchodzi w zakres obowiązków ciał samorządowych, winna stanowić nieodzowną część ich planu walki z alkoholizmem, jest rzeczą możliwą i bezwzględnie celową, musj być rozpoczęta, nie czekając na zorganizowanie walki z alkoholizmem w całej rozciągłości.

(Medycyna, 19. I. 1929).

Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. W sprawie kwalifikacji zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich.

Jako uzupełnienie § 2 (punktu 2) i § 4 rozporządzenia z dnia 19-go maja 1926 r., w sprawie regulaminu przyjmowania uczniów do państwowych seminarjów nauczycielskich (Nr. 1 — 7499/26, Dz. Urz. 1926 r. Nr. 10 poz. 114), oraz punktu 6 instrukcji z dnia 24 marca 1928 r. w sprawie wykonania ustawy z dnia 1 lipca 1926 r. o stosunkach służbowych nauczycieli w brzmieniu rozporządzenia z dnia 3 lutego 1928 r. (Dz. Urz. 1928 r. Nr. 5 poz. 90) wyjaśniam i zarządzam, co następuje:

Jeżeli kandydat do seminarjum nauczycielskiego wykazuje takie braki i wady cielesne, którem zdaniem lekarza szkolnego mogą same ustąpić lub być usuniętemi w ciągu niezbyt długiego przeciągu czasu (np. drobne wady wymowy, drobne zszpecenia twarzy, dające się usunąć na drodze operacyjnej, przejściowe nieżyty dróg oddechowych i t. d.), to ze względu na stan zdrowia może on być przyjęty do seminarjum warunkowo na jeden rok. — Przy końcu roku szkolnego dyrekcja rozstrzyga o pozostawieniu kandydata w seminarjum na stałe.

Jeżeli u ucznia podczas pobytu na trzech niższych kursach seminarjum wystąpiły braki i wady cielesne, bezwzględnie go dyskwalifikujące do zawodu nauczycielskiego (gruźlica płuc w stanie utajonym, gruźlica gruczołów śródpiersiowych,

rzadkie ataki padaczki nocne, ciężka wada serca po przebytych ostrym reumatyzmie stawowym, nagle powstałe wybitne upośledzenie słuchu lub inne kalectwo), wówczas dyrekcja na wniosek lekarza szkolnego usuwa go przy końcu roku szkolnego.

Jeżeli powyższe braki i wady cielesne, uniemożliwiające pełnienie zawodu nauczycielskiego, wystąpiły u ucznia dopiero na 4 lub 5 kursie seminarjum, wówczas uczeń, o ile mu ogólny stan zdrowia na to pozwala, może pozostać w seminarjum i może przystąpić do egzaminów ostatecznych. Przed wydaniem mu świadectwa dojrzałości Dyrekcja przekreśla na niem ustęp, uprawniający do pełnienia obowiązków nauczycielskich oraz zaznacza, że świadectwo to nie uprawnia do pełnienia obowiązków nauczycielskich ze względu na brak przydatności fizycznej.

O ile stan zdrowia abiturjenta poprawi się, może on nie wcześniej niż po roku i nie później niż w ciągu pięciu lat zgłosić się ze świadectwem lekarskim do dyrekcji zakładu, którego był uczniem, celem ponownego orzeczenia o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego. W razie stwierdzenia przez lekarza szkolnego tej przydatności dyrekcja seminarjum wydaje mu normalne świadectwo dojrzałości.

Powyższe zarządzenia co do pozostania ucznia w seminarjum z brakami i wadami cielesnymi nie ma zastosowania do ucznia, który przez swą chorobę stał się niebezpieczny dla otoczenia; takiego ucznia należy niezwłocznie na wniosek lekarza szkolnego usunąć z zakładu.

(War. Cz. L.).

Podsekretarz Stanu: St. Czerwiński.

W dniu 23 stycznia r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji do spraw walki z gruźlicą Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Dra Eugenjusza Piętrzyńskiego.

Zebanie, podkreślając przedewszystkiem konieczność wydania ustawy, regulującej w sposób zasadniczy akcję zwalczania gruźlicy, poruszyło kwestję przystąpienia do prac oznaczenia stref na terenie uzdrowisk Rzeczypospolitej Polskiej celem prowadzenia leczenia kuracyjnego chorych gruźliczych; w zasadzie praca ta winna być przeprowadzoną w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk oraz w formie celowej propagandy wśród lekarzy.

Ponadto zwrócono uwagę na konieczność uporządkowania pod względem sanitarnym pensjonatów i mieszkań prywatnych w uzdrowiskach.

Zebanie wypowiedziało zasadę, iż leczenie chorób gruźliczych winno się odbywać przedewszystkiem w formie leczenia sanatoryjnego, podkreślając fakt, iż Polska nie posiada dostatecznej liczby sanatoriów dla chorych gruźliczych. Sekcja wypowiedziała się za pociągnięciem całego społeczeństwa do współpracy w akcji zwalczania gruźlicy. Zwrócono między innymi uwagę na przykład Włoch, w których zwalczanie gruźlicy postawiono na gruncie polityki ubezpieczeniowej.

W sprawie zaś umożliwienia szerokim warstwom ludności przeprowadzenia leczenia szpitalnego zebanie zgodziło się na zasady, przyjęte za podstawę w akcji przeciwgruźliczej i wyłożone w referacie Dra Skokowskiej-Rudolfowej. Należy stworzyć organizację wojewódzką przy pomocy samorządów, Kas Chorych i t. d. Organizacja ta winna posiadać na terenie Województwa całkowity system, umożliwiający przeprowadzenie leczenia i zapobiegania gruźlicy, a to w formie przeludni przeciwgruźliczej, oddziałów szpitalnych, sanatoriów i prewentoriów.

W ten sposób sprawa walki z gruźlicą w Polsce zostałaby należycie rozwiązana.

Ministerstwo Spraw Wewn. rozesłało następujący Okólnik do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie wydawania z aptek eteru na zapotrzebowanie felczerów.

Wobec tego, że w myśl przepisów ustawy z dnia 1 lipca 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felcerskich (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 64 poz. 396), rozciągniętej na Ziemię Wileńską rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 1 lipca 1922 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 64 poz. 569) i rozporządzenia z dnia 22 marca 1922 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 29 poz. 233) felczerzy są uprawnieni do szczepienia ospy i robienia wstrzykiwań podskórnych, a do wykonania tych zabiegów niezbędny jest eter etylowy, zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) zawiadomić zarządzających aptekami, aby felczerom, uprawnionym do wykonywania praktyki, wydawali do tego celu eter na ich pisemne zapotrzebowania.

Dr. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

(Warsz. Cz. L. 5/28).

Komunikat Sekcji Higjeny Ligi Narodów. (C. H. 753 — październik 1928 r.

W czasie od 8—9 października 1928 r. odbyły się w Genewie w Sekretarjacie Ligi Narodów narady rzeczoznawców w sprawie kiły i stanów pokrewnych.

W naradach brali udział: Prof. Jadassohn, dyrektor kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Wrocławskiego — jako przewodniczący, Dr. H. Madsen, dyrektor Państw. Inst. Seroterapeut. w Kopenhadze, Colonel L. Harrison, angielski Minister Zdrowia, Dr. L. Queyrat przewodniczący francuskiej Ligi Narodowej dla walki z zarazą weneryczną, Dr. J. H. Stokes, prof. dermatologii Uniwersytetu w Pensylwanji, Prof. C. Rasch, dyrektor Państw. Szpitala w Kopenhadze (nie mógł wziąć udziału w obradach). Na wniosek przewodniczącego przyjęto następujący porządek dzienny obrad:

I. Ankieta w sprawie leczenia kiły.

Rzeczoznawcy zwrócili uwagę na to, że nowe odkrycia naukowe na polu rozpoznawania i leczenia kiły nie są jeszcze stosowane wszędzie w całej rozciągłości, a przede wszystkim niema dotąd ujednostajnienia metod leczenia kiły. Rzeczoznawcy zastanawiali się w związku z tem nad tem, czy statystyczny przegląd rozmaitych metod leczenia kiły i do poznania skuteczności danej metody. W ostatnim razie należałoby mieć przede wszystkim na względzie skuteczne i jaknajszybsze stłumienie leczeniem stanu zaraźliwości chorego osobnika i ochronę tego ostatniego przed późniejszymi poważnymi następstwami kiły.

Dla zorganizowania pracy w tym kierunku zaproponowali rzeczoznawcy następujący plan:

Zwrócenie się do wszystkich klinik, szpitali, przychodni i lecznic o przygotowanie bardzo dokładnych danych statystycznych, dotyczących chorych kiłowych ze szczególnem uwzględnieniem sposobów przeprowadzonego leczenia i spostrzeżeń jego wyników. Dla tych celów należałoby również zużytkować materiał statystyczny towarzystw asekuracyjnych.

Tego rodzaju materiał statystyczny, polegający na spostrzeżeniach kilku lub kilkunastuletnich, przysyłanyby był do Sekcji Higjeny Ligi Narodów, która będzie miała za zadanie opracowanie na podstawie tego materiału spraw, dotyczących kiły i jego wyników.

II. Badanie własności leczniczych leków przeciwikiłowych.

Rzeczoznawcy zwrócili uwagę na smutny objaw, że na rynku różnych krajów zjawił się cały szereg preparatów bizmutu, których wartość lecznicza mogłaby

być zakwestjonowana. Przeciwdziałać temu powinna Sekeja Higijeny Ligi Narodów przez nakaz obowiązkowego badania chemicznego składu i wartości lecznicze każdego preparatu bizmutowego. znajdującego się w handlu.

III. Metody nauczania syfilidologii.

Rzeczoznawcy zgadzają się z tem, że plan zapobiegania rozszerzaniu się kiły nie będzie zupełny jeśli nie będzie się zwracało większej uwagi na dokładne wykształcenie teoretyczne i praktyczne lekarzy i studentów medycyny, ze zwróceniem szczególnej uwagi na sposoby nowoczesnego leczenia kiły. W tym celu odpowiednie władze powinny zająć się urządzeniem kursów dokształcających syfilidologii dla lekarzy praktyków i lekarzy higienistów.

(War. Cz. L.)

Wileńsko-nowogrodzka Izba Lekarska ogłosiła zasady deontologii lekarskiej. Podajemy za Pamiętnikiem wileńskiego Towarzystwa lekarskiego:

VIII. Obowiązki lekarzy Kas Chorych. § 57. Lekarze Kas Chorych winni mieć na uwadze przedewszystkiem dobro chorych, ubezpieczonych w tych Kasach i z tej racji chorzy ci winni być badani i leczeni z całą troskliwością i sumiennością wszelkimi dostępnymi sposobami. Pomoc udzielana chorym kasowym czy to ambulatoryjnie, czy też w mieszkaniu chorego, nie powinna być pod żadnym pozorem mniej wydatna, niż w praktyce prywatnej.

§ 58. Stosując się w miarę możności do systemu oszczędnościowego, zalecanego przez Zarządy Kas Chorych, lekarze winni ze swej strony dążyć, aby stosowanie tego systemu w żadnym przypadku nie odbiło się ujemnie na kuracji i zdrowiu chorych.

§ 59. Obowiązkiem lekarzy Kas Chorych jest stosować się ściśle do następujących wymagań:

- a) odwiedzać w mieszkaniach tylko obłożnie chorych,
- b) unikać zbyt częstych powtórnych wizyt bez wyraźnych ku temu wskazań,
- c) unikać zapisywazia zbyt kosztownych środków leczniczych, a zwłaszcza patentowych, zagranicznych specyfików,
- d) ogłędnie ustalać niezdolność do pracy z powodu choroby, powodującą wypłatę zasiłku,
- e) nie zwiększać sztucznie frekwencji chorych na swych przyjęciach ambulatoryjnych przez zalecanie częstych, a niepotrzebnych wizyt, lub też przez leczenie w zakresie nienależącej do nich specjalności,
- f) traktować chorych uprzejmie i troskliwie.

§ 60. W stosunkach koleżeńskich lekarzy kasowych obowiązują ogólne zasady deontologiczne Izby Lekarskiej, a o ile w danem mieście istnieje Zrzeszenie lekarzy kasowych, to obowiązują również uchwały tego zrzeszenia, o ile nie są one sprzeczne z zasadami ustalonemi przez Izbę.

§ 61. Ambulatorjum Kasy Chorych nie może być dla lekarza terenem reklamowania swego gabinetu prywatnego i wskazywania chorym, że kuracja w tym gabinecie dla tych lub innych powodów będzie skuteczniejsza.

To samo dotyczy lekarzy, odwiedzających obłożnie chorych.

§ 62. Działalność naczelnego lekarza Kasy Chorych winna być nacechowana przedewszystkiem troską o dobro chorych i o stworzenie możliwie dogodnych warunków pracy i materialnej egzystencji lekarzom kasowym.

Naczelny lekarz pełniący obowiązki nadzorcze winien odnosić się do lekarzy kasowych z zachowaniem wszelkich względów koleżeńskich.

§ 63. Jest pożądane, aby w przypadkach odmiennego stanowiska w poszcze-

gólnych kwestjach, załatwianych lub proponowanych przez lekarzy kasowych, lekarz naczelny porozumiewał się z odnośnym lekarzem, lub sprawę przekazywał do kolegjalnego zbadania.

§ 65. Stosunek lekarzy kasowych do naczelnego lekarza winien się wyrażać gotowością wypełniania jego zleceń i poważaniem należnym mu jako zwierzchnikowi.

§ 65. W razie nieporozumień między naczelnym lekarzem i poszczególnymi lekarzami kasowymi sprawa podlega rozpatrzeniu przez Zarząd Zrzeszenia lekarzy kasowych, lub przez Izbę Lekarską.

§ 66. Ubieganie się o posady w Kasach Chorych winno się odbywać przez Biuro Pośrednictwa Pracy Wileńsko - nowogródzkiej Izby lekarskiej ewentualnie przez Zrzeszenie Lekarzy Kasowych.

§ 67. Lekarze Kasowi winni być lojalni w stosunku do instytucji, w której pracują i nie wolno im działać ani bezpośrednio, ani pośrednio na szkodę moralną czy też materialną tej instytucji.

Jednak rzeczowa krytyka działalności poszczególnych Kas Chorych, jako też organizacji tych Kas wogóle, jest w zupełności dozwolona na łamach pism fachowych w Zrzeszeniach i Towarzystwach Lekarskich, oraz w prasie wogóle,

I. Kongres Międzynarodowy Lotnictwa Sanitarnego w Paryżu (15—20 maja 1929 r.). Kongres odbędzie się w dniach od 15—20 maja 1929 r. Na porządek dzienny Kongresu podane są następujące tematy:

1. Lotnictwo sanitarne na terenie operacji wojennych poza granicami państwa,
2. Lotnictwo sanitarne w Kolonjach,
3. Lotnictwo sanitarne w marynarce wojennej,
4. Lotnictwo sanitarne, jako środek ewakuacji podczas wojny,
5. Kwestja zabezpieczenia neutralności samolotom sanitarnym podczas wojny,
6. Warunki fizjologiczne transportu samolotami sanitarnymi,
7. Uwagi co do pielęgnowania chorych i ciężko rannych transportowanych samolotami sanitarnymi,
8. Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju,
9. Lotniczy materiał sanitarny.

Na powyższe tematy opracowane będą referaty ze strony Francji i referować je będą przeważnie wyżsi oficerowie oraz fachowi lotnicy.

Karta członka Longresu tak zwyczajnego, jak i towarzyszącego daje prawo do korzystania ze zniżek na kolejach, na liniach lotniczych i okrętowych, prawo udziału w posiedzeniach, zebraniach, uroczystościach, transportach na lotnisko w Orly, zwiedzenia wystawy, uroczystości w Vincennes, oraz zebrań organizowanych specjalnie dla pań, rewjach mód w wielkich magazynach i t. p.

Warunki przejazdów: zjednoczone koleje francuskie przyznały członkom Kongresu zniżkę w wysokości 50%, jak również niektóre towarzystwa okrętowe i linje lotnicze.

Powyższe zniżki udzielane będą tylko od cen niletów pasażerskich, aby je otrzymać, członkowie Kongresu proszeni są o zwrócenie się listownie do sekretarjatu Kongresu przed dniem 15 kwietnia, podając stacje odjazdu.

Stan bezkontraktowy na terenie Wojew. Poznańskiego i Pomorskiego zakończony. Z dniem 1 stycznia br. powstał na terenie Kas Chorych Wojew. Poznańskiego i Pomorskiego stan bezkontraktowy między lekarzami a Kasami Chorych z powodu niedojścia do skutku nowej umowy z Okręgowym Związkiem Kas Chorych. Stan ten zakończył się dnia 1 lutego 1929.

V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Londynie w czasie od 6 do 11 maja 1929 roku. Wszelkich informacji dotyczących się tego Kongresu udziela członek Komitetu stałego Międzynarod. Kongresów Medycyny i Farmacji Wojsk. Ppłk. Dr. Bohdan Zakliński, Warszawa, Smolna 6, tel. 109-97.

W sprawie prawidłowej linjatury w zeszytach szkolnych. (Okólnik Minist. W. R. i O. P. z dnia 13/IX. 1928 — Nr. I. 13303/27. Dz. Urz. z dnia 5/X. 1928 Nr. 11, poz. 186). We wskazówkach metodycznych, dotyczących programu nauczania języka polskiego w gimnazjum niższem, zwrócono uwagę na obowiązek przestrzegania, by dzieci przy pisaniu używały zeszytów o właściwej linjaturze. Ponieważ zdarzają się wypadki, że młodzież używa nieprzepisowych zeszytów, o linjaturze dla oczu szkodliwej, przeto Ministerstwo przypomina, że obowiązkiem nauczyciela jest pouczenie dzieci, że zeszyty takie dla zdrowia ich są szkodliwe. (Wych. fiz. 1929/I).

W dniach najbliższych pojawi się „Skorowidz lecznictwa“. Opracowanie kart klinicznych Skorowidza posiada specjalne znaczenie dla lekarzy kas chorych, sumienną kontrolę celowej a przytem oszczędnej receptury przeprowadził lekarz Okręgowego Związku kas chorych w Krakowie. Recenzja tego ciekawego wydawnictwa pojawi się w jednym z najbliższych zeszytów.

Do Redakcji nadesłano: Dr. Kowarschik: Diatermia. Dr. Czarnecki: Przyczynki do fizjologii nadnerczy. Ks. Dr. Trzeciak: Klimat i choroby w Palestynie. Dr. Bernhard: Podstawy etjologii i patogenezy ogólnej i schorzeń skóry. Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten (Gmelin, Monachium 1928—29).

OMYŁKI DRUKU

W artykule Dr. **S. Böhna** p. t. „O wartości praktycznej odczynu Biernackiego“ w Nr. I. 1929 „Wiadomości Lekarskich“, zaszły następujące omyłki:

Str. 5 wiersz 15 jest: „w następnym dniu“, ma być: „*w następnym dwu godzinach*“.

Str. 6 wiersz 23 jest: „helysteropją odm sztuczną“. ma być: „*kollapsoterapją, odmą sztuczną*“.

Przedruk artykułów oryginalnych w całości i w częściach, bez porozumienia się z redakcją nie dozwolony.

Prenumerata roczna wynosi zł 16, kwartalnie zł 4 gr 50.

Wydawca: **ZWIĄZEK LEKARZY KAS CHORYCH.**

Redaktor: **Dr. H. MIERZECKI**

TREŚĆ

Str.

Dr. W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego	37
Dr. M. Schieber: Zastosowanie promieni Roentgena w dagnostyce chorób płucnych	41
Dr. Wł. Medyński: O zapobieganiu chorobom zawodowym	48
Dr. H. Mierzecki i Dr. E. Meisels: Powikłania stawowe łuszczycy	51
Dr. O. Salamander: Zapobieganie chorobom zawodowym i ich zwalczanie w Polsce	63
Dr. A. Buchholz: Wtórna wakcyna	67
Dr. L. Schrenzel: Kilka uwag w sprawie chorych na przemęczenie	68
Dr. E. Dymnicki: Leczenie gruźlicy w Kasie Chorych	69
Choroby wewnętrzne: Analiza, wskazanie i granica psychoterapii przy asthma bronchiale. — Przeciwwskazania do kuracji odłuszczejących. — Pieczenie języka wywołane nadkwaśnością. — Niepewne zapalenie wyrostka robaczkowego. — O alergii pokarmowej. — Leczenie funkcjonalnych schorzeń sercowych. — Doświadczalna grypa. — Analiza objawów przy wrzodzie żołądka. — O leczeniu chronicznej purpura haemorrhagica. — Leczenie spastycznej formy zapalenia kiszki grubej. — Epidemja białkomoczu — O działaniu rozszerzającym naczyń małych dawek jodu	

ZAKŁADY CHEMICZNE „LAOKOON“ SP. AKC. WE LWOWIE.

Nowoczesne przetwory żelaza i arsenu

PEPTOFERLYSIN „LAOKOON“ Nr. rej. 334.

organiczne połączenie żelaza zawierające 1% Fe.
Sposób użycia: 3 razy dziennie 10—30—10 kropeł.

ARSOFERLYSIN „LAOKOON“ Nr. rej. 338.

organiczne połączenie żelaza i arsenu 1% Fe + 0,3% As.
Łatwo przyswajalne płyny, nie obciążające żołądka.
Szczególnie wskazane w praktyce dziecięcej.
Stosowane we wszystkich Kasach Chorych.
Sposób użycia: 3 razy dziennie 10—30—10 kropeł.

i bromu. — Leczenie kily i wzmaganie się masaortitis syphilitica. — Ambulatoryjne leczenie gruźlicy płuc tuberkuliną. — Aktualne pojęcie o moczeniu nocnem, — Kilka nowych prac o ostrożności koniecznej przy podawaniu naświetlonej ergosteryny. — Przedmiotowe rozpoznanie schorzeń reumatycznych. — Badania nad działaniem moczopędnem mocznika	70—79
Medycyna społeczna: Badania zdrowia w Stanach Zjednoczonych. — Głuchota i kompozycja muzyczna. — Jak rozwinąć karmienie przez matki	80—81
Położnictwo i choroby kobiece: Kliniczne znaczenie zapachu. — Choroby umysłowe i wskazania do przerywania ciąży. — O hormonie seksualnym wydobytych z przedniej części przysadki. — Zapalenie nerek w ciąży	81—83
Choroby dziecięce: Leczenie płonicy. — Własności lecznicze serwatki. — Doskórne szczepienie przeciwgruźlicze szczepionką Calmette'a. — Szczególne zaburzenia przemiany węglowodanej u dziecka. — O leczeniu niepokoju u dzieci. — Leczenie koklusuza pomocą szczepionki swoistej. — Przeniesienie szkarlatyny oraz stacja „wentylacyjna“	85—85
Roentgenoterapia: Patogeneza i leczenie szoku roentgenowskiego. — Wczesne objawy roentgenologiczne wrzodu dwunastnicy. — Leczenie powikłań szkarlatynowych. — Leczenie promieniami Roentgena schorzeń narządów dokrewnych. — Radjologiczne a operacyjne leczenie raka sutka. — Roentgenoterapia duszniczy bolesnej	85—87
Choroby zawodowe: Wpływ witaminy B na sprawność człowieka. — Nowa metoda dla wskazania zatrucia ołowiem. — Zależność wypadków przy pracy od czasu	87—88
Wiadomości Związkowe	88
Krótkie wiadomości lecznicze	89—94
Nekrolog	96
Oceny	96—97
Wiadomości bieżące	97—104

Administracja zawiadamia, że honorarja autorskie wypłacane będą każdorazowo po pojawieniu się numeru.

Rękopisy i listy adresować należy do: Dr. H. Mierzecki, redaktor „Wiadomości Lekarskich“ Lwów, ulica Batorego 32 (telefon 31-36), i Dr. Wł. Medyński, Kraków, ulica Szewska liczbą 27. Listy w sprawach przedpłaty, odbioru pisma, ogłoszeń, ogłoszenia konkursów uprasza się nadsyłać wyłącznie pod adresem: Administracja „Wiadomości Lekarskich“ Lwów, ulica Batorego liczbą 32, III. piętro. Wszelkie przedpłaty za prenumeratę i ogłoszenia prosimy uprzednio skutecznie tylko czekiem PKO na nasze konto 153.754.

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN

SP. AKC. WARSZAWA.

Miarą rozwoju życia państwowego jest rozwój przemysłu i handlu danego państwa. Państwo też baczyc powinno na **kierunek** rozwoju poszczególnych specjalności przemysłowych. Charakter **działalności** i rozwój w odpowiednim kierunku przemysłu wytwarzają poszczególne **firmy**.

Dążeniem państwa jest wytworzenie **warunków** samowystarczalności we wszystkich gałęziach przemysłu. Pierwszorzędną rolę w potrzebach przemysłu dla państwa odgrywa **wielki przemysł** i **ten** specjalnie w każdym państwie jest ochraniający i protegowany, wpływa on bowiem na powagę państwa i jego odporność względem sąsiadów.

W wielkiej grupie przemysłu **chemicznego**, zyskującego sobie coraz większą wagę w potrzebach państwa, zajmuje **odpowiednie** miejsce przemysł farmaceutyczny. Rozwój przemysłu farmaceutycznego nie jest bynajmniej obojętny dla potrzeb państwowych, jest on bowiem w **mechanizmie** przemysłowym jednym z kół, bez których całość nie może prawidłowo **posuwać** się naprzód. Przemysł farmaceutyczny jest ważnym nie tylko dlatego, że państwu jest potrzebny jako przemysł powstrzymujący import i zwiększający **dorobek** kraju, ale też dlatego, że wytwory przemysłu farmaceutycznego **wpływają** na możliwość utrzymania stanu zdrowotnego kraju na odpowiedniej wysokości, od której, jak wiadomo, jest zależną możliwość pracy wogóle. Dbałość o **stan** zdrowotny i ogólno-sanitarny możliwą jest przy pomocy produktów **farmaceutycznych**, posiadanie więc tych ostatnich, jest nieodzownym warunkiem dla **sztuki i nauki** lekarskiej.

Medycyna też bacznie śledzi za **rozwojem** farmacji, a jak w nowszych czasach, specjalnie za rozwojem przemysłu **farmaceutycznego**.

Interesującym też jest dla świata **lekarskiego** rozwój poszczególnych firm farmaceutycznych i ich historia rozwoju.

Historia rozwoju największej firmy **farmaceutycznej**, mianowicie Przemysłowo-Handlowych Zakładów Chemicznych Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc., istniejącej od lat 100 przeszło, jest ściśle związana z historią przemysłu farmaceutycznego oraz hurtowego handlu **chemikaljami** w Polsce wogóle.

W początkach swego istnienia firma „Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc.“ była **przedsiębiorstwem** wyłącznie handlowym i dopiero z biegiem czasu weszła również na drogę **działalności** przemysłowej, w której stale zyskuje coraz **wybitniejszy kierunek**.

Założycielem firmy był pradziad obecnego Prezesa Rady i Dyrektora Naczelnego, Ludwika Spiessa.

Od roku 1844 założyciel posiadał przy ul. Koziej w Warszawie skład apteczny pod firmą „Spiess i Rakoczy“, a następnie już przy Placu Teatralnym w domu PP. Kanoniczek, pod firmą „Ludwik Spiess“, gdzie do tej chwili znajduje się **detaliczny** skład apteczny, t. zw. Filja I-a.

W roku 1850 Ludwik Spiess, w Żyrardowie pod Warszawą założył fabrykę przetworów kostnych, którą następnie przeniósł do nabytej w Tarchominie pod Warszawą posiadłości, gdzie w powiększonej fabryce, oprócz produkcji przetworów kostnych, wprowadził stopniowo wzorową wytwórnię octu fermentacyjnego ze spirytusu, fabrykację superfosfatów, nawozów ogrodowych, żelazocjanku potasu, farb olejnych, lakierów i niektórych chemikalji.

Po czterdziestu latach pracy Ludwik Spiess wycofał się z przedsiębiorstwa, oddając je swemu synowi Stefanowi; brzmienie firmy zostało jednocześnie zmienione na „Ludwik Spiess i Syn“.

W roku 1886 rozwój firmy spowodował uruchomienie filji przy ulicy Marszałkowskiej Nr. 140, gdzie dotąd egzystuje, jako detaliczny skład apteczny, t. zw. Filja II-a.

W roku 1895 założoną została Filja hurtowo-detaliczna przy ulicy Piotrkowskiej w Łodzi.

Wkrótce też przy ulicy Grzybowskiej Nr. 82 w Warszawie zbudowano obszerne magazyny dla towarów w oryginalnych kolisach.

W roku 1899 firma połączyła się z inną firmą tej samej branży, mianowicie z firmą Zjednoczonych Aptekarzy, tworząc Spółkę Akcyjną pod nazwą „Warszawskie Towarzystwo Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi, dawniej Zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn“; zakres interesów wtedy się powiększył, jak w kierunku aptecznym, tak również w kierunku sprzedaży nawozów sztucznych, co spowodowało potrzebę rozszerzenia biur i magazynów.

Wtedy też firma w nowonabytym i specjalnie urządzonym gmachu własnym przy ul. Senatorskiej Nr. 24 w Warszawie znalazła obszerne i dogodne pomieszczenie na biura Zarządu, ekspedycję hurtową i składy.

Równocześnie z tem główna dotąd siedziba firmy Ludwik Spiess i Syn przy placu Teatralnym została przerobiona na detaliczny skład apteczny i przemianowana na Filję I-ą, przyczem wyżej wspomniany detaliczny skład apteczny przy ul. Marszałkowskiej Nr. 140 nazwany został Filją II-gą.

W roku 1904, po nabyciu firmy „Józef Mrozowski“ przy ul. Miodowej Nr. 10 w Warszawie, utworzono tam Filję III-ą dla sprzedaży detalicznej.

W roku 1909 przy ul. Marszałkowskiej Nr. 99 utworzono wreszcie nowy skład detaliczny, jako Filję IV-ą

W tym okresie szybkiego rozwoju firmy, nawiązano poważne stosunki z Rosją, rozszerzono znacznie sprzedaż nawozów sztucznych, kwasu siarczanego i chloranu potasu.

Z dniem 1 stycznia 1912 roku założono przy ulicy Nowo-Senatorskiej 6 w Warszawie Laboratorium Farmaceutyczne, przeznaczone, niezależnie od fabryki w Tarchominie, do wyrobu preparatów galenowych, specyfików leczniczych i techniczno-drogerijnych.

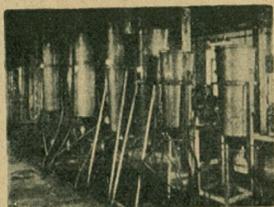
W roku 1913 po ukończeniu budowy gmachu przy ul. Daniłowiczowskiej Nr. 15 przeniesiono do specjalnie dostosowanych pomieszczeń z ul. Senatorskiej Nr. 24, biura, ekspedycję hurtową i składy, a także z ulicy Nowo-Senatorskiej Nr. 6 wyżej wspomniane Laboratorium Farmaceutyczne, które w tak szybkim tempie rozwijało swą działalność, że wkrótce musiało być przeniesionem ponownie z Centrali do nowowzniesionych budynków w fabryce w Tarchominie, co też przyczyniło się do znacznego rozwoju firmy w zdecydowanym kierunku przemysłowym.



Pakowanie mączki odczynowej „CALCISAL” w Fabryce w Tarchominie.
Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne LUDWIK SPIESS I SYN Sp. Akc. WARSZAWA.



PAROWNICE:KOCIOŁKI



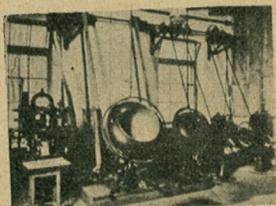
PERKOLATORY



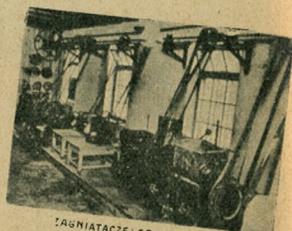
PROŻNIOWE APARATY DESTYLACYJNE



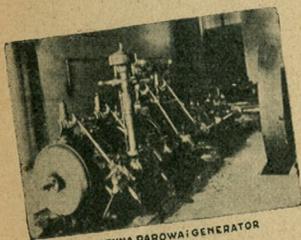
MŁYNI KULOWE: TARCZOWE



MASZYNY DO TABLETKOWANIA: DRAŻOWANIA



ŁAGNIATACZE: GRANULATORY



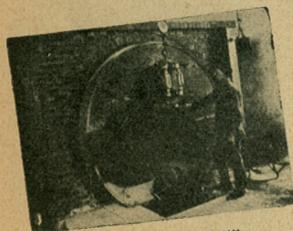
MASZYNA PAROWA: GENERATOR



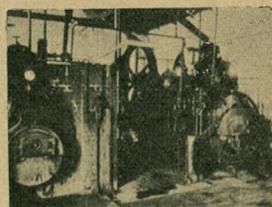
JEDEN: APARATÓW DESTYLACYJNYCH



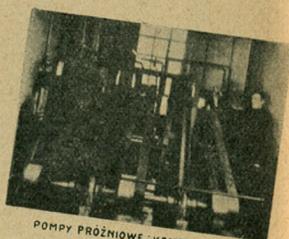
EKSTRAKTORY STAŁE: RUCHOME



DUŻY KOCIOŁ PAROWY

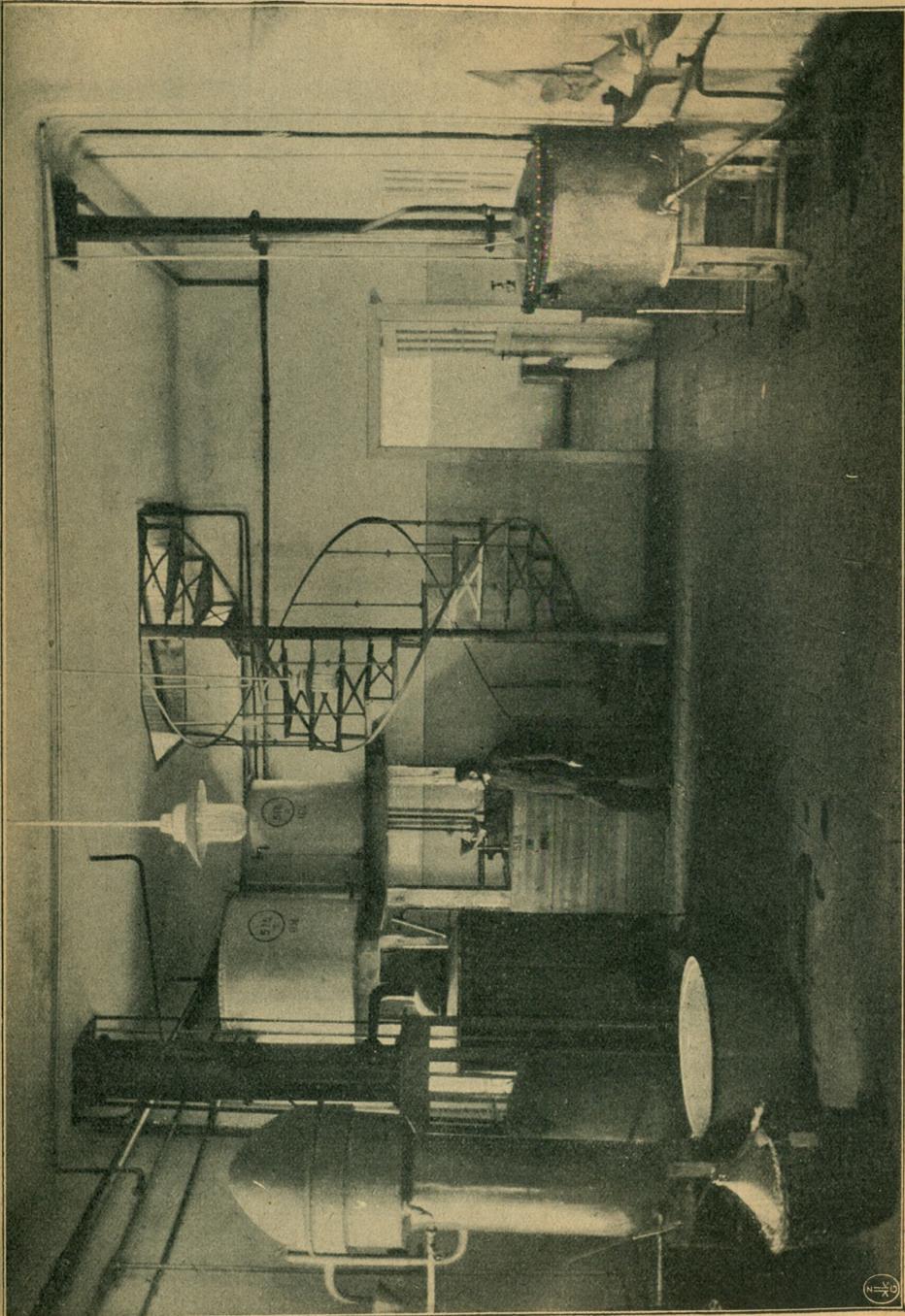


LOKOMOBILA: MAŁY KOCIOŁ PAROWY.

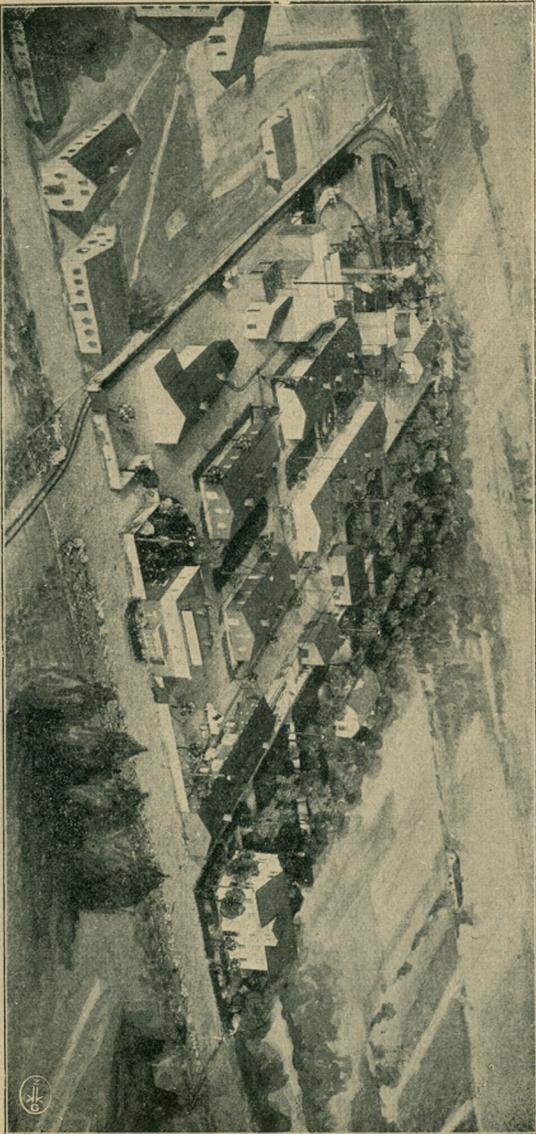


POMPY PROŻNIOWE: KOMPRESORY

Widok poszczególnych działów Fabryki w Tarchominie.
Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne LUDWIK SPIESS I SYN
Sp. Akc. WARSZAWA.



Redestylacja płynów alkoholowych i eterowych przy produkcji N-oarsenobenzol w Tarchominie
Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne LUDWIK SPIESS I SYN Sp. Akc. WARSZAWA.



Widok Fabryki w Tarchominie z lotu ptaka.
Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne LUDWIK SPIESS I SYN
Sp. Akc. WARSZAWA.

Okres wielkiej wojny zmniejszył tylko chwilowo szybkość dalszego rozwoju firmy.

Poczynając od roku 1920. gdy firma weszła w bliższy kontakt z podobną firmą francuską, Les Etablissements Poulenc Frères w Paryżu, fabryka w Tarchominie musiała ulec rekonstrukcji i rozszerzeniu na terytorjum znacznie obszerjszem, a od roku 1922 fabryka zyskała 6 nowych pawilonów.

Rozszerzająca się działalność fabryki w Tarchominie jest w ścisłym związku z rozwojem przemysłowej działalności firmy. Od roku 1923 brzmienie firmy uległo zmianie na: „Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc.“.

Stan nieruchomości i urządzeń w bieżącym 1929 roku przedstawia się, jak następuje:

Gmach czteropiętrowy przy ul. Daniłowiczowskiej Nr. 16, zajmujący powierzchnię około 2000 m². W gmachu tym znajduje się siedziba Zarządu, nowoczesnie urządzone biura, ekspedycja hurtowa, magazyny, pomocnicze fabryczne laboratorium, wytwarzające, kontrolujące (towaroznawcze, bakterjologiczne, biologiczne) i badawcze z Biblioteką.

Magazyny hurtowe mieszczą się przy ul. Grzybowskiej Nr. 82, gdzie również znajduje się garaż dla samochodów i t. p.

Nadal również egzystują w Warszawie cztery filje, t. j. detaliczne składy apteczne: Filja I-a Plac Teatralny Nr. 16, Filja II-a ul. Marszałkowska Nr. 140, Filja III-a ul. Miodowa Nr. 10, Filja IV-a ul. Marszałkowska Nr. 99, jak również i egzystująca w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej Nr. 107 Filja hurtowo-detaliczna.

Prócz składu hurtowego, wyrobów własnych, w Centrali przy ul. Daniłowiczowskiej w Warszawie, firma posiada składy fabryczne w następujących miastach: Bydgoszczy, Częstochowie, Katowicach, Lwowie, Poznaniu i Wilnie.

Obecna fabryka w Tarchominie zajmuje teren około 4 hektarów. Terytorjum fabryki połączone jest z koleją normalną odpowiednią bocznicą od stacji Płudy, jak również połączona jest bocznicą z koleją wąskotorową od stacji Piekiełko. Stałą komunikację z Centralą fabryka utrzymuje przy pomocy samochodów. Na części zabudowanej terytorjum fabrycznego znajduje się 14 pawilonów, z których większość przedstawia nowe budynki, poza jednym najstarszym z roku 1823. W jednym z pawilonów mieści się laboratorium analityczne fabryczne, które pracuje niezależnie od takich samych laboratoriów, znajdujących się w Centrali. W sąsiedztwie terytorjum fabrycznego znajdują się 2 domy mieszkalne dla urzędników fabryki.

W Henrykowie, odległym o trzy kilometry od fabryki w Tarchominie, znajduje się koncesjonowana na imię firmy rzeźnia, z której czerpie się surowce dla fabrykacji organopreparatów.

Działalność fabryki w Tarchominie, wraz z pomocniczymi oddziałami w Centrali, sprowadza się głównie do produkcji preparatów farmaceutycznych t. j. chemikalji i złożonych preparatów używanych w lecznictwie, jak w pierwszym rzędzie:

Aurosan, Calcisal, Novarsenobenzol, Phosphit, Remedium Sedativum-Haemostaticum, Vitavit i Organopreparaty.

Aurosan, który jest preparatem złota, został wprowadzony w krótko po ukazaniu się orzeczenia światowych powag lekarskich o aktywności tego rodzaju związków.

Calcisal. jestto mączka fosforowo-wapniowa, zawierająca zakonserwowane

soki z cytryn i pomidorów, organiczne sole wapniowe i fosfor, w postaci niżej wspomnianego związku Phosphit.

Novarsenobenzol, znany preparat arsenowy, który zajął pierwsze miejsce, jako środek leczniczy przy kile we wszelkich ich objawach w okresach, wartości swoją w wielu razach przewyższa inne tego rodzaju preparaty.

Phosphit, należący, jak sama nazwa wskazuje do preparatów fosforowych. Przedstawia organiczny związek, otrzymywany z łusek nasion oleistych i posiada wybitne znaczenie w odżywianiu organizmu ludzkiego.

Remedium Sedativum-Haemostaticum, jest preparatem zastępującym wiele droższy wyciąg gorzknika, mianowicie Extr. Hydrastis Canad. fluid. do którego surowiec musi być sprowadzany z odległej od nas Ameryki.

Vitavit, jest to rozczyzn olejowy z ergosteryny naświetlanej, a więc zawierający witaminę „D“. Preparat ten ukazał się i został wprowadzony do handlu niezwłocznie po pojawieniu się odpowiedniej literatury w pismach naukowo-lekarskich.

Organopreparaty, wśród których znajdują się znane już dzisiaj dobrze w polskim świecie lekarskim preparaty z narządów zwierzęcych, a między nimi przodują przetwory przysadki mózgowej i tarczycy.

Prócz powyżej wyszczególnionych, fabryka produkuje wiele preparatów farmaceutycznych, znajdujących zastosowanie w różnorodnych kierunkach lecznictwa, a sięgających w ogólnej cyfrze 400 pozycji. Poza tem fabryka produkuje wyroby należące do działów higieniczno-kosmetycznego i techniczno-drogerijnego.

W dziale handlowym, prócz wyrobów własnych, firma zajmuje się sprzedażą wszelkich chemikalji i artykułów farmaceutyczno-drogeryjnych, wśród których poważną część stanowią reprezentowane na Polskę artykuły Firmy „Les Etablissements Poulenc Frères“, poza tem nawozy sztuczne i kwas siarkowy.

Przedsiębiorstwo zatrudnia około 800 ludzi, z czego przypada około 300 osób na urzędników, wśród których znajdują się handlowcy, farmaceuci, chemicy, lekarze i około 509 robotników.

Postęp w ulepszeniu fabrykacji i kontroli istniejących preparatów oraz w opracowywaniu metod fabrykacji nowowprowadzanych środków, firma zawdzięcza nietylko swym wyżej wspomnianym laboratorjom, ale również w wielkiej mierze Zakładom i Klinikom Uniwersyteckim, z którymi znajduje się w stałym kontakcie.

POLSKI KALENDARZ LEKARSKI

NA ROK 1929

ROCZNIK CZWARTY zawiera: 1) **Biuletyn terapeut.** 2) Dział **rozpozn.-leczn.** z uwzgl. **djagn. różniczk. i symptomatologii.** 3) **Alfabet. spis leków** z uwzgl. **produkcji rodzim.** 4) **Tabele najwyższych dawek dla dorosłych i dla dzieci.** 5) **Zestawienie leków** według ich działania. 6) **Synonimy środków leczn.** 7) **Aproksymat. pojemność naczyń.** 8) **Tabele kroplową.** 9) **Miary i wagi używane w lecznictwie.** 10) **Środki, których nie wolno mieszać.** 11) **Leki do wstrzykiwań i do wlewań.** 12) **Klimato i balneoterapję.** 13) **Tabele porówn. zdrojowisk polskich i zagran.** 14) **Kąpiele lecznicze i słoneczne.** 15) **Leczenie światłem elektr. i lampą kwarc.** 16) **Leczenie promieniami Roentgena.** 17) **Leczenie radem.** 18) **Djatermie.** 19) **Kosmetykę.** 20) **Djetykę.** 21) **Tabele zawartości węglowodanów.** 22) **Witaminy.** 23) **Dra Aleksiewicza: Leczenie złamań kostnych.** 24) **Surowice i Szczepionki.** 25) **Proteinoterapję.** 26) **Badania laboratoryjne.** 27) **Dra Hellera: Kilka uwag praktycznych o analizie krwi.** 28) **Dra Flecka: Charakterystyczne obrazy hematologiczne dla procesów zapalnych i infekcyjnych.** 29) **Zatrucia.** 30) **Najczęstsze zabiegi lekarskie.** 31) **Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.** 32) **Okres wylegania i zaraźliwości chorób zakaźnych.** 33) **Oznaczenie okresu ciąży.** 34) **Ciężar i wzrost zdrowego dziecka.** 35) **Etjologię i profilaksę płonicy.** 36) **Selekcję sądowo-lekarską.** 37) **Znamiona śmieci gwałtownej.** 38) **Ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej.** 39) **Najważniejsze środki spożywcze wraz z tabelą i podaniem wartości kalorycznej.** 4) **Pokarm oseków.** 41) **Ząbkowanie.** 42) **Szczepienie ochronne.** 43) **Dra Lautersteina: Zapisywanie szkieł i t. d.**
CENA KALENDARZA FORMATU KIESZONKOWEGO W PŁÓTNO OPRAWN. 7:40 zł.,
A ŁĄCZNIE Z KOSZTAMI PRZESYŁKI 8:40 zł., ZA POBRANIEM POCZT. 9:— zł.

BIBLIOTEKA PRAKTYKI LEKARSKIEJ

opracowywana przez pierwszorzędnych fachowców w danych działach, ma na celu dać lekarzowi to, czego potrzebuje ze względu na swą zawodową działalność. Ma ona dać starannie zebrane, a ustalone już wyniki badań naukowych i sposobów leczniczych lekarzowi, który na skutek swego zajęcia, nie może w spokoju poświęcić się studjum obszernych dzieł i podręczników naukowych. — Zewnętrznie wydana jest **B. P. L.** w ten sposób, by jak najwięcej treści zmieścić na jak najmniejszej przestrzeni, a tem samem uczynić ją w jak najbardziej przystępną.

JAKO PIERWSZE UKAŻĄ SIĘ WKRÓTCE: Rabe F., prof. uniw. w Hamburgu: **Zasady terapii djetycznej.** Kart. 7— zł. — Richter P. F., prof. uniw. w Berlinie: **Jak powinno się leczyć w praktyce choroby przemiany materji?** Kart. 5— zł. — Muehsam R., prof. uniw. w Berlinie: **Co może i kiedy musi lekarz-praktyk operować?** Kart. 7:50 zł. — Casper L., prof. uniw. w Berlinie: **Leczenie cystitis, pyelitis i kamiey nerkowej.** Kart. 5— zł. — Fuerst K.: **Zarys lecznictwa farmakologicznego chorób skór.** Kart. 10— zł.

W DALSZYM CIĄGU UKAZYWAĆ SIĘ BĘDĄ W KRÓTKICH Odstępach czasu: Schlossmann, prof. uniw. w Duesseldorfie: **Leczenie chorób zakaźnych w wieku dziecięcym.** — Schinz, prof. uniw. w Zurychu: **Co musi lekarz-praktyk wiedzieć o leczeniu promieniami.** — Heyn, prof. uniw. w Kilonji: **Zachowawcze leczenie zapalnych schorzeń ginekologicznych.** — Spitz, prof. uniw. we Wiedniu: **Nowa terapia ortopedyczna w praktyce ogólnej.** — Gerbis, prof. uniw. w Berlinie: **Praktyczne leczenie chorób, wywołanych pracą zawodową. Kapie e i picie wód zdrojowych. Terapia infekcyj reumatycznych.** — — — — — **KOSZTY PRZESYŁKI JEDNEGO TOMIKU B. P. L. WYNOŚĄ 1— zł., ZA POBRANIEM POCZTOWEM 1:80 zł.**

Dostarczamy pozatem wszelkich **czasopism i dzieł**, polskich i zagranicznych, **bez DOLICZANIA KOSZTÓW PRZESYŁKI** zagranicznej i na **DOGODNYCH WARUNKACH**

KSIĘGARNIA NOWOŚCI we LWOWIE, KOPERNIKA 3

KOCH & STERZEL

TOWARZYSTWO AKCYJNE W DREŹNIE

Specjalna fabryka urządzeń rentgenowskich i aparatów elektromedycznych.

WYŁĄCZNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ

I. WEIN i Inż. I. BILY

LWÓW, PASAŻ MIKOLASCHA

Całkowite **urządzenia rentgenowskie** najnowszych typów do **diagnostyki i terapii**, jakoteż wszelkie **akcesorja dla zakładów rentgenowskich**. **Aparaty do diatermji i prądów wielkiej częstotliwości, uniwersalne Variostaty, aparaty do elektryzacji, kaustyki, endoskopji itp.**

SKŁADY K O N S Y G N A C Y J N E :

Lamp rentgenowskich
Lamp kwarcowych i Solux oryg.

C. H. F. Müller, Hamburg,
Quarzlampen-Gesellschaft, Ha-
nau.

Ekranów wzmacniających, folji
i kaset i t. d.

Chemische Fabrik von Heyden,
Radebeul, Dresden.

APTEKA

POD „ZŁOTYM SŁONIEM“

Tadeusza Oświecimskiego — w Krakowie, Grodzka 22
ma na składzie SPECYFIKI ZAGRANICZNE I KRA-
JOWE, WODY MINERALNE, OPATRUNKI, WATY.

„AESCULAP“

Instrumenty chirurgiczne, Meble lekarskie i szpitalne,
Przyrządy i aparaty laboratoryjne, Mikroskopy, Po-
larymetry, Wirówki, Szkło chemiczne, Aparaty elek-
tromedyczne, Roentgeny, Diatermje, Pantostaty,
Lampy kwarcowe, Sollux, Kąpiele świetlne, Wagi le-
karskie, Aparaty do diagnostyki, Przybory gumowe.

Dostawa dla Pp. Lekarzy, Klinik, Szpitali,
Kas Chorych.

Lwów, Pl. Marjański 1. 5, II. p.

NEOSALUTAN

Jedyny oryginalny
polski preparat arsenobenzenowy wytwórni chemicznej

Inżyniera

STANISŁAWA POZOWSKIEGO

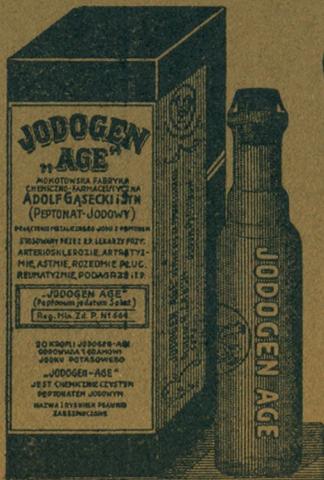
Zastosowanie:

Kiła we wszystkich okresach, dur powrotny, płonica,
żinnica, angina, Plaut-Vincent.

Warszawa, Emilji Plater 9/11. — Telefon 49-72.

Adr. Tel. „Neosalutan-Warszawa“.

JODOGEN-AGE



Organiczny preparat jodowy o równoczesnym działaniu uspakajającym. Nie drażni żołądka, nie wywołuje jodyzmu, nadaje się do długotrwałej kuracji jodowej.

„JODOGEN-AGE“ jest znacznie tańszy od identycznych wyrobów zagranicznych.

Dla KAS CHORYCH dajemy „JODOGEN“ w specjalnym tanim opakowaniu bez pipetki.

WSKAZANIA: Choroby serca, naczyń, narządów oddechowych, kiła, otyłość.

P. P. LEKARZOM PRÓBK I LITERATURA.

ADOLF GĄSECKI i SYN
FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

W WARSZAWIE
LESZNO L. 41.

BISMOLIP-KLAWE

Zespolone połączenie jodochinianu
bizmutu z substancją lipoidalną.

1 ctm³ = 0,025

dzięki długiemu wchłanianiu, możliwie idealnej dyspersji i aktywowaniu soli bizmutowej przez lipoidy, „BISMOLIP-KLAWE” odpowiada w najwyższym stopniu wszelkim odnośnym wymaganiom.

Sposób przygotowania i działania oparty na pracach LEVADI-TIEGO I NICOLAU, HERMANNA I NATHANA oraz SONNENBERGA.

Preparat przed użyciem skłócić i ogrzać w wodzie do 30°.

Opakowanie: pud. z 6 amp. po 2, 3 ctm³.

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE.

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego

d. MAGISTER KLAWE, S. A. Warszawa.

APTEKA I LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

MAG. FARM.

JANA GESSNERA

WARSZAWA, AL. JEROZOLIMSKA 11

POLECA

Emulsio 10% Bismuthi Salicylici-Gessner

w ampułkach po 2 cc i w słołkach po 15 cc

Próbki dla W. P. P. Lekarzy gratis i franco.

Państwowy Zakład Higieny

Filja w Gdyni

Oplata pocztowa uiszczona ryczałtem.

ROK II

1929 (KWIECIEŃ)

NR 4

WIADOMOŚCI LEKARSKIE

**CZASOPISMO POŚWIĘCONE MEDYCYNIE
PRAKTYCZNEJ, SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ
WYDANE Z ZASILKU MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ
W WARSZAWIE ORGAN ZWIĄZKU LEKARZY KAS CHORYCH**

**REDAKCJA I ADMINISTRACJA: LWÓW, UL. BATOREGO L. 32/III, TELEFON 31-36
Konto P. K. O. 153.754.**

NEPTAL

**SWOISTY ŚRODEK MOCZOPĘDNY DO
ZASTRZYKIWAŃ ŚRÓDMIĘŚNIOWYCH, STOSOWANY
PRZY
ZASTOINOWYCH OBRZĘKACH**
Jednorazowe zastosowanie daje wyniki dodatnie

DMELCOS

**ATOKSYCZNA SZCZEPIONKA DO LECZENIA
WRZODU MIĘKKIEGO
(ULCUS MOLLE)**
Stosowana w postaci wstrzykiwań dożylnych.

**PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS I SYN, Sp. Akc.
WARSZAWA.**

„BIOPHARMA“ G. m. b. H. Wiedeń III

„Cutivaccin Paul“



Szczepionka skórna przeciw goścowi

Stężenie I: mitior. Stężenie II: fortior.

Otrzytać można we
wszystkich aptekach.

Piśmiennictwo i sposób użycia wysyła na żądanie
Przedstawicielstwo i skład na Polskę

DOM HANDLOWY

R. ARCICHOWSKI

WARSZAWA, Galerja Luxemburga 61/63.

Skrót tel. „Era“.

Tel. 13-21.

POLSAN

FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH
SP. Z OGR. POR.
LWÓW, UL. LYCZAKOWSKA 75.
DOSTARCZA APTEKOM KAS CHORYCH

MIKROSKOPY — LAMPY KWARCOWE POLECA
JULJUSZ TREPCZYŃSKI
LWÓW, ULICA DOMINIKAŃSKA 9 — TELEFON 21-89
SKŁAD I WYTWÓRNIA INSTRUMENTÓW LEKARSKICH



YATREN - CASEIN

Szczególne zalety: Łagodny odczyn ogniskowy — Brak odczynów ogólnych — Spożegowane działanie — Łatwe dawkowanie — Stały skład — Zapewniona jałowość.
Wskazania: Cierpienia stawów i mięśni — Nieżyty oskrzeli i rozstrzeń oskrzeli — Grypa i odoskrzelowe zapalenie płuc — Zapalenie narządów płciowych u kobiet — Gorączka wskutek poronienia i zakażenia — Zapalenia tęczówki oraz zapalenia tęczówki w połączeniu z zapaleniem ciała rzęskowego.

Przedstawicielstwo na b. Kongres. i Kresy Wschodnie: **Dom Handlowy Inż. Stanisław Pozowski, Warszawa, Emilji Plater Nr. 9/11, tel. 49-72.** — Przedstawicielstwo na Małopolskę, Górny Śląsk i Poznańskie: **Aptekarz Drancz i S-ka, Bielsko, Wojew. Śląskie.**

Lekarze!

Popierajcie firmy
ogłaszające się

w naszym piśmie!

Balsam Thiocolan

i

Balsam Thiocolan

c. phitino

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju
W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy podkreślających dodatnie działanie tych środków

**CO JEST NAJLEPSZYM ŚWIADECTWEM ICH WARTOŚCI
 LECZNICZEJ**

UŻYCIE: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dozwolona do obrotu w Kasach chorych.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.



**DLA KAS CHORYCH POSIADAMY
 SPECJALNE, TANIE, SZPITALNE
 OPAKOWANIE.**

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc,
 przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego
 rodzaju niezłyty płuc i t. p.

**MOKOTOWSKA FABRYKA
 CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA**

Adolf GASECKI i Syn

W WARSZAWIE

KANTOR UL. LESZNO L. 41

**SKŁAD FABRYCZNY I PRZEDSTAWICIELSTWO NA MAŁOPOLSKĘ WSCHODNIA
 LWÓW, UL. SOBIESKIEGO L. 15 — TELEFON 56-08.**

REUMATYZM,
PODAGRĘ, usuwa jedynie

„**BRAZAY**“
wódka francuska.



Migrenę, silne bóle głowy
i wszelkie nerwobole usuwa
jedynie „**BRAZAY**“ wódka
francuska z **MENTOLEM**.

Do nabycia w aptekach, drogerjach i perfumerjach

GENERALNA REPREZENTACJA

TELEFON 69-87

ZNIESIENIE — LWÓW

TELEFON 69-87

[OKRĘGOWY ZWIĄZEK
KAS CHORYCH W KRAKOWIE
ogłasza

KONKURS

NA STANOWISKO LEKARKI-
SEKUNDARJUSZKI „DOMU ZDROWIA“
W BYSTREJ

Warunki materialne wedle obowiązującej dla lekarzy „Domu Zdrowia“ w Bystrej pragmatyki służbowej:

1. Obywatelstwo polskie,
2. Nieprzekraczalny 40 rok życia,
3. Dyplom doktora medycyny, oraz poświadczenie 5-letniej praktyki w zakresie chorób wewnętrznych,
4. Świadcstwo zdrowia.

Podanie należy składać na ręce dyrektora Okręg. Zw. Kas Chorych w Krakowie, ul. Batorego l. 5. najdalej do dnia 30 kwietnia 1929 r.

Posada do objęcia natychmiast. Nieuwzględnione podania pozostaną bez odpowiedzi.

Dyrektor: Przewodn. Zarządu:
Z. KLEMENSIEWICZ | Dr. R. KUNICKI

„VITA“

Fabryka farmac.-chemicz.

Kraków, ul. Krowoderska 74

Poleca WP. Lekarzom w praktyce Kasowej i prywatnej o wypróbowanem działaniu i smaku

Musujące TABLETKI WÓD MINERALNYCH jakoto:

1. Apenta
2. Bilińska
3. Emska
4. Franc. Józefa
5. Gieshübler
6. Hunyady
7. Karlsbad
8. Kissingen
9. Marienbad
10. Salvator
11. Selterska
12. Vichy

Na życzenie WP. Lekarzy przesyłamy literaturę, cenniki i próbki.

JÓZEF MITTLNER

ZAKŁAD
ORTOPEDYCZNO-MECHANICZNY

LWÓW, PIEKARSKA 1c

OBOK HOTELU KRAKOWSKIEGO — TELEFON 30-55.

PRZYJMUJE RÓWNIEŻ INSTRUMENTY LEKARSKIE
DO SZLIFOWANIA I OSTRZENIA.



ZARZĄD POWIATOWEJ KASY CHORYCH W DOLINIE,

rozpisuje

KONKURS

na posadę lekarza z siedzibą w Wygodzie koło Doliny

Warunki: dwuletnia praktyka szpitalna, obywatelstwo polskie, niekaralność, fizyczna zdolność. — Płaca wedle umowy. Mieszkanie służbowe dla osoby wolnej z opałem i oświetleniem dostarcza Kasa w gmachu szpitalnym w Wygodzie. — Podania udokumentowane wnosić należy do dnia 30 kwietnia 1929 r., i zapodać wysokość żądanego wynagrodzenia.

Dolina, dnia 23 marca 1929.

Dyrektor:
(—) WEYMAN

Przewodniczący:
(—) J. JAKÓB

TABLETKI MUSUJĄCE

sztucznych wód mineralnych

GĄSECKIEGO

Emskie — Karlsbadskie — Kissingeńskie

Marjenbadskie — Selterskie — Vichy

Zastępują naturalne drogie wody mineralne zagraniczne. Opakowanie po 40 i 80 tabletek. — Przy zapisywaniu prosimy dodawać „Gąseckiego“. — Pp. Lekarzom próbki na żądanie.

Dozwolone do obiegu w Kasach chorych.

Mokotowska fabr. chem.-farm.

A. GĄSECKI i SYN
w WARSZAWIE

Skład fabr.: Lwów, Sobieskiego 15
Telefon 56-08

TREŚĆ

	Str
Dr. W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego	145
Dr. Stanisław Bühn: Wskazania i sposoby stosowania diety bezsolnej	150
Dr. S. Lehm: O kilku rzadszych postaciach ostrego zapalenia migdałków	154
Dr. B. Ziemiński: Celowe leczenie gruźlicy płuc w Kasach chorych, a stosowanie nowoczesnych metod rozpoznawczych, w szczególności prześwietlenia rentgenowskiego	159
Choroby wewnętrzne: Dalsze doniesienie nad leczeniem surowicą pneumokokowego zapalenia płuc. — Mechanizm niewrażliwości na insulinę — Prof. Dr. F. Rosenthal, Wrocław (Der Mechanismus der Insulinresistenz [I. R.]). — Cholesterynemja w gruźlicy płuc. — Dodatek do badań nad pooperacyjnym zapaleniem otrzewnej. —	

Wyjazd do kąpiel dla niezamożnych zbyteczny!

SÓL RADJO-JODOWA „GALEN”

L E C Z Y:

1. Chroniczne dolegliwości stawów, skóry i kości
2. Stwardnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych, limfatycznych i serca
3. Wysięki rozmaitego rodzaju
4. Zołący i krzywicę u dzieci
5. Dnę i gościec
6. Choroby oczu pozostające w związku z zołzami
7. Choroby kobiece i ich następstwa
8. Choroby nerwowe i niemoc płciową
9. Wyczerpanie fizyczne osób przepracowanych
10. Kilę w stadium 2-go i 3-cio rzędnem

Przewyższa zawartością jodu wszystkie źródła krajowe i zagraniczne.
W Kasach chorych dozwolona do obrotu.

Wytwórnia Chem.-Farmaceutyczna „GALEN“ Lwów.

Pp. Lekarzom na żądanie wysyłamy próbki lekarskie.

O zaburzeniach umysłowych w przebiegu anemji złośliwej. — Kefir i yoghurt w leczeniu chorób przewodu pokarmowego Kleeberg	163—166
Choroby skórne i weneryczne: Pinkus — Powstanie stulejki u rytualnie obrzezanego mężczyzny. — O leczeniu herpes roster — O leczeniu lupus erythemathodes zapomocą wstrzykiwań soli bizmutowych. — Kindler — W sprawie zaraźliwości róży. — Behdjet — Leczenie rhinophyma. — Bruck — Przyczynek do zewnętrznego leczenia wyprysku. — Ropnie przynerkowe. — Wąglik skóry ze szczególnem uwzględnieniem leczenia. — Śmiertelne krwiopłucie z powodu kiły mięśni. — Dr. Elza Eichholz — Próby doświadczalne nad pobudzaniem porostu włosów drogą leczenia zewnętrznego. — Leczenie chorób paznokci. — Spirozyd celem zapobiegania kiły	166—168
Choroby zawodowe: Wypadki przy pracy we Francji. — Choroby zawodowe wywołane aniliną. — Reakcje antyspołeczne w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. — Zatrucie zapomocą tlenku antymonu. — Zatrucie kwasem barbit.: postacie kliniczne, reakcje ciepłne, leczenie. — Zmiany na skórze i błonie śluzowej przy zatruciu kwasem barbit.	168—169
Medycyna społeczna: Sprawozdania. — Urzędowy spis ludności w S. S. R. wedle płci i wieku	170—173
Położnictwo i choroby kobiece: Sprawa przeprowadzania nieprawidłowych porodów poza oddziałem położniczym — Fränkel. — Wyniki światłolecznictwa przy chorobach kobiecych — Engelmann. — Stryphonon jako środek tamujący krwawienie w praktyce ginekologicznej — Kunt-schik. — Leczenie wymiotów ciężarnych zapomocą deszenybilizacji. — Solal Dalsace	173—164
Wiadomości ubezpieczeniowe	175—177
Krótkie wiadomości lecznicze	178—182
Wiadomości bieżące	183—199

Rękopisy i listy adresować należy do: Dr. H. Mierzecki, Lwów, ulica Batorego 32 (telefon 31-36), i Dr. Wł. Medyński, Kraków, ulica Szewska liczba 27.

Wszelkie przedpłaty za prenumeratę i ogłoszenia prosimy uprzejmie skuteczniać tylko czekiem PKO w Warszawie na nasze konto 153.754.

Prenumerata roczna wynosi zł 16, kwartalnie zł 4 gr 50.

Wydawca: ZWIĄZEK LEKARZY KAS CHORYCH.

Redaktor: Dr. H. MIERZECKI

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

ANTIPIRETICUM — ANALGETICUM bez wszelkich ubocznych działań.
SWOISTE ANTIPIRETICUM W GRUŻLICY

NIE POWODUJE :

Ani zapaści
obfitych potów
zaburzeń żołądkowo-jelitowych

Wszystkie wskazania salicylu i jego pochodnych

POSTACIE: Pulvis **Cryogénine** (dla czopków, proszków, zawiesin i t. p.)
Comprimés **Cryogénine** à 0,50 grm. tabl.
Comprimés **Cryogénine** à 0,25 grm. tabl.

Dawkowanie: Dorosli: 1,0—2,5 grm. pro die — Dzieci: zależnie od wieku
Wprowadzona do oficjalnego lekospisu Kasy Chorych miasta st. Warszawy i miasta Lwowa.

Próby bezpłatnie na żądanie WPP. Lekarzy

PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ:
L. Nasierowski, Warszawa, Piękna 62, tel. 30-42, 124-39

HÉMOPLASE LUMIÈRE

Biologiczny środek krwiotwórczy, otrzymany z protoplazmy krwinek
Zawiera w stanie biologicznie czynnym FERMENTY i LIPOIDY KRWI

Przewyższa wszystkie przetwory arseno-żelazowe i hemoglobinowe

WSKAZANIA: Niedokrewność. Blednica. Anemja. Schorzenia gruźlicze. Rekonwalescencja. Krwotoki i stany po krwotokach (haemoptoë, typhus abdominalis, desynteria, etc. etc.). Nowotwory.

P O S T A C I E :

AMPULKI à 10 ccm. (średmięśniowo) — 2—3 zastrzyki tygodniowo:

DRAŻETKI — 6—10 drażetek dziennie,

OPLATKI — 3—6 opłatków dziennie,

GRANULKI (specjalnie dla dzieci) z cukrem i czekoladą — 1—4 łyżeczek od herbaty dziennie zależnie od wieku.

Próby bezpłatnie na żądanie WPP. Lekarzy

PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ
L. Nasierowski, Warszawa, Piękna 62, tel. 30-42, 124-39

WIADOMOŚCI LEKARSKIE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE MEDYCYNIE
 PRAKTYCZNEJ, SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ
 ORGAN ZWIĄZKU LEKARZY KAS CHORYCH
 WYDANE Z ZASIŁKU MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ
 W WARSZAWIE .: .: .: POD REDAKCJĄ DR. H. MIERZECKIEGO

W. JANUSZ i W. RZEPECKI
 Z ZAKŁADU UMYSŁOWO-CHORYCH
 W KULPARKOWIE
 (DYREKTOR DR. J. BEDNARZ)

KIŁA A JEJ CZWARTORZĘDNE SCHORZENIA UKŁADU NERWOWEGO

O ile wiąd rdzenia pochodzenie swoje zawdzięcza przeforsowaniu wału ochronnego w szczególności splotów naczyniastych mózgu przez syfilitoksyny, o tyle kiła mózgu i rdzenia, przedstawiająca się w postaci zmian zapalnych opon bierze swój początek w przedostaniu się właściwych krętków w przestrzeń opony miękkiej przez ów wał splotów naczyniastych. Krętek blady, usadawiając się w bezpośrednim sąsiedztwie ścian naczyń krwionośnych otarbia się również i zachowuje się w podobny sposób jak gdyby znajdował się w pobliżu powierzchni mózgu, bądź korzonka nerwowego. Substancje toksyczne, jakie on wydziela już w krótkim czasie, wywołują we wrażliwych tkankach naczyń liczne procesy chorobowe, w wyniku których następuje przerost błony wewnętrznej, prowadzący najczęściej do zwężenia poszczególnych naczyń. Takie przerostowe zwężenia naczyń utrudniają wybitnie zaopatrywanie poszczególnych obszarów mózgu w świeżą krew, a niekiedy powstrzymują nawet w zupełności dopływ tego odżywczego płynu. Zmiany chorobowe w układzie nerwowym oraz zaburzenia czynnościowe jakie pojawiają się w następstwie tegoż, nazywają się kiłą naczyniową układu nerwowego. Kiłowe zmiany naczyń potęgują się z biegiem czasu, a to w miarę coraz bardziej wyrazistszego przerostu komórek śródbłonkowych, który

zależy głównie od rozmaitego stopnia nasilenia wyzwalających się toksyn. Dlatego też ostateczne zamknięcie, względnie zarośnięcie światła naczyńia poprzedza stan chwilowo występujących bezwładów, oraz szereg objawów zastanowienia czynności przez poszczególne odcinki mózgu.

Nieco inaczej ma się sprawa z powstawaniem paraliżu postępowego, które to schorzenie jest następstwem przenikania zarazków przez wał ochronny i to nie na poziomie spłotów naczyńiastych, lecz raczej w umiejscowionych wewnątrz mózgu naczyńiach odżywczych niektórych okolic kory mózgowej. Mimo wcielenia paraliżu postępowego w szereg schorzeń kiłowych odznacza się owa jednostka chorobowa pewnymi cechami odrębności, które wyróżniają ją wśród przejawów parakılı lub metakılı.

Zmiany kory mózgowej w przebiegu paraliżu postępowego najczęściej umiejscawiają się właśnie w okolicy obszarów kojarzeniowych, a mianowicie w płatach czołowych i tylnociemieniowych. Niekiedy owe rozlane zapalenie istoty mózgowej, może objąć nawet cały układ nerwowy (*encephalitis syphilitica diffusa*). W przypadkach omawianej jednostki chorobowej, stwierdzamy obecność otorbionych krętków zarówno w oponach jakoteż i w samej istocie mózgowej. Przewlekła ta sprawa zapalna przymózgowia i samego mózgowia (*periencephalitis*), ograniczająca się często do pewnych określonych odcinków powierzchni mózgowej, wyróżnia się odrębnym przebiegiem, a to dzięki toksycznemu działaniu luteinów, które powodują rozpad tkanki nerwowej. Przetwory tego rozpadu składają się z ciał lipidowych składem chemicznym zbliżonych do lipidów krętków. Dlatego też na krętki nie odbija się działanie ciał obronnych w ustroju mimo, że krew i płyn mózgowo-rdzeniowy chorych na paraliż postępowy, obfitują w przeciwlipoidy (*antylipoidy*). Badania chemiczne Pighini i Carbone²²), ustaliły u chorych na paraliż postępowy, zwiększenie się cholesteryny w dwójnasób. De Crinis²³) dowodzi, że zwiększona obecność ciał lipidowych działa ujemnie na czynność zaczynową, dotyczącą w szczególności czynności lipolitycznej. Nic więc dziwnego, że krętki tak bujnie rozmnażają się w przebiegu paraliżu postępowego, niejako pod osłoną lipidów, pochodzących z rozpadu tkanki mózgowej właśnie w układzie nerwowym, nie zaś w jakichkolwiek innych narządach, chociaż odczyn Wassermana u tych chorych stale daje wynik dodatni, wskazując, że ich krew obfituje w antylipoidy. Tymczasem dzięki nadmiarowi lipidów, pochodzącemu z rozpadu tkanki mózgowej nie dochodzi do tego aby antylipoidy niweczyły toksyny lipidowe wydzielane

przez krętki blade, ponieważ ów nadmiar lipidów sam wchłania przeważającą część antylipoidów.

W świetle powyższych danych, z których wynika, że krętki blade rozwijają się swobodnie w mózgowiu, a nie są w stanie rozprzestrzenić się w całym ustroju — dałoby się uzasadnić sprawę tę w sposób następujący: każdy mianowicie krętek, który prądem chłonki lub krwi zostaje przeniesiony do innego narządu w ustroju, obfitującego w antyciała — ulega wobec niesprzyjających warunków zniszczeniu, a to wskutek niedostatecznej ilości wolno wydzielających się lipidów tkankowych. Dane eksperymentalne potwierdzają również, że wszczepienia krętków chorym na paraliż postępowy zazwyczaj nie udają się, ponieważ podłoże nie jest zupełnie odpowiednie dla rozwoju krętków. Mimo iż kiła panuje w Europie wiele stuleci, to jednak metakiła jako jednostka chorobowa, została wyodrębniona dopiero w początkach XIX wieku.

Metakiła, jakkolwiek panoszy się wszzechwładnie wśród ludności całego świata, nie pojawia się po dziś dzień wśród ludów o pierwotnej kulturze, jak n. p. wśród mieszkańców wschodniej Afryki, Ugandy, Zanzibaru, Abisynji, Indji angielskich, Koreji i t. d. W piśmiennictwie lekarskiem panują zresztą rozbieżne zdania co do częstości zachorzeń kiłowych układu nerwowego wśród ludności ras kolorowych, z czego odnosimy wrażenie, że istotną prawdę możnaby wypośrodkować między skrajnymi poglądami. Nie ulega wątpliwości, że poszczególne rasy kolorowe są znacznie odporne w stosunku do kiły, wogóle są one mniej podatne na zachorzenia czwartorzędne. Natomiast, jeśli kiła już występuje u mieszkańców krajów podzwrotnikowych, cechuje się ona w swoim przebiegu niezwykle złośliwością, podczas gdy europejczycy, zarażeni przez tubylców, chorują na tę kiłę w taki sam sposób, gdyby chorobę tę nabawili się w swojej ojczyźnie. Z tego wynikałoby, że ów różnorodny przebieg wspomnianej choroby nie jest wywołany krętkami o jakichś odrębnych właściwościach, lecz zależy to raczej od samej odporności wrodzonej względnie rasowej ustrojów poszczególnych jednostek. Pewien odłam autorów stara się wyjaśnić owe zjawisko intensywnym działaniem promieni słonecznych na skórę mieszkańców krajów podzwrotnikowych, wywierające rzecz oczywista pewien wpływ na przebieg kiły. Nadto z wywodów Ursteina²⁴⁾ wynika, że kiła, alkohol i haszysz nie wywierają szkodliwych skutków na ludności, żyjącej w krajach o gorącym klimacie, a to dzięki wzmożonej przedewszystkiem czynności gruczołów potowych. Jednocześnie nadmierne zaspakajanie usta wiecznego pragnienia znaczną ilością wody przyczynia się, że wsze-

lakie trucizny ulegają w ustroju znacznemu rozcieńczeniu. Dzięki powyższym okolicznościom trucizny nie są w stanie umiejscowić się w tkankach i z łatwością zostają wydalone z ustroju.

Wedle ogólnego zdania ujemny wynik badania na obecność krętków nie dowodzi ich braku w ustroju, o tyle nie możemy również stanowczo twierdzić, jakoby metakiła nie pojawiała się wogóle w krajach podzwrotnikowych. Fleischman²⁵⁾, bawiąc przez dłuższy czas na wschodzie podczas wojny spostrzegał wśród tamtejszej ludności dość liczne przypadki zachorzeń metakiłowych. Stwierdza on jednak, iż mieszkańcy tamtejsi ukrywają skrzętnie swoich chorych umysłowych, albowiem organizacja opieki nad nimi jest nader wadliwa. Twierdzi on, że z chwilą kiedy warunki higieniczne ulegną pod tym względem na lepsze, wówczas z pewnością dałoby się tam stwierdzić wiele zachorzeń czwartorzędnych układu nerwowego. Również wspomniany już Neisser w obszernym swem dziele, dotyczącem spostrzeżeń z czasów jego pobytu w Batawji, zastanawia się także nad powyższym tematem. Powołuje się on w tym względzie na zdanie Rotschuh, który w środkowej Ameryce widział ciężki przebieg kiły u białych i murzynów, natomiast bardzo lekki u tamtejszych Indjan. Dalej reasumuje on spostrzerzenia Quenee'a, który stwierdzał niszczący przebieg kiły w Afryce u Europejczyków i Arabów, oraz całkiem łagodny u murzynów. Podobne spostrzeżenia podaje również F. Plaut²⁶⁾ w świeżo ogłoszonych wrażeniach swoich z odbytej wspólnie z prof. E. Kraepelinem podróży do Ameryki. Dodatnie spostrzerzenia mają w tej sprawie niewątpliwie większe znaczenie ujemne, dowodzą one niezbitcie, że również kolorowe rasy mogą być dotknięte czwartorzędną postacią kiły. Wreszcie stwierdzone zostało, że tubylecy przyswoiwszy sobie kulturę europejską (n. p. mieszkający w miastach portowych), doświadczając wszelkich ujemnych cech takiej kultury, zapadają również na metakiłowe zachorzenia układu nerwowego. Ciekawe nadto spostrzerzenia przytacza Kötscher²⁷⁾ w sprawie gęstości występowania paraliżu postępowego u Słowian bałkańskich. I tak statystyka zakładów psychiatrycznych w S. H. S. wykazuje, że paralitycy, pochodzący z Bośni i Hercegowiny stanowią zaledwie 2,4% ogólnej liczby chorych, wtedy gdy odsetek mieszkańców Kroacji wynosi 16,5%. W końcu należałoby jeszcze zwrócić uwagę, że różne rasy europejskie jak germańska, romańska, słowiańska, zapadają na metakiłowe schorzenia prawie w jednakowem nasileniu. Widzimy więc, że główną rolę w predyspozycji kiłowej odgrywają zatem nie tyle może rasowe warunki konstytucjonalne, lecz raczej wybitniejsze znaczenie posiada sposób

i tryb życia. Pojęcie „rasa“ jest zresztą nader złożone, albowiem obejmuje właściwości konstytucjonalne zarówno o charakterze ogólnym, jakoteż miejscowym.

Wyłania się zatem ciekawe zagadnienie, od czego więc zależy, że jedna i ta sama etjologia — zakażenia kiłowe — powoduje, iż pewne jednostki lub ludy zapadają na metakiłę, inne natomiast wykazują niejako zdumiewającą odporność na owe schorzenia.

Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że przyczyna tego zjawiska tkwi w samym stopniu nasilenia kultury, albowiem posiada ona pewien wpływ nie tylko na wzmaganie się przypadków metakiły, lecz zarówno na zwiększenie się ogólnej liczby chorób umysłowych. Należałoby przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy zjawiska te zależą od pochodzenia samej kultury jako takiej, czy też od różnych innych czynników, towarzyszących nieodstępnie światowej kulturze, a w takim razie, które to czynniki posiadają pośredni lub stanowczy wpływ, sprzyjający powstawaniu schorzeń czwartorzędnych układu nerwowego. Rüdín²⁸⁾ uważa, że przyczyna zwiększonej wrażliwości ludów cywilizowanych na metakiłę tkwi w domestykacji, czyli w dążeniu cywilizacji do zachowania słabych: patologicznych jednostek o jednostronnie rozwiniętych uzdolnieniach umysłowych, które nie są zdolne uodpornić się należycie wobec różnych zewnętrznych podnieć: zakażeń. Inaczej sprawa ta przedstawia się u ludów pierwotnych: tam mianowicie słabe konstytucje z powodu braku opieki lekarskiej giną, a pozostają jeno silne, zdrowe jednostki, nie stanowiące odpowiedniego podłoża dla rozwoju schorzeń metakiłowych. Również i Kraepelin²⁹⁾ twierdzi, że kultura wydelikacjia człowieka kulturalnego, pozbawiając go środków walki z metakiłą, oraz z innymi chorobami umysłowemi.

Krafft-Ebing³⁰⁾ streszcza pochodzenie czwartorzędnych schorzeń układu nerwowego dwoma słowami: syfilizacja i cywilizacja. Zdaniem jego „postępy cywilizacji pociągają za sobą wzmożony nakład pracy umysłowej, a zarazem domagają się życia, obfitującego we wszelakie przyjemności, a troska o nie powoduje intensywniejszy wysiłek pracy mózgowej, następnie walka o byt i współzawodnictwo na wszystkich polach działalności naukowej, przemysłowej i handlowej, dalej zmiany w pierwotnych patriarchalnych sposobach rządzenia państwem. wysuwające znaczenie poszczególnych jednostek, wreszcie coraz obfitsze spożywanie pokarmów działających podniecających na mózgowie — wszystkie te fakta, stanowiące jeno nieznaczną część dzisiejszych tym podobnych okoliczności i warunków życia — działają niewątpliwie w sposób szkodliwy na równowagę układu nerwowego“.

DR. STANISŁAW BÜHN
LWÓW

WSKAZANIA I SPOSOBY STOSOWANIA DJETY BEZSOLNEJ

Zastosowanie diety bezsolnej w czasach ostatnich, znalazło szerokie pole w wielu gałęziach medycyny, nie tylko medycyny wewnętrznej, lecz i na polu ginekologii, chirurgii i neurologii.

Sól kuchenna jako jeden z głównych składników mineralnych ustroju, odgrywa niepoślednią rolę w równowadze zawartości płynów w tkankach, tworząc materiał z którego powstają obrzęki w stanach patologicznych. Z drugiej strony jest $NaCl$ produktem wydzielanym przez nerki w dużej ilości, obciążającym w znacznym stopniu pracę takowych. Dlatego też praktyka lecznicza posiadając duże doświadczenie teoretyczne, zastosowała dietę bezsolną w pierwszym rzędzie w grupie chorób nerkowych i chorób serca, w tych okresach gdzie występują obrzęki. Ponieważ eksperymentalnie i klinicznie dowiedziono, że sól kuchenna sama jako taka może działać uszkadzająco na nabłonki kanalików nerkowych, a zwłaszcza kanalików krętych, ograniczamy dawkę takiej przy ostrem i chronicznem zapaleniu nerek, przy nefrozach i marskości nerek (*nephrosclerosis*). Przy septycznym ogniskowem zapaleniu nerek, zwykle nerka dość prawidłowo funkcjonuje i tutaj zbytnie ograniczenie dawki $NaCl$, nie jest potrzebne. Również i w wypadku niewydolności czynnościowej nerek niemogących wydalac mocz u odpowiednio skoncentrowanego, jak to spotykamy przy moczowce prostej, konieczne jest ograniczenie podawania $NaCl$.

Drugą ważną domeną zastosowania diety bezsolnej, są stany pogotowia obrzękowego tkanek, oraz obrzęki występujące na tle sercowem, nerkowem, dalej obrzęki na tle charłactwa, niedokrewności, oraz obrzęki występujące podczas cukrzycy (obrzęki insulinowe, owsiankowe, po podawaniu alkaliów). Dieta bezsolna niema wpływu na obrzęki miejscowe (Quinckego), lub też na obrzęki zapalne. Wogóle należy zaznaczyć, że wszelkie zabiegi mające na celu zwiększenie diurezy, muszą być połączone z zastosowaniem diety bezsolnej.

Ostatnio nabrało wiele rozgłosu dietetyczne leczenie gruźlicy metodą Sauerbrucha, Hermannsdorfera i Gersona. Leczenie powyższe podane zostało przez Gersona, a opracowane teoretycznie i wypróbowane w klinice chirurgicznej Uniwersytetu Monachijskiego przez Sauerbrucha i Hermannsdorfera. Dawno już bowiem, od czasu badań

Robina i Bineta, które potwierdził cały szereg poważnych badaczy, było wiadomem, że ustrój gruźlika ubożeje w składniki mineralne, zwłaszcza w sole wapnia, magnezu i potasu. Dlatego też powyżsi autorowie starają się odpowiednią djetą jarzynową, zapobiedz demineralizacji ustroju przy gruźlicy, przyczem djeta jest pozbawiona zupełnie soli kuchennej, która „ma stać na przeszkodzie działaniu soli mineralnych“.

Dalej ograniczenie podawania *NaCl* wskazane jest przy hipertonii i miażdżycy, nietylko w wypadkach gdy mamy do czynienia z zaburzeniem w wydzielaniu wody i chlorku sodu, badania bowiem Plescha wykazały, że odciążenie dowozu *NaCl* przy podniesionem parciu krwi na tle miażdżycy, obniża znacznie parcie krwi maksymalne, mniej minimalne, zaś po powrocie do diety normalnej, parcie podnosi się z powrotem, lecz długo nie osiąga poprzedniej swej wysokości. Przy djecie bezsolnej przychodzi do odwodnienia ustroju, co pociąga za sobą zmniejszenie ilości krwi (w doświadczeniach Plescha o 15%). Podobny efekt daje upust krwi. Stosowane są tu najchętniej djeta Oertla lub Karella, przez krótki czas, lub djeta bezsolna i uboga w białko przez 4—6 tygodni. Djetę taką powtarzamy raz w roku, lub stosujemy raz w tygodniu djetę Oertla lub Karella. Również niepoślednią rolę gra djeta bezsolna przy kuracji odtłuszczającej, ponieważ u niektórych otyłych spotykamy się ze skłonnością zatrzymania wody przez tkankę tłuszczową. Achard i Laubry polecają djetę bezsolną przy wysiękowych zapaleniach opłucnej, przy których po podaniu soli kuchennej, zauważyli wzrost eksudatu. Spostrzeżenia powyższe potwierdzają doświadczenia Mellera, który po podaniu bromku sodu dożylnie zauważył szybki wzrost diurezy i szybkie znikanie płynu wysiękowego. Mamy tu do czynienia niewątpliwie z działaniem substytucyjnym bromku sodu z miejsce wiążącego silnie płyny tkankowe i wysięki chlorku sodu.

W neurologii stosujemy oddawna djetę bezsolną przy epilepsji. W ginekologii przy eklampsji. W chirurgji stosujemy wyżej wspomnianą djetę Sauerbrucha przy gruźlicy chirurgicznej.

Przeprowadzenie umiejętne diety bezsolnej jest niepomiernie trudne, gdyż człowiek zużywa dziennie około 15—30 gr. soli kuchennej, gdy tymczasem absolutne zapotrzebowanie organizmu wedle Vidala, wynosi tylko 1.5 gr. Pozbawienie człowieka tej tak ważnej używki, pociąga za sobą utratę łaknienia, co spowodowuje znów konieczność dodawania soli do diety. Nie wystarczy więc pacjentowi zalecić spożywanie pokarmów bez soli, lecz lekarz musi doradzić choremu w jaki sposób winne być pokarmy przyrządzane, by były

najbardziej znośne do spożywania. W djecie bezsolnej rozróżniamy trzy stopnie: djetę bardzo ścisłą z ilością dzienną $NaCl$ do 2·5 gr., djetę średnią 2·5—5·0 gr. i djetę łagodną od 5—10 gr.

Dlatego konieczną jest znajomość zawartości $NaCl$ w rozmaitych pokarmach. Surowe produkty spożywcze zawierają wogóle mało soli kuchennej, za wyjątkiem ryb morskich, mleka, sera i solonego masła, oraz mięsa peklowanego, wędzonego i marynowanego. Zato potrawy przyrządzane zawierają wiele soli, a zwłaszcza buljon, zupy, potrawy mięsne, potrawy z jaj. Średnią ilość soli zawierają jarzyny, mało leguminy, słodycze i kompoty.

Zawartość procentowa soli przedstawia się następująco:

Materiał surowy: mleko 0,15%; masło niesolone 0,02—0,21%; masło solone 1,0—3,0%; margaryna 2,15%; sery 1,5—10,57%; jajo 0,13—0,21%; mięso 0,10—0,20%; mózdzek 0,29%; nerka 0,32%; ryba 0,06—0,12%; ryba morska 0,16—0,41%; szynka wędzona 1,85—7,50%; szproty i piklingi 0,30—0,38%; ryba marynowana 1,79—5,49%; owoce, jarzyny strączkowe, jarzyna świeża, jagody, mąka, kasze 0,01—0,10% (z wyjątkiem kaszki owsianej 0,29%; kapusty 0,44%; szpinaku 0,21%; konserw jarzynowych 0,67—1,27%).

Pokarmy przyrządzone zawierają znacznie więcej soli: kaszka na mleku 1,7%; jajecznicza 2,4%; zupy 0,30—1%; pieczenie 1,9—3%; chleb 0,48—0,70%; jarzyny gotowane 0,5—0,9; szparagi 2,7—3,5%.

Opierając się na powyższem zestawieniu, możemy dobrać choremu odpowiednie ubogie w sól kuchenną pokarmy. Jednak czeka nas drugie znacznie trudniejsze zadanie do rozwiązania, a mianowicie musimy udzielić rad w jaki sposób należy przygotować pokarmy, by nie zawierały $NaCl$, a jaknajlepiej pokrywały mdły smak pokarmu bezsolnego, z dużą trudnością znoszonego przez chorego. Pacjentowi dajemy kilka rad ogólnych; 1. pieczywo przygotowywać bez soli; 2. używać masła niesolonego ewent. płukanego; 3. mleka wolno spożywać najwyżej 1 L dziennie; 4. podawać mięso gotowane, nie podawać rosółu; 5. jarzyny dłużej gotować w wodzie i takową następnie odlewać; 6. nie dodawać w kuchni soli do pokarmów.

Mały smak pokarmów da się pokryć częściowo w rozmaity sposób. Pieczywo podajemy w formie sucharków, pieczemy je z czarnuszką lub kminkiem, lub podajemy z serem, masłem, marmoladą, lub dajemy raczej chleb ciemny bez soli wypieczony. Mięso, o ile takowe podajemy, przygotowuje się raczej na zimno i to lepiej mięso białe, lub też zaprawiamy z sosami (cytrynowy, pomidorowy, kaparowy) albo denstujemy je z jarzynami (szpinak, buraki, szparagi) i grzybami, lub podajemy wraz z pietruszką, cytryną, lub octem,

co do którego ostatniego panuje nieuzasadniona obawa szkodliwości, gdyż spala się on tak samo w organizmie, jak kwas cytrynowy. Wogóle wiele tu zależy od znajomości sztuki kulinarnej i rozmaitych sposobów przyprawiania pokarmów. Jaja podajemy najlepiej z cukrem (omlet, kremy, placki) lub też w lodach. Zupy podajemy owocowe, mleczne lub jarzynowe (kapusta, szparagi, pomidory). Celem nadania zupom smaku słonego, można dodać nieco bromku sodu, sedobrolu lub sebrogalu (Galen), mrówczanu sodu (2 g. pro die) lub Hosalu (preparat doskonale imitujący sól kuchenną, złożony z podwójnych poliaminokwasów, 3 g. pro die). Jarzyny przygotowujemy z śmietaną lub zaprawką, sałaty z oliwą i cytryną, lub z kwaśną śmietaną. Sosy możemy przygotować z kopru, pomidorów, anyżu, majeranku, tymianu, kminku, kaparów, szafranu, karmelu, pietruszki, wanilii, z trufli i grzybów. Czasem też można zezwolić na użycie do sosów cebuli, rzodkwi i czosnku. Zwyczajnie w kuchni nie solimy pokarmów, lecz obliczywszy ilość $NaCl$ w pokarmach, resztę dozwolonej ilości soli dajemy pacjentowi do rąk, celem solenia pokarmów wedle własnego upodobania. Bez żadnego ograniczenia podajemy leguminy, soki owocowe, cukry i konfitury.

Przechodząc nakoniec do omówienia specjalnych form diety bezsolnej, podnieść należy, że przy chorobach nerkowych na dietę bardzo ścisłą składają się następujące pokarmy: mleko $\frac{1}{2}$ L (z początku) do $\frac{1}{2}$ L (w 10 dniu choroby) i cukier w kompotach i sokach, ryż, kaszka, grysik gotowane na gęsto z małą ilością mleka, oraz później podawane sucharki i masło niesolone. Przy djecie bezsolnej średniej możemy dodać jarzyny, jaja i ewentualnie mięso. Przy djecie bezsolnej lekkiej możemy podawać wszelkie pokarmy, ograniczając ilość soli do 15 g. pro die.

Przy obrzękach sercowych bardzo chętnie stosujemy dietę Karella (1 L mleka i 3 sucharki na dzień, lub 3 funty pieczonych jabłek) albo dietę wedle Noordena i Salomona: 1400 g. jabłek, 100 gr. ryżu gotowanego, 100 gr. cukru na 1 dzień (= 0,18 gr. $NaCl$, 1519 kal) lub 1000 gr. jabłek, 300 gr. niesolonego pszennego chleba, 100 gr. cukru, 100 gr. masła (= 0,23 gr. $NaCl$, 2520 kal); lub: 1000 g. ziemniaków, 150 gr. masła, 500 gr. jabłek (= 0,55 gr. $NaCl$, 2250 kal). Powyższe diety dadzą się stosować najwyżej 2—3 dni z rzędu.

Przy djecie Sauerbrucha, Hermannsdorfera i Gersona, zabronione są prócz soli, konserwy, marynaty rybne i mięsne, wędliny, buljon Maggi'ego. W stopniu ograniczonym, podajemy mięso (500 gr. na tydzień) ryby świeże, napoje alkoholowe, kawę, herbatę i kakao. Głównie podaje się nabiał, owoce, jarzyny (przeważnie zielone) po-

karmy mączne, mąkę tapiokę, miód, cukier, konfitury, smalec i oliwę. Z leków stosujemy równocześnie fosfor z tranem (0,02 : 300,0) 4 łyżki dziennie i preparat zwany mineralogenem, złożony z katjonów *C Mg, Na, Bi, Al* i anjonów kwasów fosforowego, siarkowego, tiosiarkowego, krzemowego, salicylowego, mlekowego w ilości 3 łyżeczek dziennie. Stosunek ilości białka do tłuszczu i węglowodanów, powinien wynosić 1·5 : 2·7 : 3·7. Djeta powyższa zawiera więc względnie mało węglowodanów, dużo tłuszczu i odpowiednią ilość białka, bogata jest w witaminy i składniki mineralne i nie zawiera prawie soli kuchennej (Węgierko).

PIŚMIENICTWO: **Strauss:** w Spez. Path. inn. Krankh. Kraus-Brugsch T. VII. str. 258 i nast.; tamże **Retzlaff:** T. IX. II. str. 297 i nast.; tamże **Plesch:** T. IV. str. 1435 i nast.; **H. Lobbé:** Cuisine diététique — Paris 1926; **Rabe:** Richtlinien diet, Thex., Lipsk 1928; **Meller:** Polska Gazeta Lekark. 43, 1926; **Aschner:** Klinisch. Wehschr. 47, 1928; **Saxl:** Ärztl. Prax. 3, 1927; **Donath:** tamże 3, 1927; **Müller:** Med. Klin. 37, 1928; **Mayer-Nassau:** Ther. d. Ggw. 12, 1925; **Schott:** Klinisch. Wochenschrift 29, 1927; **Müller:** Ztschr. für klinisch. Medic. 1—2 1928; **Węgierko:** Gruźlica 4, 1928.

DR. S. LEHM

O KILKU RZADSZYCH POSTACIACH OSTREGO ZAPALENIA MIGDAŁKÓW

Do tej grupy należy w pierwszym rzędzie jako względnie najczęściej spotykana „*Angina Plaut Vincenti*“.

Obraz kliniczny: Choroba rozpoczyna się przeważnie bardzo powolnie tak, że chorzy nie są w stanie podać dokładnie czasokresu jej powstania, przyczem objawy podmiotowe są niestosunkowo drobne do zmian anatomicznych. Nieznaczne dolegliwości przy połykaniu, powiększone i miernie bolesne gruczoły chłonne i stan podgorączkowy rzadko dochodzący do 38° sprawiają, że prawie zawsze takich chorych spotykamy poza łóżkiem. Przy oglądaniu gardła znajdziemy na jednym z migdałków głęboko w tkankę drążące, kraterowate owrzodzenie pokryte szaro-żółtym już rozpadającym się nalotem, dość grubym i dającym się miejscami (gdzie martwica większa) łatwo pincetą oddzielić.

Język przeważnie obłożony. Charakterystyczny *factor ex ore*.

Jest to najczęściej spotykana postać typowa *anginy Plaut Vincenta t. zw. ulcero membranacea*.

Drugą rzadszą odmianą tej postaci jest *angina Plaut V. diphteroïdes*, przy której nie przychodzi do owrzodzenia jedynie do wy-

tworzenia się szaro-żółtawego nalotu, różniącego się tylko bardzo nieznacznie od błonicowego. Schorzenie to zachodzi się przeważnie jednostronnie — prócz migdałka może być zajęty języczek i sąsiednie części podniebienia miękkiego — czasem proces przechodzi i na dziąsła. Na 56 przypadków bakterjologicznie stwierdzonej anginy Pl. V., spostrzegałem raz jeden przypadek anginy przebiegającej obustronnie i raz zmiany typowe na dziąsłach bez zajęcia migdałków. Rokowanie jest z reguły dobre. Przebieg 1—2 tygodni, czasem z pozostawieniem ubytku na zajętych migdałku.

Częściej zapada na anginę Pl. V. płeć męska w młodszym i średnim wieku. Stosunek mężczyzn do kobiet wynosił 36:20.

Co się tyczy wieku dziecięcego są zdania autorów podzielone: (Escherich, Uffenheimer) spotykali ją często u dzieci drudzy (Vincenti, Kronenberg) bardzo rzadko.

Ja typowych przypadków anginy Pl. V. u dzieci prawie nie widziałem, być może, dzieci takie bywają leczone jako chore na błonicę.

Obraz bakterjologiczny: Wyżej opisana angina była znaną i spotykaną już w XVIII w. Opisał ją w I. wydaniu swego podręcznika Strümpell w r. 1883 pod nazwą „*angina necrotica*“. Nieznaną jednak była etiologia bakterjologiczna. Wykrycia właściwych drobnoustrojów wywołujących to schorzenie jest zasługą Plauta, który w r. 1894 ogłosił pierwsze swoje spostrzeżenia. W 2 lata później bo 1896 ukazała się praca francuza Vincent'a.

Badanie bakterjologiczne wykazuje zwłaszcza na dnie owrozdzenia obecność krętków i pałeczek wrzecionowatych w nader obfitej ilości.

B. fusiformis s. hastilis przedstawia się jako prosta lub nieznacznie wygięta pałeczka o nieco cieńszych końcach przypominająca wyglądem wrzecionko. Długość takiej pałeczki wynosi przeciętnie od 6—8, μ grubość od 1—5 μ i barwi się dobrze zwykłymi barwikami anilinowymi (błękit metylowy i fuksyna karbolowa. Jeżeli się zważy, że lasecznik błonicy posiada długość 1.5—2.5, μ a gruby jest na 0.3 μ omyłka jest prawie wykluczona.

Drugim drobnoustrojem spotykanym w symbozie z omówionym prątkiem nie jest jak wykazał Mülhenz spiryllą a więc nie bakterją lecz krętkiem, a więc pierwotniakiem.

Krętek ten jest tworem nader delikatnym, posiada długość 12—14 μ i okazuje od 3—5 falistych zakrętów (zwojów) jest również, jak prątek wrzecionowaty gramoujemny i nader trudny do wyhodowania. Szereg autorów uważa ją za identyczną ze spiryllą *dentium s. den-*

ticull,a Gerber jednak wykazał, że jest ona postacią zupełnie odrębną. Hodowla jednych i drugich posiada specyficzną woń cuchnącą przypominającą *foetor ex ore*.

Obraz krwi: Nie przedstawia nic charakterystycznego. spotyka się wprawdzie w pierwszych dniach lekką leukocytozę, później małe przesunięcia na lewo, dwa razy spotkałem znacznieszą eozynofilję (8—11%) kilka razy monocytozę dochodzącą do 16% jednakowoż spotyka się częściej obraz krwi nie odbiegający od normy.

W rozpoznaniu różniczkowem należy w pierwszym rzędzie wykluczyć błonicę i pierwotny wrzód migdałka, a dalej wtórne zmiany kiłowe, kilak i nowotwory. Co do błonicy pamiętać należy, że angina Pl. V. przebiega przeważnie jednostronnie i rzadko rozprzestrzenia się poza tkankę migdałkową w przeciwieństwie do błonicy, która bardzo często z migdałka przechodzi na łuki podniebne i języczek.

Jest to jednak reguła nie bez wyjątków. Brak ciężkich objawów chorobowych, a zwłaszcza ujemny wynik badania bakteriologicznego z dna owrzedzenia (to jest brak wrzecionowatych i krętków) przemawia przeciw anginie Pl. V..

Natomiast obecność laseczników Loefflerowskich nie obala jeszcze przy obecności wrzecionowatych i krętków rozpoznania anginy Pl. V., gdyż i roznosiciel może zapaść na anginę Pl. V.

Widać z tego, że angina Pl. V. nastęrczyć może poważne trudności rozpoznawcze zwłaszcza u roznosicieli laseczników Loefflerowskich. Co do wrzodu pierwotnego zachodzą między nim a anginą Pl. V. następujące zasadnicze różnice: Powstanie wrzodu pierwotnego poprzedza zazwyczaj okres nacieczenia, podczas gdy przy anginie Pl. V. bywa w pierwszym okresie jedynie krótkotrwały obrzęk i przekrwienie. Następnie wrzód pierwotny posiada obrzęki twarde (bardziej zbite) o dnie słoninowatym o wyglądzie przez dłuższy czas nie zmienionym, przyczem gruczoły chłonne bywają powiększone, lecz nie bolesne. Natomiast wrzód przy anginie Pl. V. posiada brzegi nierówne postrzępione jest kraterowaty a z powodu szybkiego rozkładu tkanki nekrotycznymi masami wypełniony, przyczem gruczoły jeśli są powiększone są samoistnie i na ucisk bolesne.

Rzecz jasna, że reakcja Wassermanna nam w tym okresie sprawy nie wyjaśni.

Jeżeli natomiast sprawa ma pewne podobieństwo do zmian kiłowych drugorzędnych, to w pierwszym rzędzie rozstrzygającym będzie badanie odczynu Wassermanna, przyczem również pamiętać należy, że t zw. *angina luetica ulcerosa* występuje zazwyczaj obustronnie wy-

tworząc między tkanką chorą a zdrową wyraźny wał naciekowy. Co się tyczy kilaków nie dają one w odróżnieniu do anginy Pl. V. (za wyjątkiem rzadkich wypadków mieszanej infekcji) podwyżki temperatury, następnie i kilak nie rozpada się tak szybko jak wrzód przy anginie Pl. V.

Co się tyczy nowotworów to w razie zachodzącego podobieństwa do mięsaka lub raka, rozstrzygającym będzie histologiczne badanie wycinku próbnego.

Leczenie: Wobec łagodnego przebiegu sprawy chorobowej i dość dużej intencji do samoistnego wyleczenia, wystarczy w przeważającej ilości przypadków pielęgnowanie jamy ustnej i płukanie gardła zwykłymi środkami odkażającymi. Chcąc jednak przyspieszyć proces gojenia się stosujemy miejscowo 5% alkoholowy roztwór kwasu salicylowego — 5% kwas pikrynowy lub bardzo skutecznie działającą zawiesinę salwarsanową w wodzie lub w glicerynie mniej więcej neosalwarsanu 0.15 na 2 cm³ płynu. Zawiesinę tą pędzujemy i oczyszczamy wrzód przez kilka minut codziennie lub co drugi dzień w międzyczasie polecając płukanie jakimś środkiem odkażającym najlepiej wodą utlenioną. (Wlewanie wśródźylne staje się wobec tego zupełnie zbędne).

W roku 1922 opisał po raz pierwszy Werner Schulz w berlińskim towarzystwie lekarskim odrębną postać ostrego zapalenia migdałków, którą ze względu na wielce ją charakteryzujący obraz krwi nazwał „*agranulocytozą*“.

„*Agranulocytoza*“ jest wedle Schulza schorzeniem, na które zapadają przeważnie kobiety.

Rozpoczyna się nagle z wysoką temperaturą i uczuciem ogólnego osłabienia. Na błonie śluzowej gardła zwłaszcza na migdałkach, często na dziąsłach, języku i w krtani a nawet i na częściach rodnych widoczne są zmiany podobne do nalotów błonicowatych, owrzodzenia lub zmiany martwicze.

Brak skazy krwiotocznej. Chorobie tej towarzyszy zawsze żółtaczką. Śledziona i wątroba bywają powiększone tylko w części przypadków. Najbardziej charakterystycznym jest obraz krwi: bardzo znaczny spadek liczby ciałek białych do kilkuset; przy czym w pierwszym rzędzie zanikają wielojądrowe neutrocyty i eozynocyty. Przeważa element limfoidalny zwłaszcza limfocyty i monocyty. Obraz ciałek czerwonych nie zmieniony, płytki w obfitej ilości obecne.

Wszystkie dotychczas znane typowe przypadki tego schorzenia skończyły się zejściem śmiertelnym.

Co się tyczy obrazu bakterjologicznego to z nalotów w gardle wyhodowano raz laseczniki Loefflera (surowice przeciwbłonicze bez skutku) krew na buljonie, żółci i płycie agarowej przeważnie jałowa (raz *pneumococcus mucosus*).

Wobec ujemnego wyniku bakterjologicznego nadania uważa Schulz, że zachodzi w przypadkach tych uszkodzenie szpiku kostnego o niejasnej przyczynie etjologicznej.

Należałoby jeszcze zaznaczyć, że między właśnie opisaną postacią a innymi schorzeniami podobnie przebiegającymi, jak n. p. aleukią hemorhagiczną zachodzi zasadnicza różnica, że do ostatnich przyłącza się zawsze skaza krwiotoczna ze znacznym zmniejszeniem ilości płytek. Podobnie ze skazą krwiotoczną przebiegają i ostre infekcyjne septyczne sprawy z objawami ze strony gardła a we krwi okazujące zmniejszoną ilość ciałek białych.

Jako typowy przykład obrazu krwi podają wynik badania przemennie spostrzeganego przypadku, który straciłem w 10 dniu choroby: ogólna liczba leukocytów 700, procentowo wielojądrzastych 12%, limfocytów 64%, monocytów 24%, eozonofilów 0%; ilość i wygląd ciałek czerwonych tudzież zawartość hemoglobiny bez zmian.

Od czasu kiedy Schulz ogłosił swoje przypadki w roku 1922, a które wszystkie skończyły się śmiertelnie poczęły się pojawiać publikacje rozmaitych autorów, o podobnych przypadkach, które jednak nie przynosiły nic nowego, ani co do patogenezy tej choroby, ani co do sposobów leczenia.

W roku 1927 ogłasza Friedeman (z oddziału zakaźnego szpitala Virchowa w Berlinie) nowych 27 przypadków.

Publikacja ta zasługuje na uwagę z dwóch względów, po pierwsze badając krew we wszystkich przypadkach in vita i post mortem znalazł tylko cztery razy bakterje: raz gronkowce, raz paciorkowce, raz *B. Coli*, raz *B. pyocyaneus*. Z tego autor wyciąga wniosek, że postaci tej nie należy uważać za chorobę zakaźną ale za obraz ostrego zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym. (Wysoka gorączka występuje według niego i przy innych chorobach krwi, więc nie może w sprzeczności z jego zapatrywaniem). Powtóre w publikacji tej po raz pierwszy ogłasza trzy przypadki wyzdrowienia, po naświetlaniu szpiku kostnego promieniami Roentgena. (W 48 Nr. *Klinische Wochenschrift* z r. 1927 jest dokładnie podane dawkowanie naświetlań).

C. d. n.

DR. B. ZIEMILSKILWÓW

CELOWE LECZENIE GRUŹLICY PŁUC W KASACH CHORYCH, A STOSOWANIE NOWOCZESNYCH METOD ROZPOZNAWCZYCH, W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEŚWIETLENIA RENTGENOWSKIEGO

(WSTĘP DO ANKIETY)

Znaczenie promieni rentgenowskich dla ścisłego rozpoznania, a tem samem skutecznego leczenia gruźlicy płuc jest już od wielu lat należycie ocenione tak przez specjalistów, jak i szeroką rzeszę praktyków. Nie dziw, że Kasy Chorych, idąc za prądem czasu, potworzyły we wszystkich większych ośrodkach zakłady rentgenowskie, umożliwiające szybką orientację w każdym przypadku. Należałoby się zastanowić, jakie korzyści przynosi prześwietlenie wzgl. — czy spełnia wszystkie postulaty, wymagane od środka rozpoznawczego, szczególnie przy masowem badaniu. Wiemy, że w Niemczech toczy się obecnie zawzięta walka na polu gruźlicy. Po jednej stronie stoją zwolennicy pochodzenia suchot płucnych ze spraw szczytowych — rekrutujący się z naczelnych lekarzy wielkich zbytłownych lecznic jak Bacmeister, Jessen oraz anatomów, jak Gräff, Puhl, itd. Po drugiej stronie stoją rentgenologowie jak Assman, niektórzy klinicyści, jak Romberg, Lydtin, Starlinger i in., (oraz częściowo W. Neuman) i lekarze mający przegląd szerokich mas gruźliczych a więc przede-wszystkiem lekarze poradniowi, jak Redeker, kierownicy lecznic ludowych, jak Ulrici i in. Oni to głoszą „nową naukę“ — „tezę“ n a c i e k u p o d o b o j c z y k o w e g o, z a c z y n a j ą c e g o s i ę n a g l e, z w y k l e p o d f o r m ą „pseudogrypy“, rozprzestrzeniającego się bardzo często szybko jako suchoty płuc „trzeciorzędne“.

Ognisko z początku daje się wykazać jedynie na fotografii, później dopiero stwierdza się prątki w plwocinie, na samym końcu pokazują się objawy kliniczne. Sprawy jedynie w szczytach umiejscowione według tych autorów nie mają prawie żadnego znaczenia, noszą ponoć zawsze prawie charakter łagodny i prawie nigdy nie przechodzą w suchoty płucne. Przeważna część pacjentów lecznicowych wyleczonych to „szczytowi“, którym i bez leczenia „nie się nie było stało“. Stanowisko nasze instynktownie zbliża się do Redeker'owskiego. Autor ten widzi z pewnością znacznie więcej pacjentów, i to z warstw uboższych, niż Jessen i jego towarzysze. Doświadczenia lekarzy wielkich lecznic dla naszych celów mają małą tylko

wartość. Rozporządzają przecież materiałem chorych, którzy nigdy nie głodowali, których i przez dziesiątki lat mogą trzymać poza nawiasem życia zawodowego w słodkim „dolce far niente“ — bez obawy, żeby ich rodzina zginęła tymczasem z głodu z powodu braku żywiciela. Badania chorych są w lecznicach bardzo szczegółowe. Zużytkowuje się tam bez wyjątku każdą metodę. W naszych zaś stosunkach musimy szukać metodyki, spełniającej kilka postulatów: 1) przedewszystkiem musi być niedroga, a tem samym „masowo“ wykonalna, 2) musi być naukowo uzasadniona i wypróbowana, 3) musi sprawdzać postęp leczenia względnie pogorszenie się stanu — przedewszystkiem odzwierciedlać tendencję procesu chorobowego, jego dynamikę, — higjogenezę. Metoda też powinna służyć do oceny zdolności do pracy. Wiemy przecież, że odesłanie do lecznicy, nawet na koszt kasowy, stanowi dla wielu pacjentów ruinę finansową, tem samym i zdrowotną. Dla wielu zaś wysyłka nie jest potrzebna, duża część chorych przychodzi do siebie przy leczeniu ściśle przychodniowym. Zastanówmy się teraz nad rolą promieni Rentgena w spełnianiu naszych zadań. Nie ulega żadnej wątpliwości, że dominujące znaczenie fotografii rentgenowskiej przy wykrywaniu nacieków podobojczykowych zmusza nas do rentgenizowania wszystkich bez wyjątku za długo gorączkujących „gryp“, nawet wtedy, gdy klinicznie nie możemy wykazać żadnych objawów, podejrzanych w kierunku gruźlicy płuc. Ale procent owych nacieków jest mały nawet w statystyce dobrych ftizjologów, myślowo nastawionych na takie ogniska, i poszukujących ich. Przygniatająca większość naszego materiału gruźliczego składa się z innych pacjentów. Pewien nie mały odłam cierpi na otwartą, jamistą gruźlicę, łatwą do rozpoznania, nader trudną do wyleczenia. Małą część takich chorych ratuje odma, znikomą długotrwały pobyt w jednej ze specjalnych lecznic. Dla takich chorych powinno być utworzone oddziały szpitalne dla celów izolacyjnych, ewentualnie kolonje pracy na wzór angielski. Troska lekarska idzie tu głównie w kierunku unieszkodliwienia obfitych prątków, a tem samym uratowania rodziny.

Największa jednak część pacjentów ze sfer robotniczych cierpi na formy „pośrednie“, według nomenklatury Sterling'owskiej na Tbc. fibrosa progrediens i stationaris oraz Tbc. ulcero-fibrosa progrediens i stationaris. Formy te dają rokowanie stosunkowo niezłe, szczególnie we wieku starszym. Niezłe o tyle, że pacjent może utrzymać zdolność do pracy przez wiele lat. (Wiemy przecież, że charakter „wysiękowy“ sprawy gruźliczej nie rozstrzyga o złośliwości, a „produkcja“ nie jest symbolem wyleczenia). Dla nas rzeczą najważniejszą jest cecha,

oznaczająca tendencję procesu chorobowego. Mamy się wypowiedzieć przecież o zdolności do pracy, konieczności większej czy mniejszej jej przerwy, która często oznacza dla pacjenta mimo „zasilku na wyjazd“ wysprzedanie się z inwentarza i zaciąganie długów. Zaś co do całokształtu rozpoznania i wskazania należą przecież i względy społeczne.

Przy tej ocenie tendencji rozwojowej choroby oddaje nam Rentgen małe usługi. Według opinii bardzo miarodajnych ftizjologów można wykazać zmienianie się ognisk zapomocą bardzo starannych fotografii serjowych, co w naszych warunkach jest nie do przeprowadzenia. Czasem lekkie zamglenia łącznie z podwyżką ciepłoty oraz miękką śledzioną mówi o uczynnieniu sprawy. Często okazuje się cenne stwierdzenie świeżego wysięku opłucnowego o nieznacznym rozmiarach. Ale mn. w. $\frac{3}{4}$ wszystkich rozpoznań rentgenologicznych brzmi stereotypowo: zaciemnienie szczytów, powiększenie rysunku wnekowego, promieniowanie z wnek ku szczytom. Nie oznacza to bynajmniej, że dolegliwości pacjenta pochodzą ze sprawy gruźliczej. W ostatnich dniach widziałem odstraszący przykład zapoznania sprawy z powodu rentgenologicznego zaciemnienia szczytowego: lekarz instytucji społecznej (nie Lwowskiej Kasy Chorych!) leczył przez kilka tygodni 30 l. nauczycielkę fityną, wapnem na „gruźlicę szczytu“ z powodu gorączki i rentgenologicznego zaciemnienia szczytowego; badanie zaś kliniczne z łatwością wykazało — roponercze! Przypuszczam, że tego rodzaju jaskrawe wypadki są bardzo rzadkie, ale nieuwzględnianie innych przyczyn gorączki, np. zropiałych migdałków itd., może przynieść wielkie szkody. Ważnym bezwzględnie wskaźnikiem jest zachowanie się ciepłoty i tętna. Ale i przy sprawach tyreotoksycznych, tak częściej przy gruźlicy włóknistej mamy też podwyższoną ciepłotę i wysokie tętno, a gruźlica przy współistniejącej nadczytności tarczycy przebiega łagodnie. Ważny objaw powiększonej mniej lub więcej miękkiej śledziony nie ma rozstrzygającego znaczenia w Małopolsce Wschodniej, gdzie ogromna część ludności przechodziła szczepienie tyfusowe, zaś cała ludność, szczególnie ze sfer uboższych przed kilku laty zapadała na wszystkie trzy tyfusy. Nie zapominajmy też, że dużo mężczyzn mogło sobie przywieźć utajoną zimnicę z czasów wielkiej wojny.

Toteż należy powitać z radością odczyny biologiczne, mówiące o uczynnieniu sprawy oraz o jej specyficzności. Najstarszym odczynem jest odczyn tuberkulinowy — w rękach wprawnych badaczy (np. Neuman'a i jego uczniów) oddaje znakomite usługi. Ale próby tuberkulinowe nigdy nie będą używane przy badaniu wielkich mas. Wymagają one specjalistycznego wykształcenia lekarza z powodu

konieczności doskonałej techniki, troskliwej obserwacji chorego i kilkakrotnego przebadania go. Poza to nie są jeszcze jednoznacznie przyjęte wyniki badania tuberkulinowego, mimo wielu lat jego istnienia.

Odczyn odchylenia dopełniacza daje według Bocquet'a i Negre'a pożądane wyniki, jest jednak trudny do wykonania i nie wyszedł poza mury francuskich pracowni.

Pozostają dwa odczyny, praktycznie bardzo ważne, dające się wykonać przy każdym badaniu masowem. Mam tu na myśli stwierdzenie opadania krwinek. — Odczyn Biernackiego i morfologiczne badanie krwi według Schilling'a. Pierwsze w Polsce spostrzeżenia nad znaczeniem „Schilling'a“ ogłosiłem przed 5 laty i podkreśliłem wtedy na podstawie 134 przypadków gruźlicy, przebadanej indywidualnie, duże znaczenie tej metody dla stwierdzenia „dynamiki“ procesu chorobowego. Od tego czasu podniosła się ilość przebadanych przeze mnie przypadków gruźlicy do 411. Mogłem stwierdzić, że „przesunięcie na lewo“ i większa lub mniejsza limfocytoza są doskonałymi wskaźnikami natężenia sprawy. Normalny obraz krwi wyklucza z całą pewnością cośkolwiek groźnego. Toteż metoda ta w praktyce nadzwyczaj potrzebna; z powodu łatwości wykonania (w każdym razie zrobienia preparatu i przesłania go do odpowiedniej pracowni) powinna wejść do arsenału rozpoznawczego na równi z mierzaniem ciepłoty. Znam osobiście wiele przypadków, przy których „Schilling“ okazał się odczynem rozstrzygającym. Ale w niektórych przypadkach zawodzi. Łada niewinne zapalenie gardła wyzwała przesunięcie na lewo i zaciemnia obraz. A zaciemnienie to znaczy wiele przy rozpoznaniu różniczkowem między naciekiem podobojczykowem a sprawą „grypową“ np. Dlatego to łączenie odczynu Biernackiego z „Schillingiem“ okazało się bardzo wartościowe. „Biernacki“ jest „leniwy“, nie „odzywa się“ przy łada „drobnostce“. Znaczenie jego dla jakościowego rozpoznania gruźlicy płuc jest dziś murowane. Bardzo dużo lecznic, szczególnie szwajcarskich wprowadziło „B'ego“ do stałej kontroli stanu chorobowego. Technika jest bardzo łatwa, można odczyn wykonać „od biedy“ już w rurce do mierzenia hemoglobiny w. Sahliego, — (Alder). Dla celów praktycznych wystarcza najzupełniej stwierdzenie wartości godzinnej, na wypadek przeoczenia terminu można całą rurkę przewrócić do góry nogami i nastawić odczyn na nowo. Oba odczyny razem wyrażają stopień napięcia procesu chorobowego, czem oddają praktykowi znakomite usługi. Uzupełniają badanie rentgenowskie, w wielu przypadkach przewyższają je pod względem praktycznego znaczenia. Należy stosować je w każdym wątpliwym przypadku. Koszt i praca są niewielkie, korzyść zaś bardzo duża.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Dalsze doniesienie nad leczeniem surowicą pneumokokowego zapalenia płuc.

Cecil i Sutliff pracowali surowicą „oczyszczoną“ według metody Feltona z Harvard. Okazała się czynna przy zapaleniu płuc typu I i II, mało czynna przy typie III, zaś przy typie IV zawiodła w zupełności. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że surowica dożylnie podana małpom zakażonym śmiertelnymi dawkami pneumokoków ratuje zwierzęta drogą natychmiastowej sterylizacji krwi oraz szybkiej rezolucji nacieku pneumonicznego. Surowica podana choremu z typem I. dożylnie w pierwszych trzech dniach choroby działa prawie zawsze niesłychanie szybko. Przy typie II. działa sprawnie choć już nie natychmiastowo; śmiertelność na 440 chorych wynosiła przy leczonych przypadkach 30%, przy nieleczonych 40%, przy typie I. tylko cyfra, wynosiła 21% i 32%.

(Journal of Amer. Med. Associat. 29. XII. 1928).

Zi

Mechanizm niewrażliwości na insulinę — Prof. Dr. F. Rosenthal, Wrocław (Der Mechanismus der Insulinresistenz [I. R.]

Badając objawy prawdziwej niewrażliwości na działanie insuliny (I. R.), należy przede wszystkim wykluczyć wypadki, w których działanie I. odbywa się wprawdzie w sposób prawidłowy, lecz już po kilku godzinach poziom cukru we krwi i wydzielanie tegoż z moczem, osiąga z powrotem wysokie wartości (Restglykosurie). W tych wypadkach odcukrzenie można nieraz uzyskać raczej przez częstsze podawanie mniejszych dawek I.

Inną formę pozornej I. R. wykazują przypadki diabetes renalis, w których wydzielanie cukru z moczeni nie stoi w związku z zaburzeniem przemiany materji.

O prawdziwej I. R. można mówić w wypadkach, w których po podaniu 1 jednostki I. zużytkowanie węglowodanów (Glukoseaequivalent) pozostaje poniżej wartości 1 q: (Schwellenwert, Minkowski). Zazwyczaj po podaniu jednostki I. wynosi zużytkowana przez diabetyka ilość cukru gronowego 1—2, a nawet 2·5 gr.

I. R. występuje pod postacią stanów trwałych jako formy.

I. R. lub też stanów przejściowych jako okresy I. P.

Na podstawie danych kazuistycznych doświadczeń doszli różni autorowie do daleko idących wniosków co do działania karmanów na I. R. w formach trwałych. Stosowna dawka adrenaliny, podana królikowi równocześnie z I. znosi działanie tej ostatniej. Nadnercze, pobudzone drogą centralnego zdrażnienia nerwu współczulnego przez hypoglykaemię, wydziela obficie adrenalinę do krwi obiegu. W wypadkach I. R. może chodzić o patologiczne wzmocnienie się tych fizjologicznych do pewnego stopnia objawów korelacji gruczołowej.

Co do przysadki mózgowej zarówno doświadczenia jak i klinika przemawiają za antagonistycznym do I. działaniem jej wydzieliny.

Zdania co do gruczołu tarczycowego są jeszcze podzielone.

Obserwacje Rozenberga, dotyczące występowania cukromoczu u diabetyka, odcukrzonego przez dietę lub I., po podaniu tyreoidyny przemawiają za antagonizmem insulina-thyreoidyna, a zatem za możliwością tyreogennej I. R.

Wreszcie może leżeć przyczyna trwałej I. R. w wzmocnionem wydzielaniu przez wątrobę glykaeminy (teoria Loewi'ego), która ma hamować wiązanie cukru przez krwinki i komórki tkanek, a także w niewyjaśnionym dotychczas stanie niedostępności samych komórek dla działania I.

Stany krótkotrwałej, przejściowej I. R. są względnie częste. Prócz coma diabetic. powoduje przedewszystkiem ostre zakażenie u diabetyka, szybki spadek wydajności insuliny. Można tu również przyjąć wpływy hormonalne, zmobilizowane w czasie gorączkowej choroby. Ulf i Euler wykazali zwiększoną zawartość adrenaliny we krwi żyłnej gorączkujących. Wpływy hormonalne mogą mieć wielkie znaczenie specjalnie u chorych na błonicę, ze względu na powinowactwo toksyny do nadnerczy i do przysadki mózgowej.

Uderzający jest powrót do prawidłowego reagowania na I. po wypróżnieniu się ropnia, po wygojeniu zapalenia płuc i t. p. Zjawiska te skłoniły Rosenthala i Behreza do podjęcia doświadczeń, które wykazały, że 1 cm³ świeżej ropy w ciągu 15' niszczy 500 jednostek I. Jest to działanie fermentatywne, gdyż ropa gotowana traci tę własność. Trypsyna i pepsyna niszczą insulinę, podobnie fermenty leukocytów, które mogą znosić działanie I. wprowadzonej do organizmu diabetyka w ogniskach ropnych i w obiegu krwi.

Proteolityczne fermenty mogą pochodzić także z wzmoczonego procesu zanikania tkanki (Gewebsuntergang), który należy uważać za udowodniony przy różnych chorobach zakaźnych człowieka.

Prawidłowe działanie surowicy krwi. hamujące proteolityczne fermenty, może w warunkach patologicznych zniknąć, a nawet surowica może wzmacniać działanie tych fermentów, jak przy mocznicy, w okresie rezolucji zapalenia płuc, chorobie Basedowa, w coma diabetic.; jednym słowem przy stanach, w których często zachodzi przejściowo zmniejszona wrażliwość na działanie insuliny.

(Med. klinik Nr. 46, 1928).

O. E.

Cholesterynemja w gruźlicy płuc

Badanie cholesteryny we krwi w gruźlicy płucnej dało dotychczas bardzo sprzeczne wyniki. Niektórzy znajdują, że waha się ona w granicach normalnych, inni natomiast stwierdzają wartości wyższe lub niższe od normy. Gavrila i Vior badali ilość cholesteryny w surowicy krwi u 100 chorych z gruźlicą płuc. Z ich prac wynika, że: 1. w ograniczonych i rozlanych postaciach włóknikowych oraz w ograniczonej postaci rozpadowej gruźlicy płuc występuje zwiększona ilość cholesteryny, wydatniejsza o ile zmiany są nie czynne i niepostępujące. 2. W rozległej gruźlicy rozpadowej ilość cholesteryny zmniejsza się, o ile zmiany postępują naprzód; przeciwnie, istnieje lekka tendencja do zwiększenia się cholesteryny, gdy zmiany są niepostępujące (stacjonarne). 3. Zapalenia opłucne nie wpływają na poziom cholesteryny, gdyż ich postacie zależą od zmian w samych płucach. 4. Czynniki, które odgrywają rolę w zmianach poziomu cholesteryny są w porządku ich znaczenia: a) Czynność lub nieczynność, postępowanie lub niepostępowanie zmian, b) Stan odporności organizmu, c) postać anatomo-patologiczna. Zwiększony poziom cholesteryny wskazuje na dobry stan odporności, nieczynność zmian płucnych, dają więc dobrą prognozę, zmniejszony poziom wskazuje na słabą odporność, czynność i postępowanie procesu i daje prognozę złą.

(Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition czerwiec 1928)

Dr.

Dodatek do badań nad pooperacyjnym zapaleniem otrzewnej.

Autor zastanawia się nad przyczyną rozmaitych komplikacji po operacjach brzusznych, dokonanych w najbardziej aseptycznych warunkach. Z badań bakteriologicznych i histologicznych wysnuwa następujące wnioski: 1. W 50% przypadkach zapaleń woreczka żółciowego ściana woreczka lub żółć są a priori zaka-

zone; w $\frac{1}{3}$ części przypadków wrzodu żołądka sama ściana jest zakażona. 2. Najważniejszymi zarazkami wywołującymi zakażenie żołądka i woreczka żółciowego są streptokokki, enterekki i bacterium coli; 3. Wobec silniejszej zjadliwości czynników chorobotwórczych i osłabienia sił obronnych organizmu, te zarazki mogą odgrywać ważną rolę w komplikacjach pooperacyjnych i wywoływać nawet złośliwe zapalenie otrzewnej.

(Molodaya, Archivez des maladies de l'appareil digestit des maladies de la nutrition, Maj 1928).

Dr.

O zaburzeniach umysłowych w przebiegu anemji złośliwej

Zaburzenia psychiczne w przebiegu anemji, zwłaszcza typu Biermera są bardzo częste, według niektórych autorów dochodzą do 35%. Okres ich pojawiania się jest różny. O ile występują w lekkiej formie w okresie początkowym choroby mogą prowadzić do mylnego rozpoznania neurastenji. Częściej występują w okresach późniejszych, nie są jednak zależne od stopnia anemji. Kliniczne objawy są rozmaite, zawsze zależne od usposobienia osobnika przed chorobą; na ogół dają się podzielić na stany przygnębienia i podniecenia. Pierwsze są zwykle lżejsze należą tu zaburzenia charakteru i intelektu ze skłonnością do melancholji. W stanach podniecenia występuje najczęściej szal prześladowczy, rzadziej omamy słuchowe i wzrokowe, zaburzenia maniakalne, stany dezorientacji i amnezji. Te wszystkie stany są objawami wtórnymi (épiphénomènes) anemji, wyleczalnymi i znikającymi zwykle przed zupełnym powrotem normalnego obrazu krwi. Przyczynę tych stanów widzą jedni autorowie w zmianach anatomicznych mózgu (wybroczynki), autorowie niniejszej pracy uważają za zaburzenia funkcjonalne, prawdopodobnie pochodzenia toksycznego i zależne od stopnia niedokrwistości mózgu. Wrazie dłuższego trwania i braku leczenia mogą powstać następowo zmiany anatomiczne. Leczenie nowoczesne anemji złośliwej (transfuzje krwi, djeta wątrobianiana, insulina) prowadzi zawsze do usunięcia objawów psychicznych.

(Weil i Cahen, La Presse Médicale Nr. 60, 1928).

Dr.

Kefir i yoghourt w leczeniu chorób przewodu pokarmowego Kleberg

Kefir i yoghourt dają się łatwo przyrządzać przy pomocy kupnych suchych fermentów, przyczem dla przygotowywania kefiru poleca autor kaukazkie ziarna kefirowe Mercka. Działanie powyższych środków jest ściśle związane z ich właściwościami chemiczno-fizycznymi. Działają one hamująco na rozwój „zdziczałej” flory prątką okrężnicowego w wypadkach dyspeptycznej fermentacji. Ponadto działa korzystnie na procesy trawienne obecność kwasu mlekowego w znacznej ilości, oraz delikatnie skłaczkowana kazeina. Autor poleca yoghourt jako prawie specyficzny lek przy czerwonce, ponieważ prątki dezynterji giną w środowisku kwaśnym, dającym prawie wyłącznie podaniem yoghourtu uzyskać. Od 2 dni choroby podajemy takowy w ilości wzrastającej od $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ litra. Od 3 dnia choroby stosujemy lawatywy złożone z 100—150 cm³ yoghourtu przez 3—4 dni. W pewnych wypadkach niedokwasności żołądka, oraz kataru niedokwaśnego, działa dobrze 1—2 dniowy yoghourt. W ciężkich wypadkach achylia gastrica z biegunkami stosujemy kefir 3—4 dniowy. Przy wrzodach żołądka z zaparciem stolca podajemy kefir 1-dniowy. Można też tu podawać mieszaninę kefiru ze śmietanką. Celem zmiany flory bakteryjnej w jelitach przy chronicznych zapaleniach woreczka żółcianego, dajemy silny kefir 4-dniowy. Jako leczenie następne po operacji, usunięcia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza chronicznie zmienionego, po-

leca autor 2-dniowy yoghourt. Przy nawykowym zaparciu stolca dodaje się obok djety zwyczajnie w tych wypadkach stosowanej, rano owoce, na noc kefir dwudniowy. Wyniki, jakie autor otrzymał są doskonałe, o ile leczenie przeprowadza się długo i systematycznie.

(M. Kl. 3. 1929).

Bühn.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Pinkus — Powstanie stulejki u rytualnie obrzezanego mężczyzny

Chory ten w dzieciństwie był rytualnie obrzezany. Potem chorował długi czas na kiłę nieleczoną, a blizny powstałe po kilakach ściągnęły skórę przecia na główkę, tak że nietylko powstał świeży napletek ale także stulejka, przyczem średnica otworu wynosiła 0.9 cm.

(Derm. Wochschr. 8. 1929).

Dr. J.

O leczeniu herpes roster

Autor przytacza 5 przypadków, leczonych zapomocą wstrzykiwań dożylnych 0.30 g. arsenobenzolu. Już w 3—4 godzin po wstrzykiwaniu ustępowały bole, które się opierały wszelkim środkiem leczniczym z wyjątkiem morfiny. W wypadkach w których się utrzymał ból, iniekcja druga, po 4 dniach przyniosła zupełne wyleczenie. Bole ustępowały także w wypadkach starych, trwających kilka miesięcy. Czas trwania erupcji uległ również skróceniu, po 2 dniach zwykle wszystkie wykwitły znikły.

(Milian, Paris Medical Nr. 3. 1929).

Dr. J.

O leczeniu lupus erythemathodes zapomocą wstrzykiwań soli bizmutowych

W 17 przypadkach autor uzyskał dobre wyniki zapomocą soli bizmutowych. Prawie natychmiast ustąpiło swędzenie i pieczenie, szybko znikaly łuski, zaczerwienienie przybladło, skóra odyskiwała prawidłowy wygląd. Recydywy wystąpiły w 3 przypadkach i wtedy po drugiej serji wstrzykiwań znikaly. Przeważnie wystarczała serja 12 wstrzykiwań dwumiesięniowych wodorotlenku bizmutu (w całości 1.80 gr. bizmutu). W pojedynczych przypadkach już po 5—10 wstrzykiwaniach wstąpiło wyleczenie i poprawa stanu ogólnego.

(Nicolas, Lacasagne, Rousset, Paris Médical Nr. 3. 1929).

Dr. J.

Kindler — W sprawie zaraźliwości róży

Autorka chciała przeszczepić różę 3 chorym z kiłą nerwową, u których leczenie malarją nie dało wyniku. Wstrzykiwała doskórnie zawartość pęcherzyków, wcierała surowicę do miejsc skaryfikowanych, dawała okłady, których chorzy z różą używali. Ale w żadnym wypadku nie dała się róża przeszczepić.

(Derm. Wochschr. 1. 1929).

Dr. J.

Behdjet — Leczenie rhinophyma

Autor zarzucił dawne metody leczenia t. zn. dekortikację przy pomocy skalpela oraz metodę Olliera zapomocą galwanokautera stosuje natomiast diatermię, a mianowicie kryokauter. W dwóch przypadkach miał w krótkim czasie bardzo dobre wyniki. Potwierdzają to załączone ryciny.

(Derm. Wochschr. 4. 1929).

Dr. J.

Bruck — Przyczynek do wewnętrznego leczenia wyprysku

Leczenie wyprysku jest dotychczas jeszcze w przeważającej części zewnętrzne somptomatyczne, a tylko w bardzo małej części wewnętrzne, przyczynowe. Ze środków wewnętrznych stosuje się arszenik, który działa tylko u ludzi wątłych, bladych, dalej środki czyszczące u ludzi z zaparciem stolca. Dobre wyniki widział także autor po środkach obniżających pobudliwość układu nerwowego jak magnobrol i także po antipirynie i piramidonie podawanych wewnętrznie albo też lokalnie w postaci 5—10% maści antipyrinowej. Leczyć wyprysk przez wpływanie na przemianę materji można przy otłuszczeniu, cukrzycy i skazie moczanowej. Korzystny wpływ wywierają kwasy przy neurodermitis i skazie wysiękowej, przy innych rodzajach wyprysku działają dobrze z zasady ze względu na częste powiększenie ilości kwasu moczowego we krwi.

(Derm. Wochschr. 8. 1929).

Dr. J.

Ropnie przynerkowe

Dr. Bonheim zebrał ze swojej praktyki 7 przypadków i podaje dokładne historie chorób. Przyczyną były 5 razy czyraki, raz zanokcica, raz była przyczyna nieznaną. We wszystkich przypadkach zmiany były w nerce lewej. Mocz był w 6 wypadkach bez zmian, a tylko raz były ciała ropne i wałeczki. Rozpoznanie opiera się tylko na gorączce, bólach w okolicy lędźwiowej, a punkcja, która absolutnie żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawia, potwierdza rozpoznanie. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie i ewentualny zabieg, gdyż przy dłuższem trwaniu powstają przerzuty, które przedłużają znacznie okres choroby.

(Dermatologische Wochenschrift 3. 1929).

Dr. J.

Wąglik skóry ze szczególnem uwzględnieniem leczenia

Dr. Andreas Philadelphus obserwował w ostatnich miesiącach na klinice prof. Arzta we Wiedniu 4 przypadki wąglika, z których jeden skończył śmiertelnie a 3 bardzo szybko zostały wyleczone. Wszędzie stosowano metodę zachowawczą: miejscowo okłady z wody kwaśnej, a podskórnie surowicę wąglikową. Pierwszego dnia chorzy dostawali 40—60 cm³ surowicy i jeszcze kilka dni po 20 cm³ profilaktycznie. Z powodu dobrych wyników uzyskanych, zaleca też metodę zachowawczą, w leczeniu wąglika a w szczególności surowicą.

(Derm. Wochschr. 4. 1929).

Dr. J.

Śmiertelne krwiopłucie z powodu kiły mięśni

Löwental omawia w Tow. dermat. w Berlinie przypadek nagłej śmierci po krwiopłuciu. Sekcja okazała kiłę mięśni szyji, oraz naczyń. Śmierć nastąpiła z powodu pęknięcia krwiaka i skrwawienia do przełyku.

(Derm. Wochschr. 4. 1929).

Dr. J.

Dr. Elza Eichholz — Próby doświadczalne nad pobudzaniem porostu włosów drogą leczenia zewnętrznego

Porost włosów próbowano dotychczas pobudzić: 1) przez stosowanie lokalne podniet fizykalnych i chemicznych, 2) przez podawanie substancji potrzebnych do powstawania włosa i 3) przez pobudzenie przemiany materji. Jako środek służący do powstawania włosa podawał Zuntz humagsolan substancję rogową, badania jednak późniejsze okazały zupełny brak efektu. Przemiana materji również nie ma wpływu na porost włosów, podawanie więc arszeniku może mieć tylko znaczenie pomocnicze przy leczeniu lokalnem. Jedyne tylko leczenie lo-

kalne okazało korzystny wpływ na porost włosów. Stosunkowo dotychczas miejscowo cały szereg środków: a więc światło, promienie Roentgena, cignolinę, czerwień szkarłatną, eter, cholesterynę względnie trylisynę. Autorka przeprowadziła badania na 100 królikach rozmaitymi środkami usuwała włosy chemicznie w dwóch miejscach, w jednym stosowała dany środek drugie służyło do kontroli. Na podstawie swoich badań doszła do następujących wniosków: Cignolina (1% roztwór benzolowy) oraz lampa kwarcowa dawały najlepsze wyniki przy pobudzaniu porostu włosów, mniej dobre wyniki były po wazelinie, benzolu, benzynie oraz po lekkim masażu palcem. Jeżeli środki te były bardzo silnie wcierane to efekt był prawie taki sam jak po cignolinie albo lampie kwarcowej. Po wazelinie z cholesteryną wzgl. po trylisynie efekt był ten sam co po zwykłej wazelinie, czyli działał tutaj masaż wazeliną, a nie cholesteryną.

(Derm. Wochschr. 5. 1929).

Dr. J.

Leczenie chorób paznokci

Fabry przy wyprysku usuwa paznokcie i potem stosuje okłady z 3% resorcin, ichtyol, spir i pędzluje przy pomocy liquor carb deterg i spir vini aa. Tak samo usuwa paznokcie przy łuszczycy stosując potem kąpiele gorące z rumianku. Przy grzybicach po usunięciu paznokcia tinct. jodi 1:10. Przy tbc. verrucosa przyżega co 3—4 dni przy pomocy acid. carbol. liquef.

(Med. Welt. 1. 1929).

Dr. J.

Spirozyd celem zapobiegania kily

Podaje Teßler w ten sposób, że chory dostaje pierwszego dnia 0,5 drugiego i trzeciego dnia po 0,75 potem 4—5 dni przerwy i znowu te same dawki przez 3 dni i znowu przerwa. W ten sposób podaje choremu 4—5 g. spirozidu.

(Derm. Wochschr. 4. 1929).

Dr. J.

CHOROBY ZAWODOWE

Wypadki przy pracy we Francji

Ze statystyki ogłoszonej przez Międzynarodowe Biuro Pracy wynika, że w r. 1926 było we Francji 989.462 zgłoszonych wypadków przy pracy, z czego 2.392 śmiertelnych, a 8.093 pociągających za sobą trwałą niezdolność do pracy.

(Paris Médical Nr. 52 1928).

Dr.

Choroby zawodowe wywołane aniliną

Anilina przechodzi przez skórę robotników, których ubrania są nią impregnowane. Szczególnie wrażliwe na zatrucie są dzieci. Anilina działa na system nerwowy centralny oraz na krew, w której wywołuje powstanie methemoglobiny. Forma ostra zatrucia rozpoczyna się silną cjanozą. Do tego dołączają się objawy nerwowe pod postacią stanów podniecenia i euforii na przemian ze stanami depresji, czasem paraesthezie. W dalszym stadium przechodzi do ślepoty ze zwężeniem, a później rozszerzeniem źrenic. Diagnoza opiera się na charakterze cjanozy, na zawodzie i wykazaniu aniliny w moczu. Przy zatruciu chronicznym występują objawy podobne, lecz mniej wybitne. Typowe są tu objawy skórne: hyperhidroza rąk, sączenia wrzodziejące na twarzy i na mosznie, oraz zmiany w pęcherzu, które często u starych robotników przechodzą w zmiany rakowe, nawet w długi czas po przerwaniu pracy.

(Duvour, XIII Kongres Medycyny sądowej we Francji 9, 10 i 11. X., 1928. Dr.

Reakcje antispołeczne w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu

Objawy psychiczne w przebiegu encephalitis są bardzo rozmaite, zależnie od okresu, w którym występują. W okresie ostrym spotyka się u dorosłych i u dzieci zaburzenia umysłowe, halucynacje, fobje, towarzyszy temu często brak świadomości i pamięci. Chorzy tacy nie są odpowiedzialni za czyny występne, popełnione w tym okresie. Zaburzenia umysłowe w okresie chronicznym cechują się zmianami charakteru i humoru, oraz perwersjami moralnymi. Odpowiada temu niestałość, łatwa pobudliwość, impulsywność, niedostosowanie się do środowiska społecznego owobodzenia instynktów przewrotnych. Te objawy są częstsze u dzieci, niż u dorosłych. Reakcje antispołeczne u encephalitików są świadome, lecz nie towarzyszy im chęć szkodenia, powodują je tylko impulsywność i brak czynności hamującej woli, stąd wyrzuty po popełnieniu czynu karygodnego i obietnice — rzadko zresztą dotrzymywane — że się nie powtórzą. Jeżeli zapalenie mózgu dotknie konstytucjonalnie zбочzonego, wtedy stan jest cięższy i reakcje aspołeczne są bardziej niebezpieczne. Przepięstwa, popełnione przeważnie przez dzieci, są zwykle nie ciężkie. Dotyczą przeważnie kradzieży.

(Tribourg-Blanc, XIII Kongres Med. sądowej we Francji, październik 1928).

Zatrucie zapomocą tlenu antymonu

Blench przytacza ciekawą obserwację, dotyczącą spożycia lemonjady z kwasu winowego, sporządzonej w naczyniu wewnątrz emaljowanym. Zwolnił się przytem tlenek antymonu, który wywołał wymioty, bole brzucha, kolki i zapady mało niepokojące, gdyż po kilku godzinach u wszystkich 60 kobiet objawy się cofnęły. (XIII Kongres Medycyny sądowej we Francji, październik 1928). Dr.

Zatrucie kwasem barbit.: postacie kliniczne, reakcje cieplne, leczenie

Otrucia veronalem i innymi pochodnymi kwasu barbiturowego, są coraz częstsze szczególnie u melancholików, przy delirjach i u załężnionych. Ostre zatrucie w przeciągu 25—30 minut, prowadzi do mniej lub więcej głębokiego coma, poprzedzonego stanem podniecenia. Ciężkiej śpiączce towarzyszą zaburzenia ze strony sphinkterów, zwolnione, głośnie oddechy i które przechodzą w typ oddechania, Cheynes-Stokes'a, zaburzenia w połykaniu, drgania ścięgniaste, nitkowate ętno; hypotonja pogarsza prognozę. Czasem występują naprzemian okresy śpiączki i podniecenia. Śpiączka trwa od 3 godzin do 3 dni. W przypadkach lek- kich powoli i miarowo przychodzi do odzyskania świadomości. W przypadkach ciężkich w 2—3 dni przychodzi do śmierci, wskutek porażenia mięśni oddechowych lub osłabienia serca. Przed śmiercią występuje zwykle bezmocz lub oligurja. Regularnie występują różnego rodzaju wysypki na skórze i błonie sluzowej. Leczenie: wczesne płukanie żołądka, upust krwi, ewentualnie transfuzja, karmienie przez sondę, strychnina, kofeina, diuretica, kateteryzowanie.

(Tordieu, Le Journal médical français, t. XVII, Nr. 11, 1928).

Dr.

Zmiany na skórze i błonie sluzowej przy zatruciu kwasem barbit.

W $\frac{1}{5}$ przypadków zatrucia pochodnymi kw. barbiturowego, występują toksyczne zmiany na skórze szczególnie w formach podostrych i łagodnych, n. p. przy długotrwałem zażywaniu w celach leczniczych, przy epilepsji i bezsenności. Manifestacje skórne są bardzo różnorodne: mogą być podobne do wysypek przy szkarlatynie, odrze, różyczce i iść nawet w parze z gorączką i wymiotami. Czasem występuje osutka pęcherzykowa, rumień i obrzęk, mogący imitować różę.

(Tordieu i Corteand, de Journal médical français, t. XVII, Nr. 11, 1928). Dr.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Sprawozdania

VII Zjazd położników i ginekologów rosyjskich, który w roku ubiegłym odbył się w Kijowie, obradował prócz wielu innych tematów również i nad sprawą ochrony macierzyństwa i dzieciństwa. Trzeci dzień Zjazdu poświęcony był wyłącznie sprawom społecznym, które ściśle łączą się z zawodem lekarzy wspomnianych specjalności. Ponieważ z punktu widzenia ideologii redakcji „Wiadomości Lekarskich“ w najciekawsze zagadnienia obfitował trzeci dzień Zjazdu, dlatego też sprawozdanie niniejsze ogranicza się jeno do wzmianki o przebiegu obrad tegoż dnia.

Jeden z głównych tematów na tem posiedzeniu poruszyła p. Lebediewa, która podała, iż budżet ochrony macierzyństwa i dziecka w S. S. S. R. wynosił w roku minionym 43 milionów rubli. Społecznych instytucji, opiekujących się matką i dzieckiem było w całej republice 7.690. Śmiertelność dzieci w wieku do jednego roku określono przed wojną cyfrą 28 na tysiąc, obecnie zaś 18 na tysiąc. Łóżek położniczych posiada Rosja zaledwie 14.000. Z pomocy położniczej korzystały miasta w 85%, wsie 11%, przeciętnie zatem pomoc ta wynosiła 20%. Znaczny wzrost ludności zwłaszcza w ostatnich latach wysuwa naglącą konieczność wzmoczenia pomocy położniczej, którą to pomoc dałoby się osiągnąć zarówno przez wydatne zwiększenie liczby łóżek położniczych. Wobec zachodzące niemożności powiększenia łóżek położniczych w najbliższych latach, należy zatem dążyć przynajmniej do wystawienia pewnej liczby łóżek niezbędnych dla porodów patologicznych. Łatwiej natomiast dałoby się uzyskać zwiększenie liczby ośrodków położniczych, w których praca odbywa się pod kierunkiem najbliższych lekarzy dzielnicowych. Położne owych ośrodków położniczych winne okazać się nietylko pomoc położniczą, lecz nadto obowiązane są kierować pracą oświatowo-sanitarną, mającą na celu w szczególności uświadamianie ludności w sprawie używania środków przeciwkoncepcyjnych, jako metody najbardziej celowej w walce ze sztucznymi poronieniami. Prelegentka w dalszym ciągu omówiła obszerniej sprawę bardzo rozpowszechnionych poronień sztucznych. W miastach odsetek owych poronień stanowi 30% w stosunku do ogólnej liczby porodów, we wsi natomiast 16%. Równocześnie liczba poronień tajnych spadła w sposób przełomowy na rzecz zwiększenia się liczby poronień oficjalnych. Zdaniem prelegentki powyższy fakt świadczy nader dodatnio o korzystnym wpływie ustawy, zezwalającej na dokonywanie przez fachowców poronień sztucznych. Referatem niejako uzupełniającym był wykład dotyczący tego samego tematu, odnośnie do republiki Ukrainińskiej. Śmiertelność dzieci na Ukrainie znacznie maleje w porównaniu z latami przedwojennymi, albowiem wynosiła ona przed wojną 25%, w ostatnich zaś latach (1925—26) spadła ledwo do 10%. Z pomocy położniczej w odnośnych instytucjach korzystało w latach 1926—27 kobiet 18%. Odsetek ten jest rzecz oczywista zbyt mały. Poronienia sztuczne na Ukrainie stanowią 15% w stosunku do ogólnej liczby porodów.

Z kolei prof. E. Kurdinowski (Moskwa) wygłosił referat na temat „Zawodowe czynniki szkodliwe w położnictwie i ginekologii“ Referat ten opracowało zbiorowo 30-stu lekarzy na podstawie specjalnej ankiety, przeprowadzonej głównie w 3-ch większych lekarskich instytucjach położniczych m. Moskwy. Istotę wspomnianego tematu stanowiło zagadnienie, odnoszące się

do czynności rozrodczej kobiet, uprawiających następujące zawody, a w szczególności zbadano 507 szwaczek z mechanicznych wytwórci, 500 kobiet pracujących w tkalniach, 485 pracujących w przędzalniach, 289 w przemyśle gumowym, 283 konduktorek, 185 robotnic z fabryk tytoniu i wreszcie 131 zecererek. Dotychczas nie udało się wykazać poważniejszych zaburzeń w czynności rozrodczej kobiet, pracujących w wymienionych zawodach, które w porównaniu z gospodyniami domowymi miały stanowić niejako kryterjum dla tych badań. Jedynie zawody, mające do czynienia z truciznami przemysłowymi, a w danym przypadku zecerki, wykazały znaczne upośledzenie omawianej czynności. Nadto należy pamiętać, że poziom kulturalny tych kobiet jest znacznie wyższy, to też częściej uciekają się one do sztucznych poronień. W znacznie mniejszym stopniu na kobiety oddziaływa ujemnie praca w fabrykach gumi i tytoniu. Natomiast inne badane zawody nie zaznaczyły się w niczym jaskrawiej w patologji położniczej. Czas trwania porożu, oraz waga noworodka u kobiet pracujących w wymienionych zawodach, nie odbiegały od ustalonych norm u gospodyń domowych. Niezwykle często natomiast występują u kobiet pracujących w tych zawodach przedwczesne porody, oraz samoistne poronienia. Znamienne jest, że wśród konduktorek i zecererek odsetek porożów patologicznych był znacznie mniejszy niż u gospodyń domowych. Zdaniem mówcy, powyższy fakt daje się wytłumaczyć nowoczesnymi ulepszeniami ochronnymi w jakie wyposażono poszczególne zawody, a które wpływają bezwątpienia korzystnie na zdrowie maiki i dziecka, podczas gdy cały porządek bytu gospodyni domowej kryje w sobie wiele szkodliwych czynników, którym prawo nie jest w stanie zapobiec i usunąć. Wreszcie mówca stwierdza, że ujemne wpływy zbadanych zawodów, nie dotyczą jeno pojedynczych narządów, a w danym przypadku narządu rozrodczego, lecz raczej wpływają ujemnie na cały ustrój. Schorzenia ginekologiczne notowane u kobiet pracujących, są przeważnie pochodzenia zapalnego, a występują one wskutek nieprawidłowego ustawienia macicy, oraz opuszczenia się narządów rodnych i to zwłaszcza u robotnic, wiodących siedzący tryb życia.

Długotrwałe badania wszechstronne w poradniach ginekologicznych kobiet pracujących w przemyśle gumowym (200), w kauczukowym (120) i w drukarniach (100 zecererek) potwierdziły zdanie, że samo badanie tylko narządu rodneho jest zupełnie niewystarczające dla celów wywnioskowania o szkodliwym wpływie poszczególnych zawodów. Natomiast jednoczesne badania robotnic przez ginekologów i internistów (wraz ze zbadaniem krwi i moczu) wykryły szereg zaburzeń w najrozmaitszych narządach i tkankach w szczególności w układzie krwiotwórczym (trucizny przemysłowe). Wreszcie eksperymentalne badania histologiczne autora co do działania trucizn przemysłowych wykazały, że naprzykład benzol lub ołów, powodują poważne zmiany w narządach i we krwi płodu, a mianowicie znika tłuszcz z komórek wątrobowych, oraz występują objawy lipemji. Nadto zastanawiano się nad wpływem regularności na zdolność do pracy, przyczem stwierdzono, iż owa zdolność w dniu miesiączkowe wyraźnie maleje, a następnie szybko powraca do normy.

Reasumując mówca stwierdza, że czynniki profesjonalne wywierają niewątpliwie szkodliwy wpływ szczególnie na kobiety, znajdujące się w okresie ciąży, u innych zaś kobiet przyczyniają się te czynniki do zaostrzenia już istniejących zachorzeń. Wreszcie pamiętać należy, że kobiece narząd rodny, odznaczający się wogóle pewną odpornością i biologiczną zdolnością przystosowywania się, nie stanowi właśnie dzięki temu głównego obiektu zadziałania szkodli-

wych czynników zawodowych. Owe czynniki wpływają niewątpliwie w większym stopniu na najrozmaitsze inne układy narządów i tkanek i dopiero pośrednio w dalszem następstwie odbijają się ujemnie na sferze płciowej. Z powyższego wynika, że w omawianem zagadnieniu wysuwa się na plan pierwszy nie tyle miejscowa, ile ogólna patologia zawodowa całego ustroju. Zawód i tryb życia w sensie szkodliwego ich wpływu na zdrowie, są nierozdzielnie ze sobą powiązane, a społeczno-życiowe czynniki jak na przykład sztuczne poronienia następowe, zatuszowują ogólny obraz, wskutek tego wyłania się konieczność ściślej-szego wyrażania się o zawodowo-życiowych zaburzeniach kobiety, albowiem metodologicznie nie zawsze jesteśmy w stanie wyodrębnić zawód od trybu życia.

Następnie Gitelson w referacie p. t. „Wpływ kurzu tytoniowego na sferę płciową kobiet pracujących w fabrykach tytoniu“ dowodzi, że wpływ ten wyraża się: 1. podrażnieniem układu nerwowego; 2. osłabieniem *libido sexualis* i wreszcie 3. szybszem wystąpieniem okresu przekwitania.

Okuniewa, Szejnbach i Szczegłowa w wykładzie p. t. „W sprawie metodyki określania zmian położenia macicy w czasie unoszenia i przenoszenia ciężarów“ podają, że opierając się na badaniach laboratoryjno-klinicznych ustaliły, iż największym ciężarem, jako kobieta może przenieść bez ujemny dla narządu płciowego — jest ciężar 35 kilogramowy.

Szwarewa, Kragowski i Makarjew wygłosili rzecz p. t. „Zebra- brane wyniki operacji przerwania wczesnej ciąży“. Z 522 spostrzeganych wypadków sztucznych poronień w II. lecznicy ginekologicznej w Moskwie, są przedmiotem rozważań autorów. W każdym przypadku uwzględniano społeczne stanowisko operowanej kobiety, jej wiek, czynność rozrodczą, liczbę przebytych sztucznych poronień, datę ostatniej ciąży, status ginekologiczny przedoperacyjny, wszelkie powikłania występujące zarówno w czasie samego zabiegu operacyjnego, jakoteż w okresie pooperacyjnym, wreszcie stan zdrowia po wypisaniu się chorej ze szpitala, oraz wyniki dalszych badań w czasie następnych wizyt wspomnianych chorych w ambulatorjum szpitalnem (do upływie 1—3-ch miesięcy. Autorzy, opierając się na materiały w ten sposób zestawionym wyciągają następujące wnioski: 1. przeważająca część kobiet przerywa ciążę w okresie pełnego rozkwitu; dane statystyczne wskazują, że największą liczbę kobiet operowanych, stanowią gospodynie domowe, obarczone liczną rodziną. 2. Najczęściej stosowano wspomnianą operację w okresie drugiego miesiąca ciąży. 3. W 43,3% operowanych kobiet stwierdzono w narządach płciowych ślady przebytych spraw zapalnych. 4. W 28,9% spostrzegano w czasie stosowania zabiegu operacyjnego najrozmaitsze powikłania, z których 0,09% przypada na przebicia (perforacje). 5. Nowoczesne urządzenia leczniczo-chirurgiczne zapewniają owym kobietom nietylko natychmiastową pomoc chirurgiczną, lecz także pozwalają na stosowanie zachowawczego leczenia. 6. W 4,1% przypadkach powikłania występują w okresie pooperacyjnym, z czego 0,1% stanowią zapalne schorzenia narządów płciowych. 7. W 4,5% przypadkach powikłania występują dopiero po upływie 1—3 miesięcy po dokonanych zabiegu. 8. 15,3% wszystkich wspomnianych powikłań dotyka kobiet, które cieszyły się przed operacją zupełnem zdrowiem. Powyższe dane stwierdzają, że przerywanie wczesnej ciąży należy do zabiegów nader poważnych i to nawet w rękach doświadczonych lekarzy. Wspomniany zabieg wpływa niewątpliwie ujemnie na ustrój kobiety, atoli śmiertelność w tych razach nie zdarza się wogóle, o to dzięki nowoczesnym urządzeniom eecniczym.

Wreszcie Bronnikow wygłosił wykład p. t. „Porody po wielokrotnie przebytych poronieniach sztucznych“. Badania swe wywodzi autor z rozbioru 1470 historii chorób spostrzeganych porodów w klinice położniczej, z czego 653 przypadki dotyczyły kobiet, u których ustalono w wywiadach przebycie poronień sztucznych, pozostałe 717 przypadków bez poronień było uwzględniane niejako za wzór kontrolny. Wyniki wspomnianych badań porównawczych stwierdziły, że: 1. zwiększa się znacznie długość trwania prawidłowo przebiegającego porodu u kobiet, które przeżyły poronienia; 2. zwiększa się również ogólna liczba powikłań u tych samych kobiet zarówno w okresie porodu, jakoteż w następnym okresie poporodowym: 3. wreszcie zmniejsza się przeciętna waga płodu obok względnego zwiększenia się łożyska u wspomnianych kobiet. Ścisła łączność owych ujemnych danych z przebytymi poronieniami sztucznymi potwierdza się nadto ciekawym faktem, że wybitniejszy stopień ich nasilenia zaznacza się równolegle do zwiększenia się liczby przebytych poronień sztucznych. Z.

Urządowy spis ludności w S. S. S. R. wedle płci i wieku

Świeżo ogłoszone dane statystyczne powszechnego spisu ludności, dokonanego przez centralny urząd statystyczny, wykazują, że S. S. S. R. posiada ogółem 146,964,366 mieszkańców, w tem 71,101,659 mężczyzn i 75,953,707 kobiet. Największa przewaga kobiet nad mężczyznami daje zauważyć się w wieku od lat 16—54 (39,145 tysięcy kobiet i 35,422 tysięcy mężczyzn) natomiast do lat 15 liczba mężczyzn przewyższa liczbę kobiet (29,326 tys. mężczyzn i 28,971 tysięcy dziewcząt). Mężczyźni i kobiety do lat 18-stu stanowią 44,5% całej ludności (65,3 milionów), w okresie od 18—54 lat 45,9% (67,5 milionów) i powyżej 55-ciu lat 9,6%. Najwięcej przypada ludzi na okres czasu do 4-letnich, bo aż 22,3 milj., następnie od 5-ciu do 9-ciu lat 15,2 milionów ludzi, od 10—14 lat 17 milionów, od 15—19 lat 16,9 milionów, od 20—24 lat 13⁸/10 milionów, od 25—29 lat 12 milj., od 30—34 lat 9,1 miliona, a dalej liczba stopniowo maleje odpowiednio do wzrostu lat. Nadto 308,577 mężczyzn i 427,000 kobiet zanotowano między 80-tym a 99-ym rokiem życia, starców zaś w wieku 100 lat i powyżej, wykazano w roku 1926 12,349 mężczyzn i 17,158 kobiet (razem 29,507 ludzi). Z

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

Sprawa przeprowadzania nieprawidłowych porodów poza oddziałem położniczym — Fränkel

Dawniej przeprowadzano w wypadkach ścieśnionej miednicy „poród próbny“ poświęcając ewentualnie życie dziecka. Również często poświęcano dziecko przy łożysku przodującym i położeniu poprzecznym. Sprawy te sprzeciwiają się pojęciu lekarskiemu, biorąc również pod uwagę zmniejszoną chęć odbywania częstych porodów wśród kobiet. Nowoczesne położnictwo wyklucza zabiegi narażające na niebezpieczeństwo życie płodu, jak przedwczesny poród, zapobiegawczy obrót. Rozszerzono obecnie wskazania do cięcia cesarskiego. Ponieważ zabiegu operacyjnego nie można w domu wykonywać, wszystkie przypuszczalne ciężkie porody należy odsyłać na oddziały położnicze. Sprawa, odbiła się też w pojęciach prawnych, gdyż juryści uważają, że należy pociągać do odpowiedzialności sądowej za zaniedbanie lekarza, który przewidując nienormalny poród, przeprowadzał takowy

w domu chorej, nie odsyłając do szpitala położniczego w razie gdyby przez to ucierpiało zdrowie lub życie matki albo dziecka.

(Deutsch. m, W., 39, 1928).

Bühn.

Wyniki światłolecznictwa przy chorobach kobiecych — Engelmann

Przypadki raka szyjki macicy nie nadające się do operacji, naświetlamy wprzód radem, potem roentgenem. Doskonale wyniki początkowe uzyskujemy radem (10—12% wyleczeń). Zdaje się, że zarówno technika operacyjna jak i światłolecznictwo uzyskały maximum dobrych rezultatów. Dalsze polepszenie takowych musi polegać na polepszeniu wczesnej djagnostyki raka. Raka trzonu macicy nie naświetlamy. Przy rakach jajników naświetlanie przy pozostawieniu po operacji nawet większych ognisk nowotworowych przedłuża bardzo znacznie okres wolny od nawrotu. Bezcelowe jest naświetlanie raka sromu. Krwotoki klimakteryczne dają prawie 100% wyleczeń naświetlaniem. Przed naświetlaniem należy wykonać próbną skrobankę, a naświetlanie powtórzyć za 6 tygodni. W krwotokach macicznych u osób młodych często pomaga naświetlanie śledziony i wątroby. Dobre wyniki daje roentgen przy pruritus vulvae, oraz przy gruźlicy przydatków i otrzewnej. Również dobrze działa naświetlanie dawkami kastracyjnymi przy zapaleniach przydatków.

(Klin. Wehschr. 35, 1928).

Bühn.

Stryphonon jako środek tamujący krwawienie w praktyce ginekologicznej — Kuntschik

Środek wprowadzony do chirurgji przez Albrechta w formie gazy stryfnonowej. Jest to środek mniej toksyczny od adrenaliny, a znacznie trwalszy. Również dobrze działają przy krwawieniach zastrzyki stryfnonu. Stosuje się go przy krwawieniach po ekstirpacji drogą pochwową, przy krwotokach z rozpadających raków, przy krwotokach zarówno po poronieniach, jak i po porodzie, jakoteż przy krwawieniach klimakterycznych, krwawieniach na tle mięsaków macicy i metrorrhagiach na tle nieznanem. Przy małych krwotokach pooperacyjnych wystarczy dożylny zastrzyk 1 cm³ 0,05% roztworu stryfnonu (istnieje gotowy w ampułkach), ewentualnie w kilka godzin później powtarza się tę samą dawkę podskórnie. Podobnie postępuje się przy metrorrhagiach, powtarzając zastrzyk podskórny następnego dnia. Krwotoki ustają po 3—4 dniach. Zwykle podaje się równocześnie per os preparaty wapniowe. O ile się nie przekracza dawki powyższej, nie występują objawy uboczne (bładość, bicie serca, drżenia i t. p.).

(Wien. Kl. Wehschr. 34, 1928).

Bühn.

Leczenie wymiotów ciężarnych za pomocą desenzybilizacji — Solal-Dalsace

Leczenie wymiotów u ciężarnych jest trudne i niepewne. Pewne środki działające na system vago- i sympatikotoniczny, między innymi najbardziej pilokarpina, dają interesujące rezultaty przez zmianę podłoża na którym powyższe cierpienie się rozwija. Autorowie próbowali bez skutku stosować doskórnie wy-ciągi z łożyska płodowego. Obecnie stosują roztwór skoncentrowany 50% pep-tonu doskórnie, podobnie jak stosujemy go dziś przy coryza spasmatica, asthma brionchiale, astmie siennej i t. d. Wszystkie pacjentki bardzo szybko pozbyły się swych dolegliwości.

(Gynécologie et Obstétrique I., 1928).

Bühn.

WIADOMOŚCI UBEZPIECZENIOWE

Ubezpieczenie na wypadek choroby w Japonji

Lecznictwo ubezpieczonych na wypadek choroby przeprowadza w Japonji związek lekarzy za pewną określoną w ustawie kwotę roczną. W swoim ostatnim sprawozdaniu podaje związek lekarzy następujące cyfry odnośnie do tego ubezpieczenia; ilość chorych: mężczyzn 706.720, kobiet 554.144 razem 1,260.864, ilość dni choroby: mężczyzn 7,088.533, kobiet 4,882.336 razem 11,970.889; na jednego ubezpieczonego wypadu w roku dni choroby: mężczyzn 10.03, kobiet 8.63. (The Journal of Amer. Med. Association. 9. VI. 1928).

Stosunek procentowy ludności ubezpieczonej na wypadek choroby w poszczególnych państwach: (wedle zestawionego Międzynarodowego Biura Pracy)

P A Ń S T W O	Rok	Stosunek procent. ilości ubezpieczonych do całej ludności
Państwa z obowiązkowem ubez. na wypadek choroby		
Anglja	1925	35.00
Austria	1925	34.30
Niemcy	1925	32.00
Francja (Alzacja i Lotaryngja)	1923	22.90
Norwegja	1925	21.60
Czecho-Słowacja	1924	19.25
Luxemburg	1923	16.60
Irlandja	1926	15.10

P A Ń S T W O	Rok	Stosunek procent. ilości ubezpieczonych do całej ludności
Państwa z dobrowolnem ubez. na wypadek choroby		
Danja	1925	57.40
Szwajcarja	1925	32.68
Belgja	1925	14.30
Szwecja	1925	11.94
Francja	1923	6.63
Finlandja	1924	2.00
Włochy	1925	2.00
Hiszpanja	1925	1.87

Nowela do angielskiej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby

Omawiana nowela, zmieniająca niektóre postanowienia ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby weszła w życie 1 stycznia 1929 r.

Najważniejsze jej postanowienie dotyczy ochrony na wypadek choroby w czasie po wygaśnięciu ubezpieczenia. Prawo do pełnych świadczeń ubezpieczenia istnieje jeszcze przez $1\frac{3}{4}$ roku po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia. Po upływie tego czasu może ubezpieczony zapewnić sobie jeszcze przez 1 rok świadczenia rzeczowe przez wpłacenie wkładki w wysokości połowy wkładki normalnej.

Wedle dawnej ustawy następuje redukcja zasiłku na wypadek choroby, jeżeli przez utratę zajęcia, podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia, ustaje wpłata wkładki. Nowela postanawia, że ta redukcja niema miejsca, jeżeli utrata zajęcia nastąpiła przez niedobrowolne bezrobocie.

Dotychczas miały kasy prawo wypłacania rodzinie ubezpieczonego, który znajduje się w szpitalu, zasiłku pieniężnego. Nowela wprowadza obowiązek kas w tym kierunku.

Następnie włącza ona do ubezpieczenia pewne grupy, które dotychczas nie korzystały z niego.

Wedle dawnej ustawy podlegały osoby, nie przyjęte przez jedną z uznanych kas, lub które nie chciały wstąpić do jednej z takich kas, w miejsce ubezpieczenia systemowi przymusowej oszczędności (Deposit contributors). Nowela odróżnia obecnie dwie grupy takich osób; do pierwszej należą osoby, które nie zostały przyjęte do kasy z powodu złego stanu zdrowia i te tworzą niezależną grupę ubezpieczeniową, do drugiej należą wszyscy inni, i do nich stosują się dawne postanowienia. Celem utworzenia dostatecznej materialnej podstawy dla ubezpieczenia pierwszej grupy, przewidziano nowela dla niej wkładki, które stały się wolne z powodu śmierci lub emigracji członka.

Wedle dawnej ustawy nie mają ubezpieczeni, którzy ulegli wypadkowi przy pracy i na skutek tego nabyli prawo do odszkodowania ze strony pracodawcy, prawa do świadczeń kas, nawet jeżeli przedsiębiorca na skutek bankructwa wypłaty odszkodowawcze zawiesił. Nowela daje ubezpieczonym w takim wypadku prawo do pełnych świadczeń kasy.

Nowela nie obejmuje szeregu wniosków komisji królewskiej z roku 1926. Sprawa zastąpienia komitetów ubezpieczeniowych przez lokalne władze zdrowotne ma być załatwioną przez nowy projekt rządowy. Planowany rozdział nadwyżek kas uznanych na wszystkie kasy, celem poprawienia świadczeń, upadł na skutek oporu uznanych kas.

Wpływ bezrobocia na ubezpieczenie; na wypadek choroby w Anglii

Sprawozdanie, złożone na posiedzeniu angielskich kas chorych wskazuje na wzrost wydatków ubezpieczeniowych od czasu wielkiego strejku w roku 1926. Doświadczenie ostatnie określone są jako bardzo niekorzystne mimo wzrostu wkładek. Najpoważniejszą przyczyną ma być fakt, że z powodu bezrobocia coraz większa ilość ubezpieczonych stara się o uzyskanie zasiłku chorobowego. Ważną rolę odgrywa przytem zmniejszenie sił żywotnych u klasy robotniczej, spowodowane trwałem bezrobociem i niedożywieniem. Niektórzy znawcy twierdzą, że pewną winę ponoszą same kasy, które nie chcą utracić zaufania ubezpieczonych wydając zasiłki często bez uzasadnionej potrzeby. Nie brak także głosów, które

przypisują winę niekorzystnego położenia kas lekarzom, którzy rzekomo są coraz bardziej ustępliwi wobec ubezpieczonych i badają tylko powierzchownie robotników, zgłaszających się po zasiłek. Sprawozdanie stoi na stanowisku, że jakieby nie były przyczyny tego stanu, są kasy po myśli ustawy, obowiązane jedynie do wypłaty zasiłków takim osobom, które są rzeczywiście chore i muszą zwalczać wypłatę zasiłków z innych przyczyn, aniżeli choroba. Ażeby mieć w tym kierunku pewne dane, zarządziło ministerstwo zdrowia, które jest władzą nadzorczą nad kasami, statystyczne dochodzenia, w jakich klasach wieku są najczęstsze choroby i brak pracy. Poza tem pertraktuje ministerstwo z reprezentantami związku lekarzy celem zbadania w jakiej mierze jest niekorzystne położenie kas, winą lekarzy. Zastępcy lekarzy przeczą jakoby odpowiedzialność za obecny stan spadała na lekarzy i twierdzą, że mentalność lekarzy nie mogło ulec w ostatnich 2 latach takiej zmianie, ażeby wbrew postanowieniom ustawy przyznawali zasiłki osobom, na to nie zasługującym. Niektóre kasy żądają zwiększenia ilości państwowych lekarzy rewizyjnych, którzyby mieli rozstrzygać w wypadkach, w których kasy uważają orzeczenie lekarskie za zbyt korzystne. Ministerstwo zdrowia nie przyrzeka sobie jednak wiele po tego rodzaju zarządzeniach.

(„The Policy Holder“).

Program niemieckiego rządu w sprawie ubezpieczeń społecznych

Oświadczenie złożone przez kanclerza rzeszy niemieckiej Müllera parlamentowi niemieckiemu zawiera następujący ustęp, odnoszący się do ubezpieczenia społecznego:

„W ramach ogólnych zarządzeń oszczędnościowych będzie należało rozważyć, w jaki sposób można ubezpieczenie społeczne uczynić bardziej prostem, godarczem a w konsekwencji bardziej wydatnem. Nie wchodzi naturalnie w rachubę żadne zarządzenie, któreby miało zmniejszyć świadczenia lub ograniczyć samorząd. Przeciwnie, przedmiotem rozważań będzie, czy i o ile oszczędności poczynione w zakładach ubezpieczeniowych będą mogły być zużyte na zwiększenie świadczeń rzeczowych dla ubezpieczonych. W szczególności będą zakłady ubezpieczeniowe musiały jeszcze bardziej nastawić się na wprowadzenie zarządzeń ochronnych i profilaktycznych, a to w dziedzinie zwalczania chorób masowych i ochrony przeciw nieszczęśliwym wypadkom. Rozszerzenie ubezpieczenia od wypadków na choroby zawodowe, nie podlegające dotychczas ubezpieczeniu, będzie również służyło temu zadaniu. Rozporządzenie mające się wydać, obejmie te choroby zawodowe, które będą traktowane na równi z wypadkami przy pracy. Rząd przedłoży projekt ustawy o rozszerzeniu ubezpieczenia od wypadków, na zakłady pracy, które dotychczas ubezpieczeniu nie podlegały.

Zakłady ubezpieczenia społecznego będą musiały służyć polityce ludnościowej, mającej na celu ochronę rodziny. W związku z tem nabiera szczególnego znaczenia granica obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby. Będzie więc zadaniem rządu rozważyć, czy i jak daleko należy te granice rozszerzyć.

W sprawach ubezpieczenia międzynarodowego będzie rząd kontynuował dotychczasową swoją politykę. W umowach międzynarodowych będą zastrzeżone wzajemne prawa wynikające z ubezpieczenia przy zmianie miejsca pobytu. Takie umowy stanowią pomost między ubezpieczeniami pojedynczych krajów. Ścisła współpraca z Międzynarodowym Biurem Pracy, która wydała tak korzystne i ważne rezultaty zarówno dla niemieckiego, jak i międzynarodowego ustawodawstwa społecznego będzie kontynuowana.

KRÓTKIE WIADOMOŚCI LECZNICZE

Frenikotomja i torakoplastyka przy ropnych rozstrzeniach oskrzeli

Callister jest przekonany o skuteczności chirurgicznego leczenia ropnej rozstrzeni oskrzeli szczególnie w przypadkach, przy których aspiracja bronchoskopijna nie odnosi żadnego skutku. Najlepszym leczeniem jest wywołanie ucisku zewnętrzno-opłucnowego, przez frenikotomję, następnie przez tylną torakoplastykę, uciskającą całą chorą stronę.

(California and Western Medicine. 29. XI. 1928).

Zi.

Przypadek hiperpyreksji

Behnemana donosi o przypadku, przy którym zmierzono pod nader ścisłą kontrolą 45° gorączki przez jedną godzinę. Pacjent był przez całą noc przytomny, skarżył się tylko na uczucie gorąca. Przyczyną ciepłoty była mycosis fungoides, która po owym ataku gorączkowym poprawiła się bardzo znacznie. Autor przypuszcza, że przyczyna tak znacznej poprawy cierpienia zresztą śmiertelnego leżała w ciepłocie osiągniętej przez nagły rozpad ciał bakteryjnych.

(California and Western Medicine. 29. XI. 1928).

Zi.

Bakterjologia ropni płuc i rozstrzeni oskrzeli

Ermatinger przebadał 33 pacjentów i znalazł w 70% staphylococcus aureus, w 5% hemolityczne streptokoki, wreszcie 2% pneumomoki. Raz znaleziono spirochetę podpadającą pod grupę Leptospira Noguchi'ego.

(Journal of Infectious Diseases. 43. XI. 1928).

Zi.

Leczenie następstw „encephalitis epidemica“

Economow wstrzykuje przy sprawach ostrych dożylnie jod: tak, że chory dostaje 2—3 razy tygodniowo po 100 ccm roztworu Pregl'a, a łącznie 1—2 litrów. Równocześnie wstrzykuje wakcynę albo raz tygodniowo 100 ccm, 10% wodnego roztworu natrium jodat. Niezależnie od tego podaje skopolaminę, ostatnio nikotyne, arsen 40% wodny roztwór natrium kakodylicum 1—2 razy dziennie po 0.2 ccm, łącznie do 50 gr. natrium kakodylicum. Leki te pomagają przy zwyczajnych unieruchomieniach. Formy okazujące objawy atetotyczne lub choreatyczne są znacznie oporniejsze na leczenie. Czasem widzi się dobre skutki po leczeniu malarją.

(Therapie der Gegenwart, grudzień, 1928).

Bt.

Leczenie wiału rdzenia gorączką

Blum poleca Pyrifer — przetwór składający się z białka bakteryjnego wydobionego z mleka. Podaje się naraz 50 jednostek dożylnie, równocześnie dostnie kardiazol. Dochodzi się aż do 5.000 jednostek łącznie.

(Therapie der Gegenwart, grudzień, 1928).

Bt.

Schorzenia stawów a nadezność tarczycy

Duncan przydziela dużo przypadków schorzeń stawowych, anatomo-rentgenowsko nie odróżniających się innych schorzeń gośćcowych do zespołu tyreotoksycznego. Rozpoznanie czyni „ex juvantibus“ na podstawie wyleczenia po strumektomji.

(Journal of Amer. Med. Associat. 8. XII. 1928).

Zi.

Dusznicza bolesna pod formą zaburzeń żołądkowych

Coffen i Rush podnoszą częste występowanie duszniczy bolesnej pod formą „indygestji“, pozornie lekkiej. Kropla nitrogliceryny, usuwającej momentalnie bóle żołądkowe potwierdza rozpoznanie.

(Journal of Amer. Med. 8. XII. 1928).

Zi.

Leczenie płatowego zapalenia płuc zapomocą swoistej przeciwbakteryjnej surowicy

Park, Bullowa i Rosenblüth ogłaszają swoje rozległe doświadczenia nową oczyszczoną surowicą Feltona z Harvard, która dożylnie nie daje żadnych przykrych następstw. Szybki zaś i niezawodny skutek jest możliwy często tylko po nader szybkim doprowadzeniu surowicy do krążenia, to jest drogą dożylną. Metoda autorów, która okazała się niesłychanie sprawna polegała na podaniu co 8 godzin aż do spadku ciepłoty poniżej 38, po 10.000 jednostek wielowartościowej surowicy zawierającej po 10.000 jednostek typu I, II i III. Najlepiej i najpewniej działa surowica wielowartościowa przy typie I, przy typie II tylko przy wczesnem wprowadzeniu, jeżeli dochodzi przedtem do bakterjemji to przy typie II często nie można uzyskać żadnego wyniku korzystnego. Przy typie III skutek jest jeszcze słabszy. Okazało się też, że surowica Feltonowska jest czysto przeciwbakteryjna, a nie przeciwtoksyczna.

(Journal of Amer. Med. Associat. 17. XI. 1928).

Zi.

Czynniki konstytucjonalne przy hipertenzji

Barach stwierdza w historii przedchorobowej hipertenzjowców częste zakażenia, syndrom migdałkowy, degeneratywne zmiany w żeńskich narządach płciowych, obniżoną potencję u mężczyzn, nerwice.

(Journal of Amer. Med. Associat. 17. XI. 1928).

Zi.

Wpływ tonsillektomji na przebieg schorzeń sercowych

Farnum zdaje sprawę z 180 tonsillektomji u 526 pacjentów w wieku od 12—72 lat; z których 295 cierpiało na gościcowe schorzenia stawów, 51 na płasawicę, 275 na zapalenie migdałów zaś 62 miało dodatniego Wassermanna. Najlepszą narkozą okazała się narkoza eterowa. Operacja nie zapobiegła nawrotom gościcowym, sercowym, płasawicy ani bolesnego gardła, często zaś zaogniła sprawę, dotąd drzemiącą; autor wypowiada tedy krytyczny sąd o tej operacji przecenianej.

(American Journal of Medical Sciences. 176, październik, 1928).

Zi.

Leczenie bakterjofagami

Rice i Harvey otrzymali doskonałe wyniki w 50 przypadkach ropnia na tle staphylococcus aureus, albus i bac. coli oraz pyocyanus wstrzyknięciem fagów do jamy ropnia albo też podania ich na wilgotnym okładzie.

(Journal of Laboratory and Clinical Medicine. 14. X. 1928).

Zi.

Nowe wskazania do wstrzykiwań atofanylowych

Schmidt otrzymał nadzwyczaj korzystny wynik u morfinisty zapomocą codziennych dożylnych dwukrotnych wstrzykiwań atofanylu, do którego dodawał 2—4 kropel 1% roztworu atropino-morfinowego. Po kilku tygodniach był pacjent zupełnie wyleczony. Działanie leku tłumaczy autor osrodkowem porażeniem i euforją psychicznie wywołaną.

(Therapie der Gegenwart, styczeń, 1929).

Kt.

Przypadek zastosowania autotransfuzji

Davine i Kinsella opowiadają historię choroby chłopaka, który upadkiem z piętra złamał sobie czaszkę, a po kilku godzinach okazał nagle objawy krwawienia wśródbrzusznego. Operacja wykazała dużo krwi w jamie brzusznej z powodu urwania się żyły śledzionowej. Krew przelano zaraz do roztworu cytrynianu i nazad wstrzyknięto do żyły. W krótki czas potem nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(British Medical Journal. 29. VIII. 1928).

Zi.

Kombinowane leczenie strofantyno-koraminowe

Weiss nie zaleca kombinacji naparstnicy z dożylnymi wstrzykiwaniami strofantyny. Poleca natomiast gorąco łączenie w jednej dożylnej wstrzykawce koraminy ze strofantyną w dawkach zwyczajnych.

(Therapie der Gegenwart, styczeń, 1929).

Kt.

Leczenie cukrzycy zapomocą „nieparzystych“ kwasów tłuszczowych

Uhlmann poleca „Diafett“ fabr. Bayer, składający się z kwasów tłuszczowych o nieparzystej ilości C. Ciała podobne spalają się jak tłuszcze ale nie powodują kwasicy w organizmie djabetyka. Przetwórnictwo przez autora wypróbowany przewyższa „Intarvinę“ amerykańską.

(D. A. f. kl. Med. 161. Z. 3/4).

Kt.

Leczenie stanów melancholijnych

Beyermann poleca wstrzykiwania somnifenu dla przypadków nienadających się do leczenia psychicznego.

(Nederl. Tijd. v. Geneesk. Nr. 33. 1928).

Kt.

Schorzenia żołądka na tle zatrucia ołowiem

Gutzeit zwraca uwagę na schorzenia żołądka, wyglądające klinicznie jak zwyczajna „gastritis“ ze wzmożoną kwasotą i przerostowym niezłym błony śluzowej. Skutek korzystny usunięcia szkodnika udowodnił, że miało miejsce zatrucie ołowiem bez pojawienia się innych kardynalnych objawów.

(M. m. W. Nr. 38. 1928).

Kt.

Autohemoterapia

Schmitz posługuje się krwią pacjenta albo zwierzęcą, wstrzykiwaną domięśniowo w dawkach od 1–2 ccm. Skutki korzystne tego leczenia spostrzegano przy różnej twarzy, ciężkiej grypie, wyprysku pęcherzykowatym, ropniu karku i nierzerzączkowym zapaleniu jąder.

(M. m. W. Nr. 34. 1928).

Kt.

Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego powikłaniem nerkowym

Malcolm Thomson opisuje przypadki appendicitis, powikłane silnym ropomoczem, który znikł po appendektomji. Wypadki takie mogą stać się przyczyną fałszywego rozpoznania. (Na 200 przypadków zdarzało się to 3 razy).

(Journal of Amer. Med. Associat. 14/I 1920).

Bt.

Chirurgiczne leczenie kamicy żółciowej

Guleke stawia wskazanie do zabiegu przy ostrej ciężkiej cholecystitis cholangitis, ostrych i prz. wlekłych ropniach i obrzęku woreczka (hydrops). Zamknięcie kamieniem przewodu żółciowego jest dla autora wskazaniem do zabiegu

nawet przy pierwszym ataku. Przy zamknięciu o wątpliwej etiologii nie należy czekać ponad 2 tygodnie, tak samo należy operować przy każdym napadzie, przy którym próby funkcjonalne wątrobowe wypadają dodatnio lub też powstają bóle w lewym boku i inne objawy wskazujące na powikłanie trzustkowe.

Th. d. G. 7., 1928),

B.

Przypadek wyleczenia ciężkiego zranienia szyji

Scott opisuje przypadek skaleczenia stłuczoną szybą automobilową, która przecięła pacjentowi zupełnie tchawicę i przelyk, na szczęście nie naruszając naczyń krwionośnych ani nerwów. Udało się rany zaszyć prawie bez bólu mimo braku znieczulania; dla umożliwienia oddechania i odżywienia nałożono naprzód kaniulę tracheotomiijną oraz gastrostomiijną, wycofano później w miarę polepszenia się stanu. W kilka miesięcy po wypadku pacjent był zupełnie zdrow, umiał mówić głośno, a blizna prawie nie była widoczna.

(Journal of Amer. Me. Associat. 3/III. 1928).

Bt.

Wyniki leczenia chirurgicznego Ch. Basedowa.

Frazier i Mosser cytują 146 operowanych przypadków. Stosunek kobiet do mężczyzn był przeciętnie jak 6:1. W niektórych razach uciekano się do dwuczłowego operowania. Zabieg doszczętny daje według autorów 96% prawdopodobieństwa poprawy, z tego 75% zupełnego wyleczenia, 15% popraw dużych, a 6% popraw widocznych. Wczesna operacja jest pożądana i bardzo korzystna, po zabiegu musi nastąpić troskliwa opieka ozdrowieńcza. Jod według autorów jest szkodliwy i powinien być wykreślony z listy leków przy Ch. B.

(Journal of Amer. Med. Associat. 3/III. 1928).

Bt.

Leczenie naczynek środkami wywołującymi krzepnięcie krwi — Hustin

Autor poleca przy dużych naczynek twarzy wstrzykiwanie dokładnie do światła naczynia kilka dziesiętnych cm^3 50% roztworu cytrynianu sodu. Zastrzyk powtarza się co 8—10 dni. Guz znika stopniowo, nie pozostawiając ani blizny, ani żadnego oszpecaenia.

(Le Scalpel VIII/1928).

Bühn.

O dusznicy bolesnej

Kahn i Barsky składają sprawozdanie z obserwacji przeszło 200 pacjentów, z których 22% miało pierwsze napady przed 40 r. życia. Cukrzyca i gościec stanowią ważne czynniki etiologiczne. Najważniejszym jest miażdżycza tętnic, pokazująca się pod postacią twardych pokręconych tętnic (także i na siatkówce!) łuku naokoło rogówkowego, oraz zmian naczyniowych w nerkach. Nie ma jednakowoż bezpośredniego związku między wysokiem parciem a powstawaniem napadów dusznicowych. Najczęściej ze znaków fizykalnych pojawia się szorstki szmer skurczowy na tle zmian w aorcie. Znaczenie prognostyczne mają objawy osłabienia mięśnia sercowego, jak dychawica sercowa, pulsus alternans, systoliczny rytm ewalowy, i sinica wysiłkowa. 6 razy pojawiały się napady dusznicy u pacjentów z gościcową „stenosis mitralis“. Czasem trudno odróżnić dusznicę od napadu kolki żółciowej. Śmiertelność w materiale autorów wyniła 15% (30 zmarłych). Wiele leków a także i zabiegi chirurgiczne mogą przynieść wielką ulgę, chociaż nigdy nie można przepowiedzieć, który lek pomoże w danym osobniczym przypadku.

(Annals of Internal Medicine. 2. XI. 1928).

Zi.

Leczenie wiału rdzenia bismarsenem

Tobias podaje swoje doświadczenia lecznicze nowym przetworem skombinowanym, bismarsenem, zawierającym bizmut i arszenamin, łatwo przyswajalnym drogą domięśniową. Zawartość arszeniku waha się między 12—15%, zaś bizmutu około 25%. Dawki normalne są 0.2 ccm w 1 cc wody. Ważnem jest zupełne rozpuszczenie przed wstrzyknięciem. Wstrzykuje się w górny kwadrat pośladka, na wypadek nakłucia żyły trzeba igłę cofnąć natychmiast. Bólowi miejscowemu zaradza energiczny masaż. Dotychczasowe wyniki są bardzo dobre. Przedewszystkiem nie zauważono nigdy żadnych przykrych następstw, ani spraw skórnych poarszenikowych, jak dermatitis exfoliativa. Tylko jeden pacjent na 20 okazywał na dziąsłach wyraźny brzeżek bizmutowy. W dwa tygodnie po rozpoczęciu leczenia można było stwierdzić we wszystkich przypadkach znaczne polepszenie — powolne ustąpienie bólów opasujących; ataktyczne objawy zniknęły powoli. Natomiast nie widziano żadnego wpływu na zanik nerwu w zrozkowego. Wassermann we krwi zniknął szybko, powoli zaś i niezawsze Wassermann w płynie mózgowo-rdzeniowym.

(American Journal of Syphilis. 12. X. 1928).

Zi.

Wrodzone zamknięcie aorty

Philpot opowiada o noworodku z wrodzoną atrezią ujścia aortalnego i mitralnego, który żył 62 godzin. Duszność i sinica, były jedynymi znakami zewnętrznymi. Autoptycznie nie znaleziono żadnych zmian zapalnych, tak, że defekt trzeba kłaść na karb wrodzonego zahamowania rozwoju serca w życiu płodowym.

(Annals of Internal Medicine. 2. XI. 1928).

Zi.

Leczenie bromodermia

Bechet w uporczywych bromodermiach otrzymał dobre wyniki po iniekcjach dożylnych 100—200 cm³ roztworu fizjol. NaCl, które powtarzał 3 razy tygodniowo.

(The Journal of the Amer. 1928, N. 5).

Uwagi o endemiologii i profilakcji ostrych chorób infekcyjnych wieku dziecięcego — Prof. Dekwitz

Autor zwraca uwagę na to, że chorób wieku dziecięcego jak odra, koklusz, płonica i błonica nie zdaliśmy dotąd opanować, w przeciwieństwie do tyfusów, cholery i czerwonki, które zdaniem jego nie grają już ze stanowiska higieny społecznej żadnej roli. Przyczyny różnicy tej leżą w specjalnie łatwym sposobie szerzenia się chorób dziecięcych (infekcja kropelkowa) i częstem a niedającym się rozpoznać nosicielstwie.

Walka z chorobami tymi nie może być ryczałtowa jak w innych chorobach infekcyjnych, lecz musi stosować indywidualne zapobieganie i uodpornienie. Autor zaleca stosowanie ochronnego szczepienia metodą Behringa przeciw błonicy (3 razy podskórnie w odstępach 8-dniowych mieszaninę toksyny i antytoksyny), sceptycznie odnosi się do czynnego uodporniania przeciw kokluszowi i gruźlicy (metodą Calmetta). W przypadkach zagrożenia płonicą, kokluszem lub odra radzi natomiast stosowanie uodpornienia biernego przez śródmięśniowe podanie 20—25 cm³ krwi dorosłych.

(Praktische Ergebnisse der wissenschaftliche Forschung, 1929, 1—2).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Ważne orzeczenie Sądu Najwyższego. W myśl ustępu III art. 42 ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, gdy do udzielenia pomocy członek wezwał lekarza pozakasowego, Zarząd Kasy obowiązany jest do zwrotu kosztów pomocy lekarskiej i leków tylko w takim razie, jeżeli stało się to za zezwoleniem Zarządu Kasy, lub w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziła niebezpieczeństwem.

Sprawa, powstała na tle tego przepisu, rozpatrzona została przez Sąd Najwyższy w sprawie Józefa Miedziejewskiego przeciwko powiatowej Kasie Chorych w Radomsku. Mianowicie żona M. wstawiła sobie u prywatnego dentysty sztuczne zęby. Zabieg ten został uznany przez naczelnego lekarza Kasy za konieczny, Kasa jednak nie mogła go wykonać z braku umowy w owym czasie z jednym z lekarzy dentystów. Kasa odmówiła M. wypłacenia sumy, jaką za wspomniany zabieg pobrał prywatny dentysta. Sąd Okręgowy zasądził powództwo na rzecz M., Kasa Chorych zaś odwołała się do do Sądu Najwyższego, wywodząc, iż powództwo uwzględnione zostało niesłusznie, gdyż Kasa Chorych obowiązana byłaby zwrócić powodowi koszty pomocy lekarskiej, udzielonej, jak w przypadku, przez lekarza pozakasowego, jedynie w razie, gdyby powód zwrócił się do takiego lekarza za zezwoleniem Zarządu Kasy lub w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem.

Sąd Najwyższy uznał (wyjątek z motywu wyroku):

że, jak wynika z ustaleń zaskarżonego wyroku, wykonanie u lekarza kasowego zabiegu dentystycznego, zaleconego żonie powoda przez naczelnego lekarza Kasy Chorych, było niemożliwe ze względu na to, iż Kasa Chorych nie posiadała wówczas z żadnym z lekarzy dentystów umowy w przedmiocie udzielenia członkom Kasy pomocy lekarskiej w zakresie dentystyki;

W tym przeto stanie rzeczy mógł zasadnie Sąd Okręgowy, wbrew mniemaniu Kasy Chorych, uznać iż Kasa nie może w przypadku zaślania się przepisem art. 42 p. III, ustawy z dnia 19 maja 1920 r., gdyż przepis ten, zwalnający Kasy Chorych od obowiązku zwrotu członkom Kasy kosztów pomocy lekarzy pozakasowych poza przypadkami wyjątkowymi, w ustawie wyraźnie wskazanymi, mogły bronić skarżącą Kasę jedynie w razie, gdyby posiadała ona należytą organizację, dostosowaną do potrzeb jej członków w zakresie pomocy lekarskiej i wykluczającą konieczność zwracania się w warunkach normalnych do lekarzy pozakasowych; gdy przeto Kasa Chorych nie kwestjonowała w zasadzie prawa powoda, jako członka Kasy, do otrzymania od tej ostatniej świadczenia, zaleconego przez lekarza naczelnego Kasy, a ustalona została niemożność uzyskania tego świadczenia u lekarza kasowego, to Sąd Okręgowy mógł bez obrazy powołanego przepisu uznać, iż w przypadku Kasa nie jest władna odmawiać powodowi zwrotu kosztów, poniesionych wskutek tego, że Kasa ze względu na swe braki organizacyjne nie była zdolna czynić zadość swym obowiązkom względem członków, przewidzianym w art. 23 p. I, Lit. a, i w art. 33, Lit. a, ustawy z dnia 19 maja 1920 roku.

Z tych oto względów Sąd Najwyższy odrzucił skargę kasacyjną powiatowej Kasy Chorych w Radomsku, uznając, że ustęp III art. 42 ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby nie może być zastosowany, o ile Kasa Chorych nie jest w stanie zaspokoić potrzeby swoich członków, przewidziane w ustawie, ze względu na braki organizacyjne.

**Rozmieszczenie lekarzy Polski
w świetle zestawień dr. M. Kacprzaka (Wiad. Czas. Lek. Nr. 9. 1929).
Liczba lekarzy w miastach z ludnością powyżej 100.000
w latach 1926—1927.**

(na podstawie danych z Izby Lekarskich i z Naczelnej Izby Lekarskiej).

M I A S T A	L. ludności na dzień 1/1 1929 r.	L. lekarzy	Na 1 lekarza ludności	Wg. prof. Cieszyńskiego	Wg. Dr. Cz. Wroczyńskiego
Warszawa	1,028.982	1.714	600	440	550
Lwów	238.303	612	390	320	280
Kraków	191.385	444	430	370	330
Poznań	226.827	232	980	1.000	760
Wilno	170.796	302	560	—	380
Łódź	578.069	416	1.400	1.260	880
Sosnowiec	101.997	62(54)	1.600	2.000	—
Lublin	111.589	83	1.300	—	—
Bydgoszcz	108.065	69	1.600	1.600	—
Katowice	115.697	72(56)	1.600	1.600	—

Lekarze według narodowości

WOJEWÓDZTWO	Polska	Żydowska	Niemiecka	Rosyjska	Rusińska*)	Białoruska	Nieznana
Warszawa	1061	35	4	4	4	1	833
Łódź	260	38	3	6	2	1	307
Kielce	149	5	7	3	4	—	205
Lublin	81	6	5	2	4	—	109
Białystok	231	69	8	6	3	2	24
Wilno	254	78	1	2	1	3	—
Nowogródek	74	21	1	3	1	3	—
Polesie	79	22	—	2	13	7	1
Wołyń	54	53	1	16	13	2	2
Poznań	309	3	106	1	—	—	6
Pomorze	77	—	46	—	—	—	—
Kraków	703	28	5	—	10	—	10
Lwów	906	210	3	4	56	8	—
Stanisławów	166	59	—	—	23	3	2
Tarnopol	97	45	2	8	13	—	3
Śląsk	157	1	134	2	—	—	3
Ogółem	4658	673	326	59	147	30	1505
	79 1%	11.4%	5.5%	1.0%	2.5%	0.5%	—

*) Nomenklatura Dr. M. Kacprzaka. (Przyp. Red).

Lekarze według wyznań w Polsce
Z podziałem na województwa.

WOJEWÓDZTWO	Katolicy rzym.	Greko-katolicy	Ewangelicy	Mojesz.	Prawosławni	Bezwyznaniowi	Nieznane
Warszawa	567	2	59	326	13	28	837
Łódź	108	—	20	171	7	2	309
Kielce	117	—	3	38	4	2	209
Lublin	68	—	2	20	3	1	113
Białystok	166	2	15	118	14	1	27
Wilno	216	1	15	98	8	—	1
Nowogródek	54	—	7	32	10	—	—
Polesie	56	1	5	34	27	—	1
Wołyń	44	—	4	58	33	—	2
Poznań	296	—	85	37	1	—	6
Pomorze	79	—	37	5	—	2	—
Kraków	506	1	12	212	1	6	14
Lwów	568	53	10	536	12	—	8
Stanisławów	86	23	2	132	6	2	2
Tarnopol	34	19	1	108	3	—	3
Śląsk	184	—	67	40	1	2	3
Ogółem	3259	106	344	1965	143	46	1535
% %	55.6	1.8	5.9	33.5	2.4	0.8	

Lekarze w Polsce według wieku i płci.

	Do 30 lat	Do 40 lat	Do 50 lat	Od 50 lat	Razem
Mężczyźni	1101	2355	1507	1746	6709
	16.4%	35.1%	22.5%	26.0%	100%
Kobiety	246	347	48	12	689
	35.7	50.4%	12.2%	1.7%	100%
Razem	1347	2702	1591	1758	7398

Nowe przepisy dla zwalczania nielegalnego handlu narkotykami.
Departament Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych przystąpił do opracowania nowego rozporządzenia dla zwalczania nielegalnego handlu narkotykami. Nowe rozporządzenie odbiera prawo zapisywania na receptach środków odurzających lekarzom denty stom, którzy będą mogli nabywać narkotyki tylko dla własnego użytku.

Lekarze będą mogli zapisywać tego rodzaju recepty tylko do jednokrotnego użytku. Przy powtarzaniu będą musieli wypisywać nowe blankiety receptowe. We wszystkich aptekach wprowadzono specjalne księgi dla notowania ilości i nazwisk odbiorców sprzedanych środków narkotycznych.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku o położnych.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. Ust. R. P. Nr. 78, poz. 443) postanawiam co następuje:

I. Praktyka położnicza.

Art. 1. Prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej przysługuje osobom, które

- 1) posiadają obywatelstwo polskie, i
- 2) ukończyły jedną z państwowych szkół położnych, określonych w art. 6 ust. 2, względnie złożyły przepisany egzamin po ukończeniu jednej z prywatnych szkół położnych, wymienionych w tymże art. 6 ust. 2 niniejszego rozporządzenia.

Art. 2. Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej:

- 1) osobom, które ukończyły równorzędną szkołę położnych zagranicą i posiadają obywatelstwo polskie, oraz
- 2) osobom, które odpowiadają warunkom wyszkolenia, określonym w art. 1 lub p. 1 niniejszego artykułu, a nie posiadają obywatelstwa polskiego.

W przypadkach przewidzianych w p. 2 niniejszego artykułu pozwolenia mogą być udzielane tylko na określony przeciąg czasu i z zastrzeżeniem prawa wzajemności.

Art. 3. Obowiązki i uprawnienia położnych obejmują:

- 1) udzielanie wskazówek w zakresie higieny i djetetyki ciąży,
- 2) higieniczną opiekę i pomoc przy porodzie prawidłowym,
- 3) higieniczną opiekę w położu,
- 4) pierwszą pomoc w nagłych przypadkach w ciąży, przy porodzie i w położu — do czasu przybycia lekarza,
- 5) higieniczną opiekę nad noworodkiem i poradę co do jego pielęgnowania i karmienia.

W wykonywaniu zawodu położne stosować się winny do przepisów instrukcji dla położnych, która zostanie ogłoszona w drodze rozporządzenia wykonawczego.

Art. 4. Przed rozpoczęciem wykonywania zawodu położne obowiązane są zarejestrować się u powiatowej władzy administracji ogólnej, składając dowody posiadanych uprawnień zawodowych.

O miejscu zamieszkania, zmianie adresu względnie zaniechaniu wykonywania zawodu, położne obowiązane są każdorazowo zawiadomić powiatową władzę administracji ogólnej.

Art. 5. Wojewódzka władza administracji ogólnej może pozbawić położne prawa wykonywania zawodu stale lub czasowo w tych przypadkach, kiedy zostanie stwierdzone, że położne dotknięte są niedołęstwem, chorobą lub nałogiem, wykluczającemi możliwość ponoszenia odpowiedzialności za pracę zawodową lub zagrażającemi zdrowiu ludzkiemu.

Stwierdzenie istnienia takiego niedołęstwa, choroby lub nałogu winno być dokonane w drodze badania przez urzędową komisję lekarską, której skład i postępowanie określi rozporządzenie wykonawcze.

IV. Postanowienia ogólne.

Art. 15. Osobom, które zostały zarejestrowane przez władze administracji ogólnej przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia przysługuje prawo wykonywania zawodu i używania tytułu położnej, a to na zasadzie i w granicach przepisów, obowiązujących do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 16. Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności położnych i przeszkoleniem położnych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do powiatowych władz administracji ogólnej.

Art. 17. Naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń lub zarządzeń, wydanych na jego podstawie, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej, będą karane aresztem do 6 tygodni i grzywną do 500 zł. lub jedną z tych kar.

W razie niemożności ściągnięcia grzywny władza orzekająca oznaczy w orzeczeniu karę zastępczego aresztu według swego uznania, jednak nie ponad 2 tygodnie.

Do orzeczenia karnego powołane są powiatowe władze administracji ogólnej.

Skazany orzeczeniem powiatowej władzy administracji ogólnej może w ciągu siedmiu dni od dnia orzeczenia wnieść na ręce tej władzy żądanie przekazania sprawy właściwemu sądowi okręgowemu, który rozstrzyga prawomocnie przy odwołaniu zastosowaniu przepisów postępowania obowiązujących go w pierwszej instancji. Na wniosek prokuratora będzie zarządzone postępowanie uproszczone; wyrok sędziego nie ulega zaskarżeniu.

W postępowaniu sądowym orzeczenie władzy administracyjnej zastępuje prawomocny akt oskarżenia (wniosek w postępowaniu uproszczonym). Przed wyznaczeniem rozprawy przewodniczący (sędzia) może zarządzić przesłuchanie przez właściwy sąd powiatowy (pokoju) oskarżonego, świadków i biegłych; świadków i biegłych można przesłuchać pod przysięgą. Sąd postanawia według swego uznania, których świadków i biegłych przesłucha na rozprawie pod przysięgą lub bez zaprzysiężenia, a których zeznania będą odczytane, wolno odczytywać zapiski dochodzenia i inne części akt administracyjnych.

Żądanie przekazania sprawy sądowi nie wstrzymuje ściągnięcia grzywny.

Art. 18. Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Min. Spraw Wewnętrznych, a w zakresie orzecznictwa karnego Min. Spraw Wewnętrznych i Min. Sprawiedliwości.

Art. 19. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem województwa śląskiego. Na obszarze województwa śląskiego rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po ogłoszeniu na nie zgody Sejmu śląskiego.

Jednocześnie z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, normujące wykonywanie czynności i szkolenie położnych.

Zjazd lekarzy w Paryżu od 9 do 14 czerwca 1929 r. Najbliższy Zjazd lekarzy w Paryżu, zorganizowany staraniem czasopisma „Revue Médicale Française” i jego współpracowników, odbędzie się od 9 do 14 czerwca 1929 roku i będzie dostępny dla wszystkich lekarzy francuskich i obcych, jak również dla studentów medycyny.

Zjazd będzie otwarty w Pałacu Wystaw miasta Paryża (Porte de Versailles) gdzie zostają urządzona wystawa pod protektoratem Francuskiego Komitetu Wystawy i pod kierownictwem p. Jean Faure, przewodniczącego Izby Syndykatu Fabrykantów wyrobów farmaceutycznych. Popołudniu dłuższe referaty zostaną wygłoszone w nowej sali Pałacu Wystaw przez pp. profesorów Delbet i Sergent, przez dr. Lesne, lekarza szpitali i t. d.

Komitet uroczystości, pod przewodnictwem p. dr. Henri de Rothschild ułożył program szczególnie wspaniały: Niedziela 9 czerwca: wielkie przyjęcie w Pałacu Wystaw, orkiestra i numery teatralne, bufet. — Wtorek 11 czerwca: Wieczór w Operze. — Czwartek 13 czerwca: wycieczka autocarem do doliny Chevreuse, śniadanie w Rambouillet, zwiedzenie pałacu Rambouillet i Dampierre, opactwa Port-Royal-des-Champs, podwieczorek w opactwie Vaux-de-Cernay. — Piątek, 14 czerwca: uczestnicy Zjazdu będą przyjęci przez stacje klimatyczne i uzdrowiskowa, w warunkach szczególnie przyjemnych i korzystnych.

Komitet oprowadzać będzie codziennie panie po największych magazynach i muzeach, zapraszać na koncerty, herbatki, i t. p.

Można już z góry przewidzieć, że powodzenie Zjazdu lekarzy w roku 1929 będzie daleko większe, niż w latach ubiegłych, dzięki temu, że Komitet, bogaty w doświadczenia poprzednich Zjazdów, mógł wprowadzić pożądane ulepszenia.

Udział: 50 franków dla uczestników Zjazdu, 20 franków dla pań i studentów medycyny. (Należność płatna czekiem albo przekazem pocztowym na rachunek „Journées-Médicales”, konto l. 155-60, Paryż).

75 rocznica urodzin Emila Behringa. Dnia 15 marca 1929 minęła 75-ta rocznica urodzin E. Behringa, zmarłego przedwcześnie 31. III. 1917. Nazwisko tego uczonego przeszło do historii jako jednego z największych dobroczyńców ludzkości. Położył on podwaliny nowej gałęzi lecznictwa: seroterapii, której wynikiem było wynalezienie przez niego w r. 1890 surowicy przeciwbłoniczej, zastosowanej po raz pierwszy w tymże roku u chorych w klinice Bergmanna w Berlinie. Równocześnie prawie wspólnie z Kitasato wynajduje surowicę przeciwżółciową. Seroterapii i serologii poświęca swe życie, wprowadzając swe doświadczenia w życie praktyczne przez założenie instytutu badawczego i wytwórni surowic „Behringwerke” w Marburgu. W r. 1914 ogłasza wyniki szczepień ochronnych przy błonicy, za pomocą przyz siebie wynalezioną szczepionki T. A. Intenzywną pracą naukową, szczytującą się wielką ilością wykładów, artykułów w periodykach fachowych i dzieł naukowych, rozwija nie tylko w kierunku sero- i immunoterapii, lecz również żywo zajmuje się wąglikiem, tężcem, gruźlicą, oraz epidemiologią. W uznaniu genialnej pracy naukowej i jego zasług dla ludzkości, otrzymał Bering najwyższe odznaczenia tak krajowe jak i zagraniczne, był członkiem honorowym i korespondentem wielu towarzystw i akademii naukowych zagranicznych, a w r. 1901 był pierwszym laureatem nagrody Nobla na polu medycyny. Zwłoki Behringa zmarłego w pełni jeszcze sił twórczej pracy, spoczywają w specjalnem mauzoleum w Marburgu, w pobliżu zakładów przez niego założonych.

W sprawie obsadzania posad lekarskich w Kasach Chorych. Kasy Chorych większych środowisk (Warszawa, Kraków, Lwów, Łódź) obsadzając często posady lekarskie bez rozpisania konkursów. Dzieje się to niekiedy, że szkody tak dla ubezpieczonych jakoteż i dla lekarzy — Koło Lwowskie Związku Lekarzy Kas chorych, wystosowało stąd do Zarządów Pow. Kasy chorych Lwów, Kasy chorych miasta Lwowa, oraz Okręg. Zw. Kas chorych następujące pismo: Sprawa obsadzenia posad wakujących w Kasie Chorych m. Lwowa staje się zawsze głośna kwestją, o której myślą i mówią nie tylko bezpośrednio zainteresowani, ale której nie spuszczają z oka także oficjalne czynniki kasowe, które w aktualniejszych sprawach żywo bardzo komentują swe zainteresowanie dla tego czy innego kandydata. Sprawa obsadzenia pewnej placówki, może być ciężkiem zagadnieniem w czasie wojny i w czasach wyjątkowych, kiedy to niejednokrotnie posługiwać się trzeba było tymczasowym surrogatem, ale nie w normalnych warunkach i pokojowych czasach, kiedy warsztat każdej pracy obsadzony być może i być powinien pracownikiem o 100% kwalifikacjach. W czasach ponadto w których istnieje tak ciężka i bezwzględna walka o byt, instytucje autonomiczne i demokratycznie nie powinny obsadzać żadnych posad w krótkiej drodze, ale tylko i jedynie na mocy ogłoszonego oficjalnego konkursu, uzyskując w ten sposób z jednej strony przegląd kandydatów, stających do konkursu, mając z drugiej strony możliwość zaangażowania kandydata najlepiej ukwalifikowanego. Mia nowanie poza konkursem z góry upatrzonemu kandydata, może wywołać niezadowolone i dyskusji w kołach lekarskich, które nie oszczędziłyby w tych wypadkach i Zw. Lek. Kas Chorych, względnie jego reprezentantów, gdyby ci nie wysuwali projektu konkursowego załatwienia wakujących posad. Podpisany Zarząd koła miejscowego, reprezentujący organizację zawodowo lekarską stoi na stanowisku, że z powołaniem na wyżej naprowadzone okoliczności, da nań ex offo obowiązek obrony postulatu ogłoszenia konkursu w związku ze statutowaną każdą nową placówką, względnie z obsadzeniem każdej wakującej posady na terenie działalności koła miejscowego Zw. Lek. Kasy Chorych i zwraca się do Prezydium Zarządu Kasy Chorych o obywatelskie potraktowanie poruszanej sprawy.

Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie uporządkowania hoteli. — Nawiązując do okólnika Nr. 48, rozesłanego za Nr. O.J.86/15 z dnia 25 lutego 1929 r., w sprawie wycieczek po kraju. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zwrócenie specjalnej uwagi na uporządkowanie hoteli w tych miastach, które są wyznaczone dla ruchu wycieczkowego w związku z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu. — Zechce Pan Wojewoda spowodować, by wykaz hoteli, mających odpowiednie urządzenia sanitarne i w szczególności bieżącą wodę w każdym pokoju i urządzenia kąpielowe i dających możliwość wygodnego pobytu, był wywieszony na widocznym i dostępnym miejscu na dworcach i we wszystkich tych miejscowościach przez które w myśl przytoczonego okólnika mają być skierowane wycieczki.

Dyrektor Dep. Służby Zdrowia *Dr. Piestrzyński.*

Przedruk artykułów oryginalnych w całości i w częściach, bez porozumienia się z redakcją nie dozwolony.

Dzwolony do stosowania w Kasach Chorych Rzeczypospolitej

ORTHOPHAN

BARCIKOWSKI

PIPERAZINUM PHENYLCINCHONINICUM

Nr. rejestru 1131.

WSKAZANIA:

Gościec stawowy, artretyzm, dna, reumatyzm, zła przemiana, materji, neuralgia. — Środek przewyższający inne środki rozpuszczające kwas moczowy. — Posiada własności przeciwnzapalne i znieczulające, moczopędne i żółciotwórcze.

Opakowanie prywatne: drażetki ocukrzone . . 100 x 0,10
Opakowanie kasowe: drażetki ocukrzone 50 x 0,10

WITAMINA

S. A. w POZNANIU

wyłączna sprzedaż R. BARCIKOWSKI S. A. w POZNANIU na Królestwo i Małopolskę.
wytrobów FIRMY: Poznań — Towarowa 21.

PRÓBKİ LEKARSKIE WYSYŁA SIĘ NA ŻĄDANIE BEZPŁATNIE

W gościecu ostrym, a zwłaszcza przewlekłym najlepsze wyniki otrzymujemy stosując

„PHENNIN-MOTOR“

Wybitne Antipyreticum i Antineuralgicum

Dawka jednorazowa 1,0.

Dawka dzienna 3,0—6,0.

„NEUTROL-MOTOR“

Krzemian glinu $Al_2 Si_6 O_{15} 2H_2O$

usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar kwasu solnego, wobec czego jest niezastąpionym środkiem we wszystkich schorzeniach, połączonych z nadmiernem wydzielaniem HCl, jako to: nadkwaśność, sokotok żołądkowy, wrzód żołądka i dwunastnicy.

Stały skład!

Pewne działanie!

Nie zaburza trawienia!

ZAKŁAD GAZOWY MIEJSKI

WE LWOWIE, UL. GAZOWA 28 — TEL. NR. 492 i 43

wykonuje kompletne urządzenia dla doprowadzenia gorącej wody i do innych aparatów lekarskich ogrzewanych gazem, sterylizatorów i t. p. — — — Kosztorysy bezpłatnie.

ZAKŁADY CHEMICZNE „LAOKOON“ SP. AKC. WE LWOWIE.

Nowoczesne przetwory żelaza i arsenu

PEPTOFERLYSIN „LAOKOON“ Nr. rej. 334.

organiczne połączenie żelaza zawierające 1% Fe.

Sposób użycia: 3 razy dziennie 10—30—10 kropeł.

ARSOFERLYSIN „LAOKOON“ Nr. rej. 338.

organiczne połączenie żelaza i arsenu 1% Fe + 0,3% As.
Łatwo przyswajalne płyny, nie obciążające żołądka.

Szczególnie wskazane w praktyce dziecięcej.

Stosowane we wszystkich Kasach Chorych.

Sposób użycia: 3 razy dziennie 10—30—30 kropeł.

ROK ZAŁOŻENIA 1860

WINA LECZNICZE
TOKAJSKIE STARE
MALAGE

POLECA

MAKS WIXEL i SYN

LWÓW, KRAKOWSKA 14. Tel. 805.

VIOFORM

„CIBA“



Opatentowany.

Nazwa zastrzeżona.

Jodochlor-oksychinolina (znakomicie zastępuje jodoform)

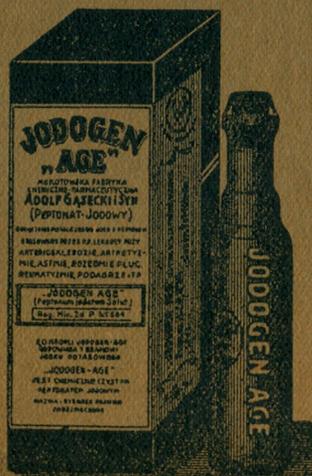
Bezwonny. — Nie rozkłada się przy wyjaławianiu.

ROZPYLACZ-VIOFORMOWY

dogodny, oszczędny w użyciu!

PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU
CHEMICZNEGO
ODDZIAŁ FARMACEUTYCZNY.

JODOGEN-AGE



Organiczny preparat jodowy o równoczesnym działaniu uspakajającym. Nie drażni żołądka, nie wywołuje jodyzmu, nadaje się do długotrwałej kuracji jodowej.

„JODOGEN-AGE“ jest znacznie tańszy od identycznych wyrobów zagranicznych.

Dla **KAS CHORYCH** dajemy „JODOGEN“ w specjalnym taniejszym opakowaniu bez pipetki.

Dozwolona do obiegu w Kasach chorych.

WSKAZANIA: Choroby serea, naczyń, narządów oddechowych, kła, otyłość.

P. P. LEKARZOM PRÓBK I LITERATURA.

ADOLF GASECKI i SYN
FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

W WARSZAWIE

LESZNO I. 41.

NEOSALUTAN

Jedyny oryginalny
polski preparat arsenobenzenowy wytwórni chemicznej

Inżyniera

STANISŁAWA POZOWSKIEGO

Zastosowanie:

Kiła we wszystkich okresach, dur powrotny, płońca,
zimnica, angina, Plaut-Vincent.

Warszawa, Emilji Plater 9/11. — Telefon 49-72.

Adr. Tel. „Neosalutan-Warszawa“.

APTEKA I LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

MAG. FARM.

JANA GESSNERA

WARSZAWA, AL. JEROZOLIMSKA 11

POLECA

Emulsio 10% Bismuthi Salicylici-Gessner

w ampułkach po 2 cc i w słoikach po 15 cc

Próbki dla W. P. P. Lekarzy gratis i franco.