

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: *Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.*

ADRES ADMINISTRACJI. *Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.*

Rok VIII

WARSZAWA, 26 LUTEGO 1931 R.

Nr. 9

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### W sprawie rozpoznawania i leczenia chorób serca.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa)

Zadaniem lekarza przy łóżku chorego na serce jest określenie w każdym poszczególnym przypadku przyczyny zaburzeń krążenia, dokładne umiejscowienie sprawy chorobowej, zbadanie ciężkości cierpienia i jego wpływu na cały ustrój, a zwłaszcza na jego wydolność cielesną. Przedewszystkiem należy rozstrzygnąć, czy mamy w danym przypadku do czynienia z istotną organiczną chorobą serca, czy też powodem skarg chorego są wpływy psychiczne, lub może na czynności serca odzywa się stan innych, odległych nawet narządów, czy też wreszcie, jak to się najczęściej w życiu zdarza, mamy jednocześnie splot wielu różnorodnych, wzajemnie się wikłających czynników.

Za powód częstej rozbieżności i niezgodności naszych rozpoznań z rzeczywistością uważa Mackenzie skłonność umysłu ludzkiego do przypisywania największego znaczenia tym objawom, które najbardziej rzucają się w oczy. Wartość zaś tych objawów, jako mierników sprawy chorobowej, jest bardzo względna. Pojedyncze właściwości serca nie mają prawie żadnego znaczenia dla oceny stanu krążenia i nie mogą rozstrzygać sprawy wydolności krwioobiegu. Badanie chorego na organiczną chorobę serca może wykazać wielkość i kształt serca prawidłowe lub zmienione, tony głośnie lub ciche, czyste lub ze szmerami, tętno wolne, prawidłowe lub przyspieszone, miarowe lub niemiarowe, ciśnienie krwi niskie, normalne lub wysokie, jednym słowem, wszelkie możliwe stany anatomiczne i fizjologiczne. Wynika z tego, że badanie samego serca dostarcza przeważnie dla oceny stopnia jego wydolności bardzo mało danych, albo nie dostarcza ich nawet wcale. Właściwa zaś oce-

na wydolności krążenia przedstawia najważniejsze i jednocześnie najtrudniejsze zadanie lekarza.

Stwierdzenie rodzaju zmian anatomicznych, bardzo zresztą ważne i mogące dać cenne wskazówki dla zapobiegania i leczenia, bynajmniej wcale nie wyczerpuje rozpoznania. Głównym celem naszego badania w praktyce powinno być nietyle zakwalifikowanie danego chorego do tej lub innej rubryki, lecz ustalenie, czy narządy krążenia wystarczają przeciętnym wymaganiom życia codziennego, i w jakim stopniu choroba serca wyczerpała ogólnie siły żywotne pacjenta.

Ani szmery, ani niemiarowa czynność serca, ani powiększenie jego rozmiarów, ani przyspieszenie lub zwolnienie tętna nie są bynajmniej żadnymi oznakami niewydolności krążenia. Urządzenia wyrównawcze umożliwiają zupełnie sprawną pracę serca, i, chociaż dynamika krwioobiegu może do pewnego stopnia ucierpieć, to jednak całokształt krążenia może się utrzymać na potrzebnym poziomie. Ze względu na to, że anatomicznie chore serce może się praktycznie zachowywać dla pacjenta, prawie jak zdrowe, i naodwrot, serce z trudnemi do stwierdzenia oznakami wady anatomicznej może być dla chorego bardzo niebezpieczne, wyciągnięcie wniosków o najważniejszej właściwości serca — o jego wydolności — okazuje się bez badania czynnościowego niemożliwe. Niezawodnych jednak metod dla określania wydolności serca, nawet uzbrojeni we wszystkie skomplikowane, precyzyjne przyrządy nowoczesnego badania serca, dotychczas, niestety, nie posiadamy. Najprostszym i może najlepszym sposobem badania wydolności krążenia we wszystkich wątpliwych przypadkach jest określenie rozmiarów i czasu trwania wysiłku fizycznego (ćwiczenia gimnastyczne, wchodzenie na schody), który chory jest w stanie pokonać bez objawów nadmiernego wyczerpania serca. Stopień przyspieszenia tętna i czas jego powrotu do normy — oraz wrażenia podmiotowe są stosunkowo najlepszym miernikiem wydolności serca danego osobnika w

danej chwili. Należy się strzec jednostronnego przecenienia wyników badania przy pomocy przyrządów. Skomplikowane metody badania również zawierają źródła błędów, trudne do wyłączenia nawet przy najlepszym opanowaniu techniki. Punkt ciężkości badania chorych sercowych stanowczo nie leży w laboratorium. Po przekonaniu się o niedostatecznej wartości przyrządów i analiz dla oceny stanów chorobowych powracamy obecnie coraz bardziej do łóżka chorego. Należy się nauczyć stwierdzenia przy pomocy oka, ucha i palca najdrobniejszych nawet odchyłeń od normy i trafnej ich oceny, a zwracać się do pomocniczych laboratoryjnych metod badania dopiero w przypadkach wątpliwych i trudnych do wyjaśnienia, gdy analiza kliniczna nie wystarcza do oceny przypadku. Ocena pracy serca nie jest jeszcze zadaniem matematycznym, lecz rzeczą sztuki lekarskiej, nabytej przez zdolność, wprawę i doświadczenie. Wszechstronna obserwacja całego ustroju ze szczególnym uwzględnieniem stanu tych narządów (płuca, wątroba, nerki), w których zwykle wskutek upośledzenia krwiotoku występują łatwe do stwierdzenia wtórne zmiany, oraz subtelna i szczegółowa analiza objawów i unikanie postępowania szablonowego umożliwiają prawie zawsze, nawet w przypadkach niewyraźnych i trudnych, wyświetlenie sprawy i ustalenie potrzebnego postępowania leczniczego.

Dolegliwości podmiotowe nie pozwalają naogół na żadne bardziej stanowcze wnioski o charakterze cierpienia sercowego. Między dolegliwościami podmiotowymi chorych, skarżących się na serce, i stwierdzeniami przy badaniu fizykalnym nieprawidłowościami układu krążenia niekoniecznie nawet musi istnieć stosunek bezpośredniej zależności przyczynowej. Choroby organiczne serca z wyjątkiem duszniczy bolesnej stosunkowo rzadko powodują znaczniejsze bóle w okolicy serca i to przeważnie napadowo, dolegliwości stałe lub prawie stałe są raczej cechą zaburzeń czynnościowych. Chorzy np. z niemiarowością stałą, pomimo zupełnie nieprawidłowej zarówno co do częstości, jak i siły akcji serca, przeważnie na serce wcale się nie skarżą, gdyż żadnych przykrych objawów ze strony serca nie odczuwają. Niewinne natomiast skurcze dodatkowe lub sensacje odruchowe ze strony przewodu pokarmowego, albo też zaburzenia naczynioruchowe u kobiet w okresie przekwitania wywołują zwykle bardzo przykre objawy, i chorzy są najczęściej pełni obaw o stan swego serca. Okoliczność tę można do pewnego stopnia użytkować do celów rozpoznania różniczkowego: gdy stwierdzamy przyspieszenie, zwolnienie lub niemiarowość tętna, a chory żadnych dolegliwości nie odczuwa, wówczas mamy najprawdopodobniej do czynienia z organiczną chorobą serca.

Naogół należy być bardzo ostrożnym z rozpoznawaniem organicznej, a zwłaszcza postępującej i wymagającej leczenia choroby serca. Przedewszystkiem zaś należy się pilnować, aby nie uznać za niedomogę serca zaburzeń konstytucjonalnych, nerwowych, odruchowych lub toksycznych, wymagających zupełnie innego postępowania leczniczego. W przypadkach wątpliwych nie wolno nigdy na podstawie jednego badania wydawać stanowczej opinii o istnieniu przewlekłej niedomogi serca, wymaga to kilkakrotnego badania, spostrzegania cho-

rego przez czas dłuższy i kontrolowania, czy objawy przedmiotowe i podmiotowe ulegają zmianie.

Chory z wadą serca lub osłabieniem mięśnia sercowego za każdym razem, gdy zgłasza się do lekarza, bywa przeważnie przez niego leczony, gdy tymczasem w okresie wyrównania, wobec bezsilności leczenia choroby, już istniejącej, jedynym właściwym postępowaniem powinno być udzielenie mu wskazówek na przyszłość, aby prowadził życie, mało wyczerpujące i nie pogarszające istniejącego stanu. Można, oczywiście, radzić, aby ktoś, kto ma wadę serca, poddawał się od czasu do czasu dokładnemu zbadaniu, mającemu przedewszystkiem na celu określenie czynnościowej wydolności narządu krążenia. Jeżeli jednak czynność ta utrzymuje się stale na określonym poziomie, i wydolność nie ulega żadnym zaburzeniom, to chorego można uważać do pewnego stopnia i do pewnej chwili za wyleczonego kalekę. W okresie wyrównania chorego na wadę serca często zaledwie z trudem odróżnić można od osobnika zdrowego: czynność serca jest miarowa, tętno nie przyspieszone, ciśnienie krwi w granicach normy, oddech prawidłowy, również i przy umiarkowanym wysiłku chory nie odczuwa duszności, wątroba, ani płuca nie wykazują cech zastoinowych, czynność wydzielnicza nerek prawidłowa, obrzęków nie stwierdza się.

Rola lekarza w częstych przypadkach wyrównanej kardjopatii bez żadnych zaburzeń niedomogowych jest bardzo delikatna i trudna, gdyż chorzy, czując się przeważnie względnie dobrze, albo jedynie niechętnie zgadzają się na potrzebną czasem zmianę trybu życia, albo też, co się zdarza częściej, wpadają w drugą krańcowość i stosują niepotrzebnie ograniczenia nadmierne. Zarówno jedno, jak i drugie okazuje się szkodliwym, i zadanie lekarza polega właśnie na określeniu tego złotego środka. Wkraczanie z lekarskimi przy każdym szmerze lub przeroście serca jest błędem zasadniczym. Miarodajny dla leczenia jest nie stan organiczny, lecz wyłączony stopień zaburzeń czynności. W okresie zupełnego wyrównania i nawet w przypadkach lekkiej niedomogi, która w zwykłych warunkach nie daje żadnych zaburzeń, albo jedynie bardzo niewielkie i która dopiero po większych wysiłkach przejawia się umiarkowaną dusznością, podawanie leków jest przeważnie zbyt ciężkie. Chorzy należy dokładnie pouczyć, że stan ich zdrowia zależy nie od lekarstw, lecz od nich samych, od starannego przestrzegania danych im szczegółowych wskazówek. Terapia powinna przedewszystkiem polegać na unormowaniu trybu życia, unikaniu nadmiernych wysiłków fizycznych i psychicznych, uspokojeniu chorego, celowym odżywianiu, unormowaniu wypróżnień, umożliwieniu snu i dopiero na ostatnim planie na stosowaniu ogólnego i objawowego leczenia farmakologicznego. Zapisanie choremu skomplikowanej recepty ze wszystkich możliwych środków nasercowych lub zalecanie mu całego szeregu specyfików nie jest żadną sztuką i nie natrafia na żadne trudności; słuszną natomiast oceną sił chorego serca i właściwe ustalenie w związku z tem całego trybu życia pacjenta wymaga wielkiej sztuki i dużego doświadczenia. Przy układaniu trybu życia pacjenta powinniśmy naogół dążyć, aby możliwie jaknajmniej zmieniać jego zwykły dotychczasowy sposób

życia i ograniczać swobodę tylko w tym stopniu, w jakim tego wymaga stan wydolności krążenia. Leczenie powinno przedstawiać kompromis między wymaganiami, stawianymi przez życie, stanowisko, zawód i osobiste dążenia chorego, i temi względami i ograniczeniami, które nakazuje choroba. Wrazie przewlekłej niedomogi serca chorzy są w stanie przestrzegać przepisów lekarskich, dotyczących uregulowania ruchu, pracy i diety tylko wówczas, gdy przepisy te są proste i łatwe do wykonania. Ustalenie tych przepisów wymaga od lekarza dokładnego poznania nie tylko istoty choroby, lecz również charakteru chorego i jego warunków życiowych.

Wyrównaną wadę lub osłabienie mięśnia sercowego bez objawów niedomogi należy traktować przedewszystkiem z punktu widzenia oszczędzania i ćwiczenia, a nie zapisywania coraz to nowych lekarstw. Chory sercowy może i powinien tyle pracować, aby nie odczuwał żadnych dolegliwości i wyzekać się tych spraw, które stawiają nadmierne wymagania krążeniu, powodują zmęczenie i wyczerpują przedwcześnie ograniczone siły zapasowe serca. Chory nie powinien jednak uważać ostrzeżenia przed zmęczeniem za nakaz całkowitego spokoju, ruchy bowiem są bardzo skuteczną podporą odpływu żylnego i przyczyniają się do sprawniejszego działania serca obwodowego. Ruchy obciążają i odciążają jednocześnie serce, działają ćwicząco i oszczędzają na narządy krążenia, i to nam tłumaczy, dlaczego zarówno brak ruchu, jak i jego nadmiar są szkodliwe. Czynność cielesna powinna utrzymywać się w granicach, chroniących chorego zarówno od osłabienia serca z bezczynności, jak i od osłabienia z przemęczenia. Zakazy powinny dotyczyć nietylko wydolności bezwzględnej, ile pracy, wykonanej w określonym czasie. Gwałtowne i krótkotrwałe wysiłki są szkodliwe, podczas gdy spokojny dłuższy ruch raczej korzystny. Wobec tego, że praca, do której chory nie przywykł, wyczerpuje serce więcej, niż praca, wykonywana przez niego stale, należy ostrzegać zwłaszcza przed tą pierwszą.

W poszczególnych przypadkach należy się bardzo poważnie zastanowić, czy zastosować raczej oszczędzanie, czy ćwiczenie narządu krążenia. Zależy to częściowo od stopnia zaburzeń, częściowo zaś od charakteru cierpienia podstawowego. Gdy oszczędzanie zawodzi, a ćwiczenie jest wyłączone, jesteśmy w stanie, jak w żadnej innej chorobie, wkroczyć ze swoiście działającymi środkami, które, odpowiednio zastosowane, nietylko sprawiają ulgę choremu, lecz, łagodząc zaburzenia krążenia, powodują zasadniczy zwrot w przebiegu choroby i przywracają znowu utraconą równowagę. Za wskazanie do energiczniejszej interwencji lekowej należy uważać dopiero stan niezdolności serca podtrzymywania krążenia na potrzebnym poziomie już przy niewielkich wysiłkach lub obecność objawów niedomogi nawet w stanie spokoju. Serce niewydolne przyspiesza zwykle swą czynność znacznie i na dłuższy czas i powoduje objawy mniejszej lub większej duszności nawet po niewielkich wysiłkach, które chory uprzednio mógł pokonywać bez żadnych trudności; może ono nawet już w spokoju, czyli przy najmniejszych wymaganiach dla wydolności serca, pracować zbyt słabo i powodo-

wać trzy najważniejsze cechy niedomogi bezwzględnej: duszność, sinicę i obrzęki, będące wskazaniem do natychmiastowej energicznej interwencji.

Przeprowadzenie ścisłej granicy między przewlekłym osłabieniem serca bez niedomogi, czyli niewymagającym leczenia, i osłabieniem z niedomogą, w którym interwencja jest niezbędna, niezawsze bywa łatwe. Zaliczenie danego chorego do jednej lub drugiej grupy jest jednak bardzo ważne ze względu na konieczność ustalenia rodzaju potrzebnego leczenia. Trudność zakwalifikowania polega na tem, że, jak wszędzie w życiu, granice również i tutaj są płynne, i od stanu, w którym bez wyraźniejszych zmian sercowych stwierdza się jedynie przy wchodzeniu na schody znaczniejsze przyspieszenie tętna, utrzymujące się przez dłuższy czas, oraz umiarkowaną duszność, aż do stanów zupełnej niewydolności fizycznej z obrzękami, sinicą i dusznością, biegnie nieprzerwana ciągła linja. Najbardziej celowy dla praktyki jest podział między lekką, czyli względną i ciężką, czyli bezwzględną niedomogą na tej linii, na której rozpoczynają się dające się stwierdzić objawy zastoinowe, jako wyraz prawdziwego niewyrównania krążenia. Naogół (choć niezawsze) zaburzenia sercowe, w których stwierdza się zmniejszenie wydolności jednak bez objawów zastoinowych w wątrobie, nerkach, płucach i na stopach, można zaliczyć do postaci lżejszych.

Trudności ściślejszego określenia charakteru niedomogi zależą od tego, że niewydolność serca może przebiegać pod bardzo różnymi postaciami i wymaga z tego powodu traktowania wielce indywidualnego. Objawy choroby są przeważnie w poszczególnych przypadkach tak różne, że trudno znaleźć dwóch chorych, którzyby przedstawiali istotnie jednakowe pod każdym względem warunki.

Czynniki, od których zależy prawidłowe krążenie, są bardzo liczne, i dlatego też wielostronne i różnorodne powinno być również i postępowanie lecznicze. Powodem nieprawidłowej czynności serca mogą być zaburzenia układu ośrodkowego, nerw błędny i współczulny, nerwowe ośrodki w sercu, układ przewodzący serca, naczynia wieńcowe, mięśniówka serca, stan naczyń obwodowych, ciśnienie krwi, chemiczne i fizyczne właściwości krwi, narządy wewnątrzwydzielnicze, nerki, przewód pokarmowy i oddechowy. Wogóle wszystkie bez wyjątku narządy ustroju ludzkiego mogą być punktem wyjścia zaburzeń układu krążenia, i odpowiednio do tego należy w każdym poszczególnym przypadku określić punkt uchwytu, z którego będziemy w stanie zadziałać na krążenie w sposób możliwie najskuteczniejszy.

Jeszcze nie tak dawno przepisy kardiologa były dość monotonne i kończyły się przeważnie na zalecaniu naparstnicy. W ciągu ostatnich lat leczenie farmakologiczne chorób serca uległo dużym zmianom i to nietylko dlatego, że arsenał środków leczniczych w chorobach serca powiększył się znacznie, lecz że szczegółowa analiza objawów chorobowych przyczyniła się do dokładniejszego poznania patologii serca i umożliwiła ściślejsze ustalenie wskazań do stosowania poszczególnych leków. Obecnie dla sposobów postępowania leczniczego można ułożyć łagodnie stopniowaną linje,

równoległą do natężenia zaburzeń chorobowych, na której krańcach, jeśli idzie o leki farmaceutyczne, można umieścić niewinne krople walerjanowe lub im podobne oraz zespół strofantyny z salirganem i chlorkiem amonu.

Sztuki leczenia można się nauczyć jedynie na podstawie własnego doświadczenia i krytycznej obserwacji działania różnych leków na różne stany chorobowe. Umiejętność lecznicza polega właśnie na dobraniu środka o sile leczniczej możliwie najbardziej odpowiedniej dla danego przypadku i danej chwili. Nierzadko jednak zdarzają się zarówno

przypadki, w których przy objawach stosunkowo łagodnych stosuje się całą ciężką artylerję naszego arsenału nasercowego, jak i przypadki ciężkie, w których traci się napróżno drogocenny czas na podawanie leków zbyt słabych. Zastosowanie właściwego leczenia pozwala często na przywrócenie wyrównania nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Często przypadki pozornie najcięższe okazują się najwdzięczniejsze, i rozchodzi się tu więcej, niż w jakiegokolwiek innej chorobie, o terapię prawidłowo uzasadnioną i świadomie dostosowaną do celu.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem.  
(Ordynator: Dr. E. Fla t a u).

### O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowem.

Podali

J. PINCZEWSKI i M. WOLFF (Warszawa).

(Ciąg dalszy — p. № 8)

#### I. Uwagi co do etiologii i przebiegu zapalenia wielonerwowego.

Jeżeli wraz z Harrisem podzielimy etiologję zapalenia wielonerwowego na grupy, a mianowicie, na powstające wskutek 1. wchłaniania obcych, zewnątrzpochoźnych jądów (metale, jady organiczne i t. d.), 2. autointoksykacji, 3. infekcji, 4. stanów wyniszczenia ustroju, to tylko w jednym ze spostrzeżeń powyższych możemy z dostateczną pewnością ustalić przyczynę choroby (w przypadku Nr. II — zatrucie mięsem). W przyp. Nr. I tłem, uspasabiającem do wystąpienia cierpienia, było prawdopodobnie wyniszczenie, spowodowane złem i niedostatecznym odżywianiem oraz przeziębienie w nawrocie choroby. W przypadku Nr. III wywiady nasuwają myśl o możliwym związku choroby z przewlekłym cierpieniem żołądkowym (*ulcus ventriculi*), jakie pacjent przechodził na krótko przed zapaleniem wielonerwowem. (Przypadek sekcyjnie ustalonego zapalenia wielonerwowego w przebiegu wrzodu żołądka opisali Klippel i Weil). W przypadku IV zarówno za pierwszym razem, jak i za nawrotem choroby na początku wystąpiły zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe, jednak trudno powiedzieć, czy były one właściwą przyczyną zapalenia wielonerwowego.

Zapalenie wielonerwowe lub pojedynczych nerwów, występujące bez uchwytnej przyczyny, jest naogół znane. W statystyce zapalenia wielonerwowego, zebranej z kliniki Eichhorsta w Zurychu za okres czasu od r. 1884—1915, stwierdzono na 234 przypadki 97 o kryptogenetycznym pochodzeniu, 124 wskutek zatrucia alkoholem i po kilka za ledwie wskutek innej przyczyny (popołożowe, kiła, błonica, zatrucie rtęcią). Tak więc, w przeszło 41% nie zdołano ustalić etiologii zapalenia wielonerwowego. Oppenheim uważa, że niektóre osobniki posiadają szczególną skłonność do zapa-

lenia na zapalenie nerwów. Tenże autor twierdzi, że podłożem, usposabiającem do zapalenia jedno- lub wielonerwowego, jest skaza neuropatyczna, i że na tem tle jady, infekcje, czynniki reumatyczne łatwiej atakują nerwy obwodowe.

#### II. Charakter nawrotowy cierpienia.

W 2 naszych przypadkach obserwowaliśmy t. zw. postać nawrotową zapalenia wielonerwowego. Mianowicie, u chorego A. S. Nr. I choroba powtarzała się czterokrotnie, zaś u chorego N. R. Nr. IV — dwukrotnie, przy czem u tego ostatniego po raz drugi wybuchła po 18 latach i miała przebieg identycznie ten sam, co za pierwszym razem. *Polyneuritis recidivans* notowana jest naogół dość rzadko w piśmiennictwie. Po raz pierwszy zwrócono uwagę na tę postać zapalenia wielonerwowego w klinice Eichhorsta w Zurychu (Eichhorst i Sherwood ogłosili dwa podobne przypadki). Rossolimo opisał chorą, u której po raz pierwszy zapalenie wielonerwowe wystąpiło w 12ym roku życia, po raz drugi powtórzyło się w 21ym i po raz trzeci w 24ym, przy czem za drugim i trzecim nawrotem w 3½ i 1 miesiąc po rozwiązaniu ciąży prawidłowej. Schlier obserwował przypadek z 7 nawrotami od 21-go do 27-go roku życia o etiologii nieznaney. W przypadku Bestena sprawa po raz pierwszy rozpoczęła się od zaburzeń żołądkowych, a nawrót wystąpił w 4 tygodnie po wyzdrowieniu. U chorego Thomasa a nawroty powtarzały się pięciokrotnie, a w przypadku Sorgo cierpienie powtórzyło się trzy razy u 59-letniego mężczyzny. Podobne przypadki nawrotowego zapalenia wielonerwowego opisywali Grocco, Targowla, Dejerine-Klumpke, Piazza, Sereni, Angelo, Hoesterman (pierwszy chory Hoest. przechodził 6 razy *polyneuritis*, a dwaj pozostali po 3 i 2 razy) oraz Minkowski (na 14 przypadków *polyneuritis alc.*—2—nawrotowe). Są to wszystko spostrzeżenia przedwojenne. W okresie zaś od r. 1915 przybyły obserwacje Olivero, Higiera (2 przypadki), Bregmana i Harris a. Knapp wprawdzie uważa, że po wojnie daje się zauważyć większa częstość recydyw po zapalenie wielonerwowem, jednakże odpowiednia kazuistyka nie potwierdza tego poglądu.

Ażeby wytłumaczyć przyczynę t. zw. nawrotowego zapalenia wielonerwowego trudno zadowolić się — skądinąd zupełnie słuszną — koncepcją,

że każdy narząd lub tkanka, które były raz dotknięte jakąś sprawą chorobową, stają się mniej odporne na ponowne wtargnięcie czynnika szkodliwego i łatwiej ulegają powtórnemu zachorzeniu. Gdyby bowiem tak się działo, to znacznie częściej spotkalibyśmy się z *polyneuritis recidivans*, niż to ma miejsce w rzeczywistości. Należy więc raczej uciec się ponownie do hipotezy Oppenheima o szczególnem usposobieniu do zachorzeń nerwów obwodowych.

### III. Drgania włókienkowe i pęczkowe oraz inne objawy rdzeniowe.

Wśród nietypowych objawów zapalenia wielonerwowego, obserwowanych w spostrzeżeniach własnych zasługują przedewszystkiem na uwagę drgania włókienkowe i pęczkowe w mięśniach. W szczególności w spostrzeżeniu Nr. IV u chorego N. S., widać było w mięśniach kończyn dolnych nieustanną grę pęczków i włókien mięśniowych w postaci drgań, które przechodziły jak po klawiaturze z jednego miejsca na drugie. Drgania te przypominały w zupełności drgania w *atrophia spinalis progressiva* lub w *sclerosis amyotrophica lat.* W mięśniach kk. górnych objaw ten był znacznie słabiej wyrażony. Również u pozostałych naszych chorych widać było drgania włókienkowe, lecz ograniczały się one do pojedynczych grup mięśniowych, nie były tak stałe, jak w przyp. Nr. IV. Poza to u chorego A. S. (Przyp. Nr. I) spostrzegaliśmy w mięśniach lewej łydki oraz na wewnętrznej powierzchni l. uda objaw falowania.

W piśmiennictwie odnośnem drgania włókienkowe i pęczkowe notowane były nader rzadko. Na 666 przypadków rwy kulszowej Remak widział 6 razy zaledwie drgania włókienkowe i większe drgania w łydkach. W 2 przypadkach drgania były bardzo wybitne i przypominały przypadek Hoffmanna, w którym obecne były myokimje. Higier spostrzegł u chorego z obustronnem zapaleniem nn. kulszowych objaw falowania w podudziach. We właściwym zapaleniu wielonerwowem drgania włók. lub pęczkowe obserwowano jeszcze rzadziej. Remak np. nigdy ich nie spostrzegł, przynajmniej w takiej postaci, która występuje w *atr. musc. progr.* lub w *scl. lat. amyotr.* Pewien rodzaj myokimji występuje, zdaniem tego badacza, rzadko i to tylko w tych przypadkach, w których ruchy i pobudliwość elektryczna nie są ciężko uszkodzone. Bing obserwował myokimję w jednym przypadku *polyneuritidis tbc.* w grupie strzałkowej oraz w *polyneuritis alcohol.* w *m. biceps brachii.* Wertheim-Salomonsen podaje, że drgania włók. i pęczkowe w mięśniach występują w *polyneuritis* bardzo rzadko. Są to najczęściej przypadki, rozpoczynające się od zapalenia spłotów z wybitnymi objawami neuralgicznymi. Buber opisuje chorego z zapaleniem wielonerw. po zatruciu ołowiem, u którego wystąpiły drgania włókienkowe i pęczkowe w mięśniach całego ciała. Z innych obserwacji przytoczymy przypadki Jamesa (*neuritis* po zimnicy), Szczerbaka i Iwanowa, Hoffmanna (5 przypadków z drganiami włók.), Rossolimo (omówiony powyżej przypadek *polyneuritis recidivans*). Morton William podaje przypadek zapalenia wielonerwowego, w którym w rok po wystąpieniu osłabienia i zaników mięśniowych zauważono drgania włókienkowe w ca-

łem ciała, zaś po upływie drugiego roku nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Ciekawy jest przypadek Curschmanna, w którym przed 13 laty miało miejsce zatrucie ołowiem. W 5 lat później rozwinęło się zapalenie n. promieniowego, w ciągu następnych lat pojawiały się częste, nawrotowe, trwające godzinami kurcze wyprostne ud, wskutek czego nastąpił przerost m. czterogłowego, poza to drgania włókienkowe i pęczkowe w tymże mięśniu.

Oczywiście, że drgania włókienkowe lub pęczkowe w zapaleniu jedno- lub wielonerwowem należy traktować, jako skutek podrażnienia, wzgl. zmian zachodzących w komórkach przednich rogów rdzenia. Otóż zaznaczyć przedewszystkiem należy, że wogóle w zapaleniu wielonerwowem niejednokrotnie stwierdzano zmiany nie tylko w nerwach obwodowych, lecz i w rdzeniu. Astie spostrzegł w *polyneuritis* pochodzenia gruźliczego zmiany chromatolityczne w komórkach przednich rogów. Larkin i Jeleffe opisują w *polyneuritis alcohol.* rozległe zmiany w komórkach przednich rogów oraz zwyrodnienie słupów Clarke'a. Ci sami badacze przytaczają dane z piśmiennictwa, według których w *polyneuritis alc.* występują zmiany nie tylko w komórkach przednich rogów oraz w słupach Clarke'a, lecz i w jądrach rdzenia przedłużonego. Amabilimo widział nawet zmiany degeneracyjne w drogach piramidowych. Sorgo w cytowanym wyżej przypadku nawrotowego zapalenia nerwów na tle zatrucia ołowiem stwierdził obok zmian w mięśniach i pniach nerwowych przekrwienie oraz wynacienienia włosowate w rdzeniu wraz ze stwardnieniem dokołanacyniowem. Halban opisał w *polyneuritis alc.* obok zmian w rogach przednich również zmiany w pęczku Golla. Steinert spostrzegł w *polyneuritis tbc.* chromatolizę w komórkach rogów przednich oraz ślady tychże zmian w komórkach zwojów rdzeniowych (*gangl. spinale*). Rumpf opisuje w *polyneuritis* po przebytej grypie obok zmian w nerwach kulszowych i w splocie ramieniowym, zwyrodnienia w drogach piramidowych i w słupie Golla. W znanym już przypadku Pala stwierdzono małe ogniska zapalne w rdzeniu na wysokości D<sub>3-6</sub>.

W ostatnich latach Oettinger i Manouellianu (1922) potwierdzili dane dawniejszych badaczy co do zmian anatomicznych w porażeniach alkoholowych. Znaleźli oni, obok zmian w nerwach również rozsiane wodniczkowe zwyrodnienia w komórkach przednich rogów rdzenia. Menetrier znalazł podobne zmiany w *polyneuritis* na tle wiewióra. Wohlwill (1924) spostrzegł w *polyneuritis t.b.c.* reakcję ze strony tkanki głojewej w rdzeniu. Wilson i Winckelmann (1924) stwierdzili w przypadku *polyneuritis* po zatruciu tlenkiem węgla zanik komórek przednich rogów po zaledwie 10-dniowej chorobie.

Dane doświadczalne również dowodzą, że *polyneuritis* powoduje zmiany nie tylko w pniach nn. obwodowych, lecz i w układzie ośrodkowym, a przedewszystkiem w komórkach rogów przednich. Stwierdzili to Vedder i Clark na kurach, żywionych łuskanym ryżem, u których istniały objawy zapalenia wielonerwowego. Kihn badał użyte do doświadczeń Hofmeistera rozmaite zwierzęta, karmione wolną od witamin B<sub>1</sub> i C,

żywnością, i stwierdzał obok nieznacznych zmian w mięszu ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego ogniska krwotoczne w mózgu, a zwłaszcza w mózdzku. Tenże badacz obserwował w doświadczalnie wywołanem beri-beri zmiany w mózgu i w rdzeniu.

Można zatem na podstawie danych anatomicznych i doświadczalnych dojść do wniosku, że w zapaleniu wielonerwowem mogą wystąpić, obok zmian w nerwach obwodowych, zmiany w rdzeniu, a nawet na wyższych odcinkach ośrodkowego układu nerwowego, one też stanowią podścielisko anatomiczne objawów klinicznych, wskazujących na udział w sprawie chorobowej układu nerwowego ośrodkowego.

Zachodzi teraz pytanie, w jaki sposób następuje zajęcie ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu *polyneuritis*? Możliwe są w tym wypadku dwie odpowiedzi: po pierwsze, że czynnik chorobotwórczy atakuje jednocześnie zarówno nerwy obwodowe, jak i układ ośrodkowy, i, po drugie, że naprzód ulegają zachorzeniu pnie nerwowe, a

następnie dopiero wyższe odcinki układu nerwowego. Jeżeli niektóre komplikacje zapalenia wielonerwowego na tle alkoholowem, jak np. psychozę Korsakowa, wytłomaczyć można jedynie zmianami w mózgu, a więc niezależnymi od nerwów obwodowych, to wyjaśnienie objawów rdzeniowych (w przebiegu *polyneuritis*) nie jest równie łatwe. Wczesne występowanie objawów rdzeniowych w przebiegu niektórych przypadków *polyneuritis* nasunęłyby myśl o równoczesnem zaatakowaniu nerwów i rdzenia. Ale moment ten jest mało przekonywującym dowodem tej koncepcji, tak samo, jak brak objawów rdzeniowych przemawiałby mógł przeciwko niej. Wiemy wszak, że za życia może nie być objawów klinicznych, dowodzących zajęcia rdzenia przez sprawę chorobową, aczkolwiek sekcyjnie były one notowane. Z drugiej strony zmiany w komórkach rdzeniowych o charakterze zwyrodnienia wstecznego mogą wystąpić już w 24 godziny po uszkodzeniu włókna osiowego (Nissl). (Przypadek Wilsona i Winckelmana — p. wyżej).

(Dok. nast.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### Stany zapalne prostaty i esicy

Podał

Feliks TURYN (Warszawa).

Patologia i klinika zapaleń końcowego odcinka jelit stanowi poważny dział chorób przewodu pokarmowego nie tylko ze względu na bardzo swoisty przebieg tych cierpień, ale i na różne pogranicza, z którymi się dział ten styka. Pomijając liczne przypadki, kiedy *proctitis* i *sigmoiditis* występują samoistnie, esica i prostata znajdują się w bardzo bliskim sąsiedztwie z narządami miednicy małej: macicą, jajnikami, krocem, pęcherzem moczowym i t. p. Bardzo też często zmiany w wymionionych narządach przechodzą na obok leżące jelito i, odwrotnie, infekcja z esicy lub prostaty może przejść do sąsiedztwa i wywołać niepołmiernie poważne powikłania. Do wyodrębnienia tego działu patologii przewodu pokarmowego przyczyniły się tak ważne metody djagnostyczne, jak prześwietlanie promieniami Roentgena i rektoromanoskopia, które pozwalają na szczegółową i bezpośrednią ocenę zmian anatomicznych w chorym odcinku kiszki.

Czynniki, wywołujące zmiany zapalne w esicy i prostaty, są natury bardzo rozmaitej. Ważne jest uwzględnienie tego odcinka przewodu pokarmowego w sensie narządu, przetwarzającego pokarm. Na przestrzeni esicy i prostaty odbywa się ostatecznie odwodnienie papki kałowej, która tutaj uzyskuje swoją zwykłą spistość i przebywa względnie najdłużej, zanim ulegnie wydaleniowi podczas defekacji. Pod względem swej budowy esica różni się od wyższych części kiszki grubej tem, że sta-

nowi największe zwięźnienie okrężnicy. Poza tem tu zatrzymują się wraz z kałem wszystkie te ciała obce, które wywołały zmiany w odcinkach wyższych. Nieżyty w jelicie cienkim przemijają względnie szybko, a na ich tle tworzą się nieżyty w kiszce grubej, utrzymując się w sposób przewlekły. Bardzo często katar kiszki grubej towarzyszy i pozostaje po ostrych i przewlekłych cierpieniach żołądka (*gastritis*, *ulcus ventriculi*, *ulcus duodeni*). Nawiasem dodamy, że zmiany na drodze odwrotnej spotykają się bardzo rzadko, gdyż zastawka Bauhina jest dość szczelną i naturalną zaporą dla czynników patogenetycznych. Nabłonek kiszki grubej nie posiada właściwości bakterjobójczych nabłonka jelit cienkich, ale bakterje znajdują tutaj pomyślnie dla swego rozwoju warunki. Dalej, o ile przez odmianę diety można wpłynąć na florę jelit cienkich i zmienić charakter produktów rozbudowy części pokarmowych, o tyle kiszka gruba jest narządem zbyt oddalonym i z trudem poddaje się tym wpływom. Wspomniane warunki sprawiają, że prostata i esica łatwo ulegają urazom mechanicznym, jakie daje przebywanie twardego, a w razie retencji zbyt twardego mas kałowych. Rzecz prosta, że kamienie kałowe, ocierając się o błonę śluzową podczas przechodzenia przez zwięźoną esicę, szyją bańki i kanał zwieraczy odbytnicy urażają jej nabłonek i czynią ją dostępną dla osiedlenia się i rozwoju bakteryj chorobotwórczych. Wystawiona na urazy i na toksyczne działanie nadmiernie gnijących mas kałowych lub w inny sposób osłabiona śluzówka esicy i prostaty może chorobliwie zareagować na bakterje, saprofitujące w wielkiej liczbie w kiszce i gnieźdzące się obficie w kale. Z bakteryj tych najczęstsze są *b. coli*,

*strepto*—i *distreptokoki*. Do innych bakterij, bardziej złośliwych i wywołujących stany zapalne na śluzówce zdrowej należą: b. Shiga-Kruze, pseudodzynteryczne, Ebertha, paratyfusowe, Kocha, krętek bładny, gonokoki, bakterie promienicy, dyfterytu, róży, pełzaki. Z czynników natury chemicznej naczęstsze są: zatrucie rtęcią, nawykowe używanie zbyt drażniących działających środków przeczyszczających lub omyłkowo pobrane do ławatywy trucizny (np. karbol zamiast gliceryny), mocznik, wydalany w przebiegu mocznicy przez przewód pokarmowy. Przyczyny termiczne: oparzenie zbyt ciepłym płynem, użytym do ławatywy, siedzenie na zimnej podstawie, w zimnym klozecie. Pasorzyty jelitowe również wywołać mogą stan zapalny esicy i odbytnicy (najczęstszy jest *oxyuris vermicularis*). Wreszcie omawiane cierpienia towarzyszą wspomnianym na wstępie chorobom narządów sąsiednich i nawet bardziej oddalonych, jak niedomoga krążenia z zastojem w jelitach, usposabiającym śluzówkę do odczynu zapalnego.

*Proctitis* i *sigmoiditis* występują przeważnie jednocześnie i bardzo często stanowią fragment zapalenia całej okrężnicy lub większej jej części. O *proctitis* lub *sigmoiditis* mowa jest wtedy, gdy natężenie choroby jest w danych odcinkach najsilniejsze. Przebieg kliniczny nie zależy prawie wcale od czynnika chorobotwórczego, i dlatego przy omawianiu przebiegu klinicznego podział etjologiczny może być nieuwzględniony.

Głównymi objawami *proctitis acuta* są: miejscowe uczucie gorąca, bóle, promieniujące od odbytnicy do górnych odcinków jelita, do pęcherza moczowego, narządów rodnych, do kości kulszowych, uda, w górę, w kierunku lewego podżebrza. Natężenie bólów może być tak silne, że siedzenie staje się niemożliwe, utrudnia chód i postawę stojącą; chory mimowoli kładzie się do łóżka. Do bólów przyłącza się parcie, początkowo przerywane, później stałe. Parcie to zmusza chorych do częstych usiłowań oddania stolca, zamiast którego wychodzą kawałki śluzu, lub wysiłki wogóle są bezowocne, poronne. Chory odczuwa ciężenie w dole, napięcie, tętnienie przekrwionych naczyń. Częste wypróżnienia wywołują palenie i kłucie w odbytnicy. Bezpośrednio po wypróżnieniu zaczynają się nanowo przykre i bolesne skurcze zwieraczy odbytu. Te same wypróżnienia doprowadzają, zwłaszcza u dzieci, do obłuznienia i wypadnięcia śluzówki odbytnicy, a dokoła śluzówki obkurcza się zwieracz, obciska żyły, doprowadzając do zastoiny w wypadniętej części śluzówki. Powikłanie to należy do bardzo bolesnych. Pod wpływem częstego parcia na stolec zjawiają się częste, a następnie bolesne parcia na mocz. Od ciągłego zwilżania okolicy odbytu skóra w tem miejscu ulega podrażnieniu, i do wymienionych dolegliwości przyłącza się świąd. W przeważającej liczbie przypadków ciepłota ciała pozostaje normalna, wzniesienia nie przekraczają 38,5°. W przypadkach o przebiegu szczególnie ciężkim obraz kliniczny przypomina zakażenie ogólne; wysoka gorączka z dreszczami, utrzymująca się przez czas dłuższy, wskazuje na współistnienie powikłania pod postacią jakiegoś ogniska ropnego. Wymienione przed chwilą objawy odbijają się na samopoczuciu ogólnym chorych, odbierają sen, co razem upośledza

ich stan ogólny i może doprowadzić do wyniszczenia.

Częste stolce o odczynie słabo alkalicznym zawierają mało treści kałowej; składają się ze śluzu, a czasami znajduje się w nich krew i ropę. Badanie mikroskopowe śluzu stwierdza obecność ciałek ropnych, krwinek czerwonych i obfitej flory bakteryjnej. W niektórych przypadkach spotyka się kwasochłonne ciała krwi. Wypróżnienia mogą być czysto ropne, w dyzenterji znajduje się domieszkę włókniaka. O ile wypróżnienia są kałowe, domieszki powyższe oblepiają kał zewnętrznie. Silne skurcze w esicy lub p. *sphincterica* wywołują twardą spistość kału, który ukazuje się w kawałkach małych i cienkich. Częste lub nawet stałe zwilżanie okolicy odbytnicy wydalaminami wywołuje jej zaczerwienienie, rumień. Badanie odbytnicy palcem jest bardzo bolesne i wykazuje zwiotczenie zwieracza zewnętrznego lub jego nadmierny i bolesny skurcz. W *ampulla recti* wyczuwa się podwyższoną miejscowo ciepłotę i wrażliwą na ucisk, obrzękłą błonę śluzową. Na rękawiczce, po wyjęciu palca, pozostają kłaczki krwawego albo ropnego śluzu. Rektoskopia jest bolesna, wymaga pokonania zwiększonego oporu ze strony zwieraczy; w niektórych przypadkach konieczne jest znieczulenie. Przez wziernik oglądamy śluzówkę przekrwioną, obrzękłą, pokrytą szklistym lub mętnym śluzem. Brzegi fałd błony śluzowej są zaokrąglone, powierzchnia ich ma połysk jedwabisty. Cała błona śluzowa wydaje się bardzo wrażliwą i pokryta jest licznymi wybroczynkami, śluzem czystym, krwawym, ropnym, pod postacią nalotów żółtawych lub krwaworopnych. Usunięta wydzielina odślania nadżerki i owrzodzenia. Ostatnie zlewają się ze sobą i tworzą większe ubytki. Obfita ilość wydzieliny, zwłaszcza włókniakowej, utrudnia wziernikowanie. W przypadkach lżejszych obrzękłe są tylko mieszki (*folliculi*), które w kształcie szklistych ziarenek wystają nad zlekka zaróżowioną błoną śluzową.

Po ustąpieniu objawów burzliwych choroba przechodzi najczęściej w stadium przewlekłe, które niezawśnie bywa poprzedzone zapaleniem ostrym. Wtedy cierpienie zaczyna się stopniowo i zależy przeważnie od urazów, na jakie wystawiony jest ten odcinek w zaparciu i przy obecności kamieni kałowych. W stadium przewlekłym objawy bólowe cofają się na plan dalszy i zależą od bolesnych skurczów zwieraczy. Główne skargi chorych dotyczą przykrego uczucia pełności i ciężenia w prostnicy lub wrażenia dalszej potrzeby defekacji po jakoby, niezupełnym oddaniu stolca, fałszywe parcie na stolec utrzymuje się, podobnie, jak w okresie ostrym, acz mniej nasilone. Tłem tych objawów jest przewlekłe podrażnienie śluzówki odbytnicy, zwłaszcza bańki i jej szyi. Bóle są nieznaczne i promieniują do kości kulszowej i uda. Odplywająca wydzielina zwilża nieprzyjemnie okolicę otworu stolcowego i wywołuje świąd. Podwyższenie ciepłoty ogólnej należy do rzadkości. Stolce są naprzemian zbite i płynne. Czasami zaparcie występuje naprzemian z częstymi wypróżnieniami; bywa również, że podczas jednorazowego wypróżnienia, po odejściu zbitego i sformowanego kału, wychodzą jeszcze rzadkie resztki kałowe ze śluzem (Nachspritzer). Ostatnie wychodzą nawet z wiatrem i brudzą bieliznę. Po dłuższym trwaniu choroby

zwieracze wiotczeją i nie utrzymują już płynnego kału. W stolcu znajduje się dość często domieszki ze śluzu w którym pod mikroskopem wykrywa się *detritus*, nabłonki warstwy śluzowej, leukocyty, bakterje, czasami komórki kwasochłonne. Neubaer, Staubli, Fucker wyosobniają dlatego typ *pr. eosinophila*. Podział ten jest zbyt czysty, gdyż komórki kwasochłonne znajduje się pozatem w przebiegu zapaleń, nie wyróżniających się żadnymi cechami swoistymi. Niektóre niezbyt przewlekłe występują u osób z eozynofilią we krwi. O ile zapalenie spowodowane zostało przez pasożyty lub niektóre pierwotniaki w stolcu znaleźć można kryształki Charcot-Leydena. Liczba leukocytów w śluzie zależy od okresu choroby (w ostrym — ropa). Dzięki obfitemu unaczynieniu samej odbytnicy zapalenia miewają charakter krwotoczny, łatwo imitują obraz kliniczny raka odbytnicy. Jak w przebiegu ostrym, tak i tutaj, drażniona wydaliniami w okolicy odbytnicy skóra przedstawia przewlekłe wypryski, pęknięcia, otwory przetok. Na tem samym tle tworzą się narośle, przypominające czasami łudząco lepieże, krwawnice. Są one zbite i wypełnione krwią. Na pograniczu między odbytnicą i *p. sphincterica recti* powstają również pod wpływem ciągłego drażnienia wybijające brodawki, przypominające swym wyglądem kolce, o zabarwieniu szarawem lub białoszarawem. Badanie palcem jest bolesne, ale nie należy go pomijać. Wyczuwa się przytem nadmierną pobudliwość zwieracza odbytu, którą poznajemy po oporze, jaki mięsień ten stawia podczas wprowadzania palca. Nadwrażliwa jest także obrzękła błona śluzowa odbytnicy. Śluzówka jest tu nierówna, palec wyczuwa coś w rodzaju gęsiej skórki. Przy wyjmowaniu pozostają na palcu kłaczki śluzu, czasami z domieszką ropy i krwi. Oglądanie za pomocą wziernika pozwala zauważyć sinawe zaczerwienienie obrzękłej błony śluzowej, przypominającej akksamit. Pozatem obraz anatomiczny jest w różnych przypadkach odmienny, zależy od nasilenia i trwania choroby. Okolica szyjki jest zwykle bardziej obrzękła, taksamo mieszkki. Błona śluzowa może być grubo — lub drobnoziarnista (*pr. follicularis s. granulosa*). W tym przypadku ulega łatwo okaleczeniu i krwawi, pokrywa się kawałkowatym, błoniastym lub włóknistym nalotem śluzowym. Innym razem nad powierzchnią błony śluzowej wystają małe pączkowate wygórowania o szerokiej podstawie sprawiające wrażenie początków polipa (*pr. proliferans*). Odmienny typ przedstawia postać prze-

rostowa (*pr. hyperplastica*): fałdy błony śluzowej wyrastają nadmiernie, a następnie zwijają się lej-kowato i zwężają światło jelita (*pr. stenosis*). Tego rodzaju zmiany krwawią łatwo i często i powstają najczęściej na tle gruźliczem. Obok przekrwienia i śluzu widzi się ropę. Cięższe zmiany prowadzą do owrzodzeń mieszków o kształcie soczewicy. Większe owrzodzenia pozostają po źle wygojonym zapaleniu, spowodowanym przez bakterje czerwonki, krętki blade, gonokoki, pełzaki, na tle mocznicy. Po długotrwałych zapaleniach śluzówka ulega zanikowi, jest cienka i gładka, jakby polakierowana, szaroczerwona, bladoszara, czasami łamliwa, łatwo krwawi. Śluz, o ile jest, pokrywa ją w niewielkich ilościach. Są to małe żółtawe lub szare włókienka. Zdaniem Straussa proces zapalny dość często ogranicza się tylko do okolicy szyi odbytnicy (*pr. colli ampullae*) i zwieraczy (*pr. sphincterica*). Ostatnie staje się zrozumiałe, gdy przypomnimy sobie, że w tem miejscu zatrzymują się kamienie kałowe i powodują urazy. W *p. sphincterica* powstają łatwo zmiany zapalne na tle żylaków. Odmiana ta charakteryzuje się bólami (*proctalgia*) i krwawieniami. Błona śluzowa jest sinoczerwona i połyskuje. Krwawienia wynikają z pęknięcia nowotworzących się naczyń. Znajdujemy tu nadżerki i bujającą ziarninę, szczególnie po stronie grzbietowej.

Przebieg kliniczny przewlekłego zapalenia odbytnicy jest naogół łagodny. O ile nawet zmiany anatomiczne nie wracają *ad integrum*, w przypadkach lekkich i średnio ciężkich dochodzi do poprawy klinicznej. Nawroty są możliwe, zwłaszcza w postaciach krwotocznych, które anemizują chorych. Uporczywe są z trudem poddają się leczeniu sprawy ropne i wrzodziejące, zwężające światło kiszki, lub z ropniami dookoła prostnicy. Powikłania takie znacznie pogarszają rokowanie.

Rozpoznanie omawianego cierpienia nie następuje trudności, o ile nie pominąć badania palcem i wziernikowania. Ostatnie metody pozwalają na odróżnienie przypadków zwykłych od towarzyszących nowotworom, przetokom, krwawnicom. Wziernikowanie wykrywa często przyczynę, wywołującą zapalenie, jak np. ciała obce, pasorzyty (*oxyuris*), polipy. Za pomocą rektoskopu można dokonać biopsji próbnej lub wydstać nieco wydzieliny do badań histologicznych i bakterjologicznych.

(Dok. nast.)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Higiena.

■ Dr. M. KACPRZAK. Szlachetne i nieszlachetne. Warszawa 1931; str. 16; wydane z zapomogi Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych.

Pod tym wiele mówiącym tytułem ogłasza autor broszurkę propagandową o... myciu. Odróżnia w niej części ciała szlachetne, które każdy człowiek myje codziennie, i nieszlachetne, które myje się rzadko. Obok tego są jeszcze części pogardzane, których nie myje się nigdy. Autor ze swadą i umie-

jętnością zainteresowania czytelnika sobie właściwą nawiązuje do zwyczajów i przesądów ludu naszego. Mówi o myciu się wodą, nabrana do ust, o tem, jak poważni gospodarze uważają kąpiel rzeczna za zbytki, a dziewczęta dokładne mycie za obrazę skromności; opisuje, co cierpi rekrut, któremu codziennie każą szorować nogi, i t. p. Wszystko to przedstawione jest w sposób dosadny, a jednak nie obrażający nikogo. Autorowi i wydawcom należy się wdzięczność i za wybór tematu i za wywiązanie się z zadania a także za szatę zewnętrzną. Bardzo



piękna i pomysłowa winieta i 8 niezmiernie charakterystycznych rysunków są prawdziwą ozdobą broszurki.

Z. Szymanski.

## Radjologia

■ KIRSCHMAN Kurt. Das Röntgenverfahren. Podręcznik dla lekarza i asystentki technicznej. 345 stron druku, 283 fotografii; nakładem — Georg Thieme — Lipsk — 1930 r.

Jako tom I ogólnego podręcznika „Technika Laboratoryjna i zabiegi Rentgenologiczne”, wydawanego przez dr. Waltera Lustiga, zjawiała się praca Kirschmana, przeznaczona właściwie nie tyle dla lekarza, ile dla personelu pomocniczego. Za podstawę do opracowania posłużyły Urzędowe Przepisy dla wyszkolenia i egzaminowania personelu pomocniczego przy Klinikach Uniwersyteckich.

Dzieło, ujęte w dostępną dla szerszego ogółu formy obejmuje niektóre rozdziały ogólnej fizyki, fizyki i biologii promieni Roentgena.

Nieco obszerniej ujęty jest dział lamp i aparatów rentgenowskich z dokładnym opisem ich obsługi.

Dział 6-ty obejmuje pomiary promieni Roentgena, 7-my fotografie.

W rozdziałach, obejmujących technikę zabiegów rozpoznawczych i leczniczych, podana jest technika ogólna i specjalna (dokładna technika zdjęć poszczególnych części ciała).

W ogólnych zarysach uwzględnione jest ostatnie zastosowanie promieni R. w technice (badania materiałów, analizy chemiczne) oraz leczenie radem. W specjalnym dodatku poruszona jest strona prawna obowiązków i odpowiedzialności personelu pomocniczego oraz krótki słownik łacińsko-niemiecki używanych w rentgenologii terminów i skrótów.

B. Kryński.

■ Dr. E. RUCKENSTEINER. Die normale Entwicklung des Knochensystems im Röntgenbild. Radiologische Praktika Band XV. Nakładem Georg Thieme. — Stron druku 65, tablic 5.

Trudne zadanie wziął na siebie autor. Szkielet ludzki w rozwoju swym otwiera szerokie pole dla wszelkiego rodzaju warjacji.

Te odchylenia ująć w pewne kręby i tem samym udostępnić nam ich zrozumienie — oto zadanie, z którego trudności wykonawczych zdaje sobie autor sprawę. Dla celów rozpoznawczych posługuje się on promieniami Roentgena. Życie zarodkowe stawia pewne granice tego rodzaju badanom, i tu leży główny błąd autora.

Wyniki ujęte są w postaci tabel.

Do szczegółowego streszczenia książka nie nadaje się. Należy dokładnie przestudjować oryginał.

B. Kryński.

## Gruźlica.

■ H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRÄUNING, St. ENGEL. — Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. T. II. Georg Thieme Lipsk; str. 490.

Leży przed nami drugi tom tego prawdziwie pożytecznego wydawnictwa, o którego pierwszym tomie zdawałem sprawę w lutym r. ub. (p. Nr. 7 Czasopisma). I o tym tomie muszę powtórzyć, że ułatwia nam niezwykle zorientowanie się w olbrzymim materiale, obejmującym rozrastającą się stale i niezmiernie szybko literaturę gruźliczą. Taki, na przykład, artykuł Blumenberga z zakładu higieny Seltera w Bonn pozwala na wyrobienie sobie pewnej opinii o modnej dziś kwestji zarazka przesycającego. A choć

sam tytuł artykułu („o tak zwanej niewidzialnej postaci prątka gruźliczego”) i uwagi autora wyraźnie odzwierciedlają negatywny stosunek autora do kwestji omawianej, to jednak zachowana jest najzupełniejsza bezstronność w przedstawieniu całokształtu sprawy, zaś wnioszek ostateczny ujęty jest w formie następującej: dowodów przekonujących na korzyść istnienia postaci niewidzialnej zarazka gruźliczego dotąd niema.

Sprawa usadowienia się zmian swoistych w szczytach przede wszystkim, — to niemal zasadnicze twierdzenie starych badaczy, jest, jak powszechnie wiadomo, obecnie z fanatyczną zaciekleścią atakowane przez szereg autorów niemieckich. Löschke i Elżbieta Dehoff zajęli się tą kwestją w ten sposób, że Löschke omawia usposobienie szczytów do gruźlicy, zaś Dehoff — anatomję patologiczną gruźlicy szczytów. Na zaznaczenie zasługuje zakończenie rozdziału drugiego, podkreślające, że i obecnie, jak dawniej, faktem jest, że, jako prawidłó, występowanie zachorzenia szczytu zjawia się anatomicznie wcześniej, niż naciek, i że dotąd nie opisano, ani nie badano anatomicznie ani jednego przypadku w którymby nie stwierdzano makroskopowo lub pod drobnowidłem pozostałości po uprzednim zachorzeniu szczytu.

F. Ickert mówi o sprawie zakażenia pochodomowego gruźlicą, której jest dobrym znawcą.

Na szczególne podkreślenie zasługuje rozdział, napisany przez Kayser-Petersena o zakładach dla chorych na gruźlicę. Omawia K.-P. w tym rozdziale wszelkie sprawy, związane z zakładami dla gruźliczych dorosłych i dla dzieci, nie pomijając znaczenia sprawy gruźlicy dla nauczania w uniwersytetach.

Weicksel mówi o wyborze chorych na gruźlicę płuc do leczenia sanatoryjnego, podkreślając potrzebę rychłego uchwycenia istotnie chorych, co jest najkorzystniejsze zarówno ze względu na zapobieganie, jak i na najmniejsze straty pieniędzy społecznych.

Neumann z Wiednia w interesująco, jak zwykle, napisanym przez siebie rozdziale omawia pokrótce „kliniczne ujęcie gruźlicy w oświetleniu badaczy francuskich”. Szczególnie na uwagę zasługuje zestawienie prac francuskich, dotyczących t. zw. nacleku wczesnego i krwiopochodnych postaci gruźlicy.

Liebermeister i Schoop rozpatrują dość drobiazgowo coraz bardziej wchodzą w użycie odmę obustronną w leczeniu gruźlicy. Rozważania natury teoretycznej, wskazówki praktyczne i wcale niezłe wyniki otrzymane przez autorów czynią ten rozdział bardzo cennym dla wykonywających odmę sztuczną.

Następuje rozdział poświęcony rokowaniu w gruźlicy dziecięcej i napisany przez H. Behrendta wreszcie na zakończenie wyczerpująco ujęty i niezmiernie na czasie rozdział o szparach międzypłatowych, ich anatomji, obrazie rentgenologicznym i znaczeniu klinicznym opracowany przez L. Schalla.

Trudno, rzecz jasna, by wszystkie rozdziały były jednako dokładnie i przejrzysto opracowane. Wszystkie jednak wymienione przedstawiają dokładnie stan obecny sprawy omawianej i niezwykłe, jak już na wstępie zaznaczyłem, ułatwiają zorientowanie się w rozmaitych na czasie będących kwestjach, wchodzących w zakres gruźlicy. Że podobne wydawnictwa uważam za bardziej celowe, niż olbrzymie wielotomowe podręczniki, — o tem miałem już okazję wspominać.

Strona zewnętrzna, jak zwykle w wydawnictwach Thieme & Co., bez zarzutu.

M. Gantz.

J. GRÖNINGER i K. L. PESCH. Czy w gruźlicy płuc mogą być wydalane przez anatomicznie wolne od gruźlicy nerki prątki gruźlicze? (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 167, z 5—6)

W moczu chorych z otwartą gruźlicą płuc bez wyraźnych objawów nerkowych na 19 przypadków stwierdzono w dwóch obecność prątków gruźliczych.

W jednym przypadku wykazała obdukcja gruźlicę nerek, której istnienie podejrzewano już klinicznie. W drugim przypadku sekcja ujawniła również gruźlicę nerek, chociaż wyniki badania klinicznego, pomijając dodatni wynik bakteriologicznego badania moczu, nie uprawniały do rozpoznania gruźlicy nerek. W tym przypadku można wyrazić przypuszczenie, że w czasie badania klinicznego nerka była wolna od gruźlicy, tak iż znalezienie prątków w moczu może być uważane jedynie za wyraz prawdziwej bakterjurii.

Wykazywanie prątków gruźliczych zapomocą posiewów metodą Hohna i szczepienie świnkom morskim okazało się, jak było zresztą do przewidzenia, dokładniejszą metodą, niż badanie mikroskopowe. Przytem posiewy metodą Hohna są równoważnościowe pod względem swych wyników ze szczepieniami świnkom morskim, pod względem krótkości niezbędnego do wykonania czasu przewyższając je.

Przy hodowaniu prątków gruźliczych pożywką jajeczną z dodatkiem zieleni malachitowej okazała dobre usługi przy niedopuszczaniu do zanieczyszczenia.

Henryk L a n d a u.

H. KUTSCHERA-AICHBERGEN. O praktycznym znaczeniu badań spirometrycznych w gruźlicy płuc. (Wien. klin. Wschr. Nr. 37 1930).

Gruźlicze zmiany płuc, zwłaszcza o charakterze wysiękowym zmniejszają ich pojemność życiową. Pomiaru pojemności życiowej płuc są technicznie tak łatwe, a niezbędna do tego aparatura tak prosta, że może je wykonywać każdy lekarz w ciągu kilku minut. Metoda ta nadaje się więc do ułatwienia lekarzowi-praktykowi rozpoznania wczesnych postaci wysiękowych gruźlicy (wczesne nacieki i ich następstwa). Jest to dlatego ważne, że te właśnie postaci przy zastosowaniu zwykłych metod badania fizykalnego nie zostają z reguły rozpoznane. Porównawcze pomiary pojemności życiowej umożliwiają również lekarzowi, nie mającemu możności korzystania z Roentgena, bieżącą kontrolę szerzenia się lub cofania prognostycznie bardzo ważnych odwracalnych zmian wysiękowych w przebiegu przewlekłej gruźlicy. Zwłaszcza pouczające są takie pomiary, jeśli są one porównywane z seryjnym badaniem radiologicznym. W przypadkach wyrwania nerwu przeponowego, odmy i innych zabiegów, mających na celu uciśnięcie płuc, pomiary pojemności życiowej płuc orjentują co do ogólnego stopnia upośledzenia czynnościowego płuc.

Henryk J. L a n d a u.

L. LINDT. W sprawie leczenia farmakologicznego gorączki gruźliczej. (Wien. kl. Woch. Nr. 32 1930).

Zwalczanie gorączki u chorych na gruźlicę piramidonem ewentualnie w kombinacji z chininą, laktofeniną i t. d. prowadzi do nagłych jej spadków wśród potów i stromych wzniesień, wśród dreszczów, co bywa nieprzyjemnie odczuwane przez chorych. Stosowanie częstych a małych dawek piramidonu zapobiega wprawdzie nagłym spadkom ciepłoty, ale nie obniża wysokiej gorączki. Piramidon ma przytem nieprzyjemne uboczne działania (poty, nudności, osłabienie i t. d.). Wobec tego autor używa weramonu, podając go kilka razy dziennie (nawet co godzinę) w dawce 0,1 (1/4 tabletki). Spadki ciepłoty są powolne, lecz bardziej długotrwałe, niż przy stosowaniu piramidonu, a unika się przytem stanów, przypominających zapaść, potów, uczucia słabości i t. d.

Henryk L a n d a u

BECKER. Stosowanie wigantolu i wapnia w gruźlicy płuc. (D. m. W. Nr. 24 1930).

Przedawkowanie wigantolem wywołuje wzmoczone odkładanie się wapnia w tkankach. To spostrzeżenie wysunęło możliwość otrzymania dobrych wyników w gruźlicy płuc. Autor podawał w rozpadowej gruźlicy płuc jedno i obustronnej wigantol w ilości 10 kropel 2 razy dziennie, t. j. dawki duże, przez 6 tygodni, następnie po przerwie 1—2 tygodniowej podawał wigantol w tej samej ilości, nie spostrzegając ujemnego działania. Obok wigantolu podawał 5 gr. *calciam lacticum* dziennie i tran bez fosforu. Chorzy otrzymywali dietę zwykłą. Już w krótkim czasie przy tem leczeniu występowała wyraźna poprawa łaknienia, wagi, zmniejszenie ilości płwociny, a w obrazie rentgenowskim płuc zmiany łącznotkankowe. Stosowanie obok wigantolu diety Gersona i mineralogenu nie skracało okresu leczenia. Bez wigantolu tak znacznej poprawy w płucach autor dotąd nie spostrzegał.

Wanda F r a n z ó w n a.

### Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

■ B. STÜBER und K. LANG. Die Physiologie und Pathologie der Blutgerinnung. (Urban i Schwarzenberg. Wien. 1930; 91 str.).

Wysoce oryginalne poglądy autorów na fizjologję i patologję krzepliwości krwi są owocem długoletnich ich badań nad tą wielce zawiłą sprawą. Od czasu A. Schmidta, który po raz pierwszy dokładnie opisał proces krzepliwości krwi „in vitro” i ujął całą tę sprawę z punktu widzenia zaczynowego, (zaczyn swoisty-trombina), co parę lat zjawiały się coraz to nowe teorie, częściowo pogłębiające poglądy Schmidta (Hämmersten, Bordet, Arthus, Morawitz, Fuld), częściowo zaś tłumaczące sprawę krzepliwości z punktu widzenia chemji fizycznej (Nolf, Howell, Zak, Welisch). Wielka liczba tych teorii jest najlepszym dowodem tego, iż żadna z nich nie może w zupełności, bez dodatkowych komplikujących hipotez, wyjaśnić tej zagadkowej dotychczas sprawy. Z drugiej zaś strony, właśnie wskutek tego mnóstwa ścierających się ze sobą poglądów, cperujących coraz to nowymi terminami, zagadnienie krzepliwości krwi stało się jeszcze bardziej zagmatwane. Ustalony jest jedynie substrat włóknika — fibrynogen, co się zaś tyczy czynników tromboplastycznych, to wiadomem jest, że są one funkcją soków ustroju, zależną od całego szeregu czynników. Jedni ujmują tę funkcję z punktu widzenia chemicznego: w surowicy „krąży” protrombina, która po zadziałaniu na nią przez tromboklinazę, w obecności soli wapniowych, staje się ciałem zaczynowym — trombiną, i zaczyn ten w pewnych warunkach zamienia fibrynogen na włóknik; jest to w krótkich słowach teoria Morawitza; dla dokładności zaznaczę, że każde z owych wspomnianych, a wielce hipotetycznych „ciał” jest obdarzone kilkoma terminami.

Według Stübera i Langa, którzy po przestudowaniu piśmiennictwa i po gruntownem zaznajomieniu się z omawianą sprawą zarzucili wszystkie dotychczasowe poglądy, sprawa krzepliwości krwi jest ściśle związana z procesem glikolizy krwi; naskutek stwierdzonego przez nich rozpadu cukru następuje pewne, acz nieznaczne zakwaszenie środowiska przez tlenowe lub beztlenowe produkty rozpadu krwi. Ponieważ fibrynogen jest ciałem białkowym o ładunku anjonowym, lecz najsłabszym ze wszystkich frakcyj białkowych osocza, zbliża się on pod wpływem nieznacznego nawet zakwaszenia do swego punktu izoelektrycznego i strąca się, przechodząc ze stanu „solu” do stanu „gelu”. Pogląd ten, wysoce oryginalny, popierają autorzy całym szeregiem badań chemiczno-fizycznych, wskazując pomiedzy innymi na rzeczywistość zaświadczający fakt, iż wszystkie ciała o działanościi antygli-

kolitycznej hamują krzepliwość krwi i *vice versa*. Sam czynnik glikolityczny znajduje się w krwinkach w stanie nieczynnym, uczynnia się przy jakimkolwiek ich uszkodzeniu. Dla tego też w stanach prawidłowych krzepnięcia krwi w naczyniach krwionośnych „*in vivo*” jest niemożliwe i dopiero wówczas, kiedy krwinki ulegają jakimkolwiek urazowi, jak np. zetknięciu się z chropowatą powierzchnią naczynia (szkło, skóra, powierzchnia rany), występuje glikoliza, produkt jej, kw. mlekowy, neutralizuje ładunek fibrynogenu, zbliżając ciało to do punktu izoelektrycznego, i wreszcie fibr. strąca się, tworząc włóknik. W ten sposób według St. i L. odbywa się sprawa krzepnięcia krwi pozanaczyniowo a więc „*in vitro*”. Co się tyczy wewnątrznaczyniowych zakrzepów (*thrombosis*), to mechanizm ich powstawania tylko częściowo zależy od zamiany fibrynogenu na włóknik, główną bowiem rolę odgrywa tutaj, jak wiadomo z badań Aschoffa, konglutynacja płytek. Chorobowo stworzone skupienia płytek czynią właśnie ów uraz dla krwinek, o którym wspominaliśmy wyżej. Jak wykazały badania Starlingera, płytki posiadają pewną ilość ujemnego ładunku elektrycznego w znacznie mniejszej mierze, aniżeli krwinki czerwone lub białe. To też wszelkie zakwaszenie bądź przez CO<sub>2</sub> lub kw. mlekowy zbliża płytki do stanu izoelektryczności, co kolejno, powoduje wzmogłą ich aglutynację. W tym samym kierunku wpływają również wszelkie wahania we wzajemnym stosunku globulin do albumin (hiperglobulinemia). Okazało się wg. St. i L., iż w przypadkach hemofilji płytki odznaczają się szczególnie wysokim ładunkiem elektrycznym, w przypadkach zaś *thrombophlebitis* — wyjątkowo małym. Wysokość ładunku zależna jest od budowy płytek (mniejsze płytki posiadają mniejszy ładunek) i od ilości fluoru krążącego we krwi. W przyp. hemofilji stwierdzają oni stosunkowo wielkie ilości fluoru. Autorzy ci zwracają uwagę na ciekawy fakt zmniejszenia ładunku elektr. płytek po zastrzyknięciu dożylnym hipertonicznego roztworu cukru gr. i wiążą ten objaw ze stwierdzoną ogólnie zwiększoną liczbą przypadków choroby zakrzepowej w ostatnich czasach. Chodzi nie o to, że się zastrzykuje do żyły, lecz że zastrzykuje się właśnie cukier. Podanie dożylnie „germaniny” (Baye<sup>r</sup> 205) wybitnie zwiększa ładunek elektr. płytek, oddalając je od stanu izoelektryczności i przeciwdziałając w ten sposób ich zlepianiu się. Podczas gdy cukier działa wybitnie tromboplastycznie, germanina przeciwdziała tworzeniu się zakrzepów i autorzy proponują lek ten jako *prophylacticum* przeciw tworzeniu się zakrzepów. Mechanizm tworzenia się zakrzepów, jest następujący; skutek zwolnienia krwioobiegu (ogólnie lub miejscowo), wskutek zmian w budowie ciał białkowych osocza (hiperglobulinemia), wskutek zakwaszenia soków ustroju przez CO<sub>2</sub> i zmniejszenia ładunku elektr. płytek, następuje wzmogła ich zlepność, tworzy się strąć płytkowy, będący początkiem zakrzepu.

Przyszłość wykaże, czy wielce logiczne, dowcipnie obmyślane i nawskroś oryginalne poglądy Stubera i Langga okażą się słuszne, w każdym jednak razie przysiąc trzeba że w powyższej monografji znajdujemy mnóstwo nowych faktów i doskonale krytyczne ujęcie dotychczasowych poglądów. Należy życzyć, aby teoria St. i L., jako opierająca się na danych nauk ścisłych i nieoperująca mglistą nomenklaturą serologii, ostała się w ogniu krytyki.

M. Landsberg.

E. OPPIKOFER. O odrębnych zmianach szpiku w braku ziarnistych krwinek białych. (Ziegler's Beiträge pathol. Anat. T. 85, z. 1 1930).

U 3 kobiet (lat 34, 51, 62) autor stwierdził znaczne zmniejszenie ogólnej liczby krwinek białych (1000, 1500, 450) przy równoczesnym braku (I i II) lub wybitnym zmniejszeniu (III — 8%, tylko objętochnonne) postaci ziarnistych. Badanie

pośmiertne wykazało ogniska martwicy w migdałkach, gardzieli, szyjnych gruczołach limfatycznych, śluzówce nosa, jelita i pochwy, w nadnerczach, odległy w okolicy pośladków i nieznaczne obrzmienie śledziony. W naczyniach krwionośnych narządów nie było prawie zupełnie ziarnistych krwinek białych. W szpiku nie znaleziono nie tylko dojrzałych ziarnistych krwinek białych, lecz także ziarnistych postaci młodych (myelocyty); natomiast było sporo myeloblastów ze zwyrodniałą zarodnią i jądromi (aż do martwicy włącznie). Zaburzeń w wytwarzaniu krwinek czerwonych nie stwierdzono. W skrawkach z migdałków i okolicznych gruczołów limfatycznych we wszystkich przypadkach znaleziono paciorkowce; w przypadku II wyhodowano je także ze krwi, a w III — ze szpiku kręgu. Zdaniem autora, znikanie ziarnistych krwinek białych zależy od wybiórczego działania bliżej nieznanego jadu na myeloblasty szpiku. Swoisty wygląd tego ostatniego wskazuje na samoistne pochodzenie braku ziarnistych krwinek białych.

K. Chodkowski.

W. HUEBER. Przyczynek do zagadnienia braku ziarnistych krwinek białych. (Frankf. Zeitschr. f. Pathol. T. 40, z. 2, 1930 r.).

Na podstawie piśmiennictwa autor dokładnie omawia obraz i przebieg kliniczny oraz zmiany anatomopatologiczne narządów w braku ziarnistych krwinek białych (*agranulocytosis*). Następnie podaje opis własnych 2 przypadków tego cierpienia (kobiety lat 42, liczba krwinek białych I—800, II—2200; postaci ziarnistych brak, badanie bakterjologiczne: posiewy i skrawki z narządów I — *bac. ac. lactici*, pałeczkowce, ziarenkowce i *bact. Friedlaenderi*, II — ziarenkowce). W tkankach nigdzie nie znaleziono ziarnistych krwinek białych.

Autor dochodzi do następujących wniosków: 1. Brak ziarnistych krwinek białych jest cierpieniem zakaźnym, które znacznie częściej zdarza się u kobiet, niż u mężczyzn (jednak hormony gruczołów płciowych nie wpływają na powstawanie tego schorzenia).

2. Przyczyną braku ziarnistych krwinek białych jest ogólne zakażenie drobnoustrojami nieswoistymi; wskazują na to wywiady, przebieg kliniczny oraz wyniki badań bakterjologicznych i anatomopatologicznych.

3. Brak ziarnistych krwinek białych jest spowodowany najprawdopodobniej wzmogłą zjadliwością lub przewlekłym działaniem drobnoustrojów; jady ich porażają szpik, który konstytucjonalnie nie jest mniej wartościowy. Niekiedy jednak trudno jest wykluczyć istnienie skłonności osobniczej.

4. Brak ziarnistych krwinek białych nie jest schorzeniem samoistnym lecz objawem zakażenia posoczniczego (najwłaściwsza zatem nazwa — *septicaemia agranulocytica*).

K. Chodkowski.

DUESBERY. Mechanizm działania djetu wątrobowej. (D. m. W. Nr. 38. 1930).

Liczne spostrzeżenia anemji złośliwej w okresach remisji wykazały, iż procesy regeneracyjne szybciej występują, im więcej methemoglobiny powstaje w organizmie. Przeciwnie, na szczycie choroby Biermera methemoglobiny nie stwierdza się, i wówczas procesy regeneracyjne są prawie zupełnie zniesione. Przy podawaniu chorym wątroby w celach leczniczych udaje się w krótkim czasie stwierdzić methemoglobinę. Jednocześnie stwierdza się zmniejszenie liczby ciałek czerwonych i spadek hemoglobiny. Na zasadzie tego spostrzeżenia wysunięto przypuszczenie, iż w wątrobie znajduje się czynna substancja, która hemoglobinę krwi przekształca w methemoglobinę poprzez rozpad ciałek czerwonych. Utworzona w ten sposób methemoglobina działa następnie pobudzająco na szpik kostny, który zaczyna oddawać do krwioobiegu ciała czerwone

prawidłowe w zwiększonej liczbie. Podawanie jednak zbyt dużej ilości wątroby doprowadza do znacznego zmniejszenia liczby ciałek czerwonych i do spadku hemoglobiny, tak, że zamiast poprawy występuje pogorszenie. Doświadczalnie udało się autorowi wywołać b. ciężką enemię u kotów przy przedawkowaniu djeta wątrobową. W znajdujących się w handlu preparatach wątrobowych stwierdzano również tę czynną substancję, i *in vitro* udało się otrzymać pod jej wpływem methemoglobinę. W świeżej wątrobie czynnej substancji nie stwierdzono. Tworzy się ona po 1 — 3 dniach oraz przy gotowaniu z kwasami. Dłuższe gotowanie hamuje jej występowanie.

Ostatnie badania wykazały obecność substancji czynnej w preparatach żółdkowych, w soku żółdkowym osób zdrowych, nie stwierdzono jej obecności w soku żółdkowym u chorych na anemię złośliwą.

Wanda Franzówna.

### Choroby kobiet i położnictwo.

WIESBADER. W sprawie stosowania preparatów jajnikowych. (D. m. W. Nr. 48. 1930).

W dobie obecnej jesteśmy w stanie określić (badanie moczu i krwi) brak lub nadmiar hormonów i w ten sposób uregulować okresy miesiączkowania. Spostrzeżenia autora dotyczą 35 przypadków *oligomenorrhoe*, *meno-* i *metrorrhagia* krwawienia okresu pokwitania, oraz 40 przypadków spraw zapalnych przydatków. Stosowano preparat Hogival w postaci wstrzykiwań domięśniowych 1 cm.<sup>3</sup> = 100 M. E. oraz tabletek po 300 M. E. Przy podawaniu przewlekłym w większości przypadków osiągnęto wyniki pomyślne, nasilenia krwawień zdarzały się rzadko i na b. krótki przeciąg czasu.

Warunkiem koniecznym przy leczeniu hormonami jest prawidłowa czynność innych gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.

St. Luxemburg.

BENTHIN. Leczenie poronień gorączkowych zapomocą węgla. (D. m. W. Nr. 49. 1930).

Poronienia, przebiegające z podwyższeniem temperatury ciała, leczymy dziś metodą zachowawczą.

W tym celu od roku 1928 stosowano w 300 przypadkach węgiel, który, jak wiadomo, posiada dużą zdolność pochłaniania zarazków, utrudnia wysysanie się jądów, posiada własności odtruwające i w tem jego działaniu autor widzi wielkie zalety.

Technika zabiegu polega na wprowadzaniu za pomocą korncangi sztabek węgla, po uprzednim uchwyceniu części pochwowej.

W 300 przypadkach procent śmiertelności wynosił 0,33. Ciężkie schorzenia następce zauważono jedynie w 5 przypadkach.

Leczenie za pomocą węgla zmniejsza znacznie czas trwania choroby. 270 chorych opuściło klinikę po 11 dniach. W 85 przypadkach stosowano tę metodę leczniczą zapobiegawczo z b. dobrym wynikiem. Łatwa technika zabiegu pozwala na stosowanie w praktyce ogólnej.

St. Luxemburg.

WIESSNER. Stosowanie bromu w wymiotach ciężarnych. (D. m. W. Nr. 48. 1930).

Autor podaje krótką notatkę o b. pomyślnym wyniku podawania bromhosalu u kobiety ciężarnej, której wymioty nie dały się uspokoić żadnym innym środkiem leczniczym.

St. Luxemburg.

## Wskazówki praktyczne

W. Zemann poleca stosowanie *Calcihydu* (połączenie formaldehydu z wapniem) w ostrym nieżycie nosa i sprawach nieżytowych górnych dróg oddechowych wogóle. Formaldehyd działa dezynfekująco, wapń przeciwzapalnie. W ostrym nieżycie nosa 4--6 pastylek dziennie ogranicza szybko wydzielinę i znosi obrzęk błony śluzowej, przywracając normalną drożność nosa. Zastosowany na samym początku *calcihyd* w ilości 1--3 pastylek kilka razy dziennie działać ma poronnie. We wszelkich stanach podrażnienia krtani po przeziębieniu lub towarzyszących grypie działa *calcihyd* uspakajająco na kaszel i obniżająco na ciepłotę ciała. W anginie ostrej udaje się osiągnąć szybko wyleczenie bez stosowania środków miejscowych. (W. m. W. 1931 № 7).

—o—

K. Lutz zwraca uwagę na *niebezpieczeństwo mięsienia sterczu*. Pomiedzy licznymi uszkodzeniami przytacza L. trzy przypadki śmierci skutkiem posocznicy. Wyniki dodatnie, otrzymany

wane za pomocą mięsienia, mogą być osiągnięte i inną drogą, a głównie przy pomocy diatermji. (Med. Klin. 1931 str. 1523)

—o—

Ederle i Kriech leczyli z powodzeniem *niedo-krewność złośliwą za pomocą zastrzykiwań podskórnych wyciągu z żółdka*. Dawkę dzienną stanowił wyciąg z 4 gr. błony śluzowej żółdka. Od 5 dnia wzrastała gwałtownie liczba retikulocytów (z 12 na 120<sup>0/100</sup>), aby potem stopniowo opadać; ilość hemoglobiny podnosiła się z 42 na 84<sup>0/100</sup>, liczba krwinek czerwonych z 1,92 na 4,4 miliona. (Kl. Woch. 1931. № 7).

—o—

*Przetaczanie krwi* oddaje, według Majanza dobre usługi w ostrych i przewlekłych utratkach krwi, znakomicie działa jako akt przygotowawczy do operacji u osobników wyniszczonych i powinno być stosowane w każdym przypadku cholemmji. W białaczce i wstrząsie pooperacyjnym, jak również w zakażeniach posocznicych pozostaje bez poważniejszych wyników. (Dtsch. Z. f. Chir. 1930. str. 171).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z d. 9 grudnia 1930 r.

wspólnie ze Związkiem Lekarzy Słowiańskich w Polsce  
Początek o godzinie 8-mej punktualnie.

Obecnym członków Towarzystwa 45, wprowadzonych gości 17.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25 list. — przyjęto.

2. Kol. W. Łapiński (streszczenie własne), — w zastępstwie prof. Głuzińskiego — przedstawił krótki zarys historyczny rozwoju stosunków lekarskich wszechsło-

wiańskich, poczynając od Międzynarodowego Zjazdu w Paryżu w r. 1900, na którym obecni lekarze słowiańscy postanowili założyć Związek Lekarzy Słowian. Z kolei Łapiński wspominał o udziale lekarzy słowian na zjazdach lekarskich w Pradze, w Krakowie, w Petersburgu i wreszcie w Sofji (1910), gdy statutowo został zorganizowany Komitet Lekarski Słowiański z siedzibą w Pradze; prezesem Komitetu był prof. B. Wicherkiewicz z Krakowa. W skład Komitetu wchodziły komitety narodowe w liczbie ośmiu.

Wielka wojna przerwała prace Komitetu, i dopiero w r. 1925 z nową inicjatywą wystąpiło Towarzystwo Lekarskie Jugosłowiańskie z prezesem Dr. M. Ivkovićem na czele, który zwrócił się do towarzystw lekarskich na ziemiach słowiańskich z zaproszeniem na Zjazd Lekarski do Dubrownika, a jednym z głównych punktów porządku dziennego była sprawa założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie po otrzymaniu zaproszenia — działając w porozumieniu z czynnikami rządowymi (Min. Spr. Zagr., Min. Wyzn. Rei. i O. P. oraz Min. Spr. Wewn.) — postanowiło zorganizować wycieczkę lekarzy polskich do Jugosławji i podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Warszawie (lipiec 1925) zwołało zebranie delegatów wydziałów lekarskich, na którym omówiono całą sprawę. Ostatecznie na Zjazd do Dubrownika we wrześniu 1925 r. udała się z Polski delegacja, złożona z 6-ciu osób (A. Gluziński, B. Jakimiak, A. Jurasz, A. Karwowski, W. Łapiński i W. Szumlański).

Ł. omówił Zjazd w Dubrowniku i jego nastroje oraz uchwałę założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego, dalej zdał sprawozdanie ze Zjazdu Towarzystwa Lek. Jugosłowiańskich (wrzesień 1926 r.) i zebrania delegatów w Pradze (grudzień 1926 r.), na których postanowiono zwołać 1-szy Wszechsłowiański Zjazd Lekarzy w Warszawie, wreszcie przypominał prace przygotowawcze i 1-szy Zjazd w Warszawie (maj 1927 r.); na tym zjeździe została ostatecznie ukończona organizacja Związku.

W dalszym ciągu swego referatu Ł. omówił II-gi Wszechsłowiański Zjazd w Pradze (maj 1928) i III-ci w Splicie w październiku 1930 r. oraz zdał sprawę z działalności dotychczasowej i zamierzeń Komitetu Centralnego Związku na przyszłość, jakoto: przyjęcie do Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego, jako sekcji Wszechsłowiańskiej organizacji medyków, uchwała, aby już założone lub mogące powstać w przyszłości Wszechsłowiańskie T-wa lekarskie specjalne (chirurgów, dermatologów, rentgenologów i t. p.) tworzyły spójne sekcje naukowe zjazdów Wszechsłowiańskich, wreszcie Ł. dał szczegółowy zarys projektów wydawnictw wszechsłowiańskich lekarskich (Przegląd Bibliograficzny w języku francuskim, ew. Acta medica slavica, słowniki i t. p.) podkreślając związane z temi projektami trudności redakcyjne i wydawniczo-finansowe.

3. Kol. B. Sawicki zdejze sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie oraz z wycieczki po Jugosławji, którą wycieczka poprzedzała i kończyła Zjazd. Lekarze polscy i czescy zjechali się 2 października w Zagrzebiu, skąd kolejną udali się do Susaku. Następnie popłynęli statkami do Splitu, zatrzymując się po drodze w Crikvenicy, Rabie i Sibeniku, gdzie byli witani owacyjnie przez publiczność i władze. Zjazd w Splicie trwał 4 dni i zgromadził około 170 Czechów, około 300 Polaków i około 200 Jugosłowian. Zgłoszono 185 odczytów, które podzielono na 5 sekcji. Poza tem wygłoszono 3 ogólne tematy: reumatyzm, klimatoterapia morza i położenie lekarza na ziemiach słowiańskich. Największe zainteresowanie wzbudziły odczyty o reumatyzmie i o bąblowcu. To ostatnie cierpienie jest bardzo rozpowszechnionem w Jugosławji. Uczestnicy Zjazdu w powrotnej drodze zwiedzili jeszcze Dubrownik, Kotar, Cetynię, Sarajewo i Białogród, wszędzie gościnnie i nader serdecznie podejmowani.

4. Kol. C. Wroczyński wygłosił odczyt p. t. „Organizacja służby zdrowia w Jugosławji”. Rozwój służby zdrowia w Jugosławji w ostatnim dziesięcioleciu jest najlepszym dowodem, jakie wyniki osiągnąć można drogą celowej i przemyślanej polityki sanitarnej. Najważniejszymi zagadnieniami służby zdrowia w Jugosławji jest malarja, dziesiątkująca ludność Macedonii i pobraża Adriałyku, ostre choroby zakaźne, bardzo niski poziom kultury ludności rolniczej z jego wszystkimi konsekwencjami. Przed wojną aparat służby zdrowia prowadzony przez państwo składał się tylko z lekarzy powiatowych t. zn. sreskich (powiat = srez) i wojewódzkich t. zn. „żupańskich”.

Rząd Jugosłowiański zaopatrzył się przedewszystkiem w wielkie zapasy materiałów sanitarnych, a więc baraków dekerowskich, urządzeń szpitalnych, urządzeń laboratoryj-

nych, bibliotek fachowych, samochodów sanitarnych i t. p. Materiały te uzyskano jako kwoty reparacyjne od Niemiec. Ministerstwo zdrowia publicznego oparło nową organizację służby zdrowia nie na lekarzach powiatowych i wojewódzkich, lecz stworzyło specjalny aparat wykonawczy. Na czele tego aparatu stanął dyrektor departamentu higieny Dr. Andrija Stampar, który przedewszystkiem zdobył odpowiedni personel lekarski, odpowiednio wyszkolony, wysyłając po kilkudziesięciu lekarzy rocznie na specjalne studia zagranicę. Centralny zakład higieny, przez niego zorganizowany w Belgradzie, stanowi naczelną organ kierowniczy. Na terenie Jugosławji stworzono dziewięć zakładów higieny okręgowych, t. j. żupańskich (wojewódzkich). Zakładom tym podlegają organizacje terytorjalne całej sieci ośrodków zdrowia, poradni, przeciwmalarycznych i innych, domów zdrowia, wzorowych wiosek i t. d. W ten sposób powstał państwowy aparat służby zdrowia, prowadzony przez lekarzy pełnopłatnych, nie zajmujących się praktyką prywatną, odpowiednio uposażonych. Wyniki pracy osiągnięto niezwykle, szczególnie w dziedzinie malarji, gdyż w niektórych miejscowościach zmniejszono zapadalność i umieralność o 90%. Między innymi miałem możność stwierdzenia osobiście tych faktów na wyspie Krk, gdzie ludność kilkakrotnie w ciągu ostatniego stulecia wymierała na malarję, i gdzie obecnie, dzięki technice sanitarnej, zniszczono łęgowiska widliszków. Łęgowiska te znajdowały się szczególnie w postaci t. zw. lochw, t. j. zbiorników wody deszczowej, przeznaczonych do użytku domowego w miejscowościach górskich, gdzie brak jest wody gruntowej. Stosowano tam t. zw. perrolage, t. j. okresowe polewanie powierzchni wód ulejami mineralnymi, posypywanie proszkiem arsenikalnym (paris green) oraz hodowle rybek meksykańskich, żywiących się larwami t. zw. *gambusia affinis* rodzaju *vivipara*, co było możliwe ze względu na klimatyczne.

Podczas zjazdu w Splicie, z okazji wycieczek, mieliśmy możność zwiedzenia centralnego zakładu higieny w Belgradzie, szkoły pielęgniarzek w Belgradzie, zakładu higieny w Zagrzebiu, szkoły higieny w Zagrzebiu, Zakładu w Splicie oraz poliklinik szkolnych w tych miejscowościach. Typowym zakładem rejonowym (żupańskim) jest zakład w Zagrzebiu, wybudowany według wszelkich nowoczesnych wymagań oraz posiadający działy: techniki sanitarnej, bakterjologii i epidemiologii, parazytologii, chemji farmaceutycznej i chemji produktów żywności, demografji i pomiarów antropometrycznych, medycyny społecznej, propagandy higieny, wyrobu surowic i szczepionek. Zakład ten kieruje całą organizacją służby zdrowia Chorwacji i Dalmacji. Dział techniki sanitarnej urządził już kilkanaście wzorowych wiosek, w których przy pomocy państwa, lecz kosztem miejscowej ludności w 80%, przeprowadzono zupełne uzdrowotnienie osiedli, poczynając od uporządkowania ulic, osuszenia błot, aż do radykalnej zmiany mieszkaniowej przez usunięcie inwentarza z domów, żyjącego wspólnie z ludźmi, racjonalne ujęcie zagród włościńskich, wybudowanie ustępów i studni. Cała ta akcja została entuzjastycznie przyjęta przez miejscową ludność, a przykład tych wzorowych osiedli działał zaraźliwie na okoliczne wioski. Prowadzona jest odpowiednia propaganda higieny drogą pogadanek, odczytów i filmów, wyprodukowanych przez zakład w Zagrzebiu. Istniejąca przy zakładzie szkoła higieny kształci nie tylko lekarzy, lecz posiada sześciomiesięczne kursy dla chłopców, na których wykładane są przedewszystkiem przedmioty, dotyczące gospodarstwa wiejskiego. Poza tem zaś wszędzie, nawiązując do tematów praktycznych, wskazywane jest całe znaczenie zagadnień higienicznych. Dr. Stampar uważa, że higiena nie jest abstrakcją, lecz nauką kulturalnego życia, którego podstawą jest zdrowie. Nie będąc poruszał szczegółów działalności innych działów zakładu w Zagrzebiu, gdyż są one zresztą zupełnie podobne do naszego Państwowego Zakładu Higieny. Wspomnę tylko z całym naciskiem, że zakład kieruje całą pracą terenową, i że podporządkowana jest mu również szkoła pielęgniarstwa. Bardzo ciekawe organizacje stanowią polikliniki szkolne, będące ambulatorjami dla dzieci szkolnych, przeprowadzającymi szczegółowe badania i pomiary dzieci, jak również lecnicstwo, usuwanie wad fizycznych, opiekę nad zdrowiem tych dzieci, które nie posiadają zapewnionej przez rodziców pomocy lekarskiej. Poliklinik takich istnieje już w Jugosławji kilkadziesiąt. Przy poliklinikach znajdują się kąpieliska dziecięce (natryski) oraz stacje dożywiania dzieci.

W ten sposób zorganizowane są w mniejszej skali i inne zakłady higieny, jak w Niszu, w Skoplje i t. d. Naturalnie, że na znacznie mniejszą skalę, niż instytut w Zagrzebiu, posiadający szkołę higieny, szkołę pielęgniarstwa i dział wyrobu surowic i szczepionek, obsługujący całą Jugosławję.

Organizacja służby zdrowia w Jugosławji posiada więc, oprócz zwykłego aparatu służby zdrowia, istniejącego przy

władzach administracyjnych, wielki specjalny aparat wykonawczy, oparty na wspomnianych powyżej zakładach higieny, rozporządzający wielkimi środkami. Nadmienić należy, że budżet państwowej służby zdrowia wynosi około 35.000.000 złp. przy 12.000.000 ludności, podczas gdy w Polsce przy 30.000.000 zaludnienia budżet Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, nielicząc kosztów leczenia pracowników państwowych, nie przekracza 10.000.000 złp.

5. Kol. B. Jakimiak przedstawił „Ogólny pogląd na Zjazdy Lekarzy Słowiańskich i ich znaczenie” (streszczenie własne).

Właściwy tytuł dzisiejszego mego sprawozdania miał być „Pogląd na działalność dotychczasową Związku Lekarzy Słowiańskich i projekty na przyszłość”, ponieważ jednak główna czynność Związku Lekarzy Słowiańskich ograniczała się do Zjazdów lekarzy słowiańskich, stąd tytuł umieszczony w zaawizowaniach (ogólny pogląd na zjazdy i ich znaczenie). Działalność Związku Lek. Słow. i znaczenie zjazdów wynikają z zadań Związku, ujętych w statutach 1) ogólnego międzynarodowego, „Statutu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy” i 2) statutu krajowego „Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce”. Cele Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy wypływają ze statutu, który jako cel Związku wymienia: a) zjednoczenie lekarzy wszystkich narodowości słowiańskich na polu ich naukowej, zawodowej i społecznej działalności. b) Rozwijanie i popieranie wszelkiej inicjatywy zmierzającej do wytworzenia podstaw niezależności wszystkich narodów słowiańskich w dziedzinie kultury i oświaty. c) Osiągnięcie ideału jedności słowiańskiej i wzajemnego porozumienia.

Cele te zaś osiąga się (§ 2) przez:

a) Urządzanie Wszechsłowiańskich Zjazdów Lekarskich, które będą się zajmowały zagadnieniami naukowymi, zawodowymi i zdrowotności publicznej, obchodzącymi cały wszechsłowiański stan lekarski.

b) Wzajemne odwiedzanie krajów słowiańskich przez poszczególne organizacje lekarskie.

c) Wydawanie organu prasowego W. Z. L. celem ogłaszania prac naukowych, referatów, rozpraw i t. d. lekarzy słowiańskich.

d) Udział profesorów i lektorów-gości na słowiańskich wydziałach lekarskich.

e) Propagowanie prac lekarzy słowiańskich i ich zdobycy wśród świata lekarskiego niesłowiańskiego.

f) Badanie i popieranie słowiańskich wód leczniczych i uzdrowisk.

g) Studja nad słowiańską terminologią lekarską z uwzględnieniem odnośnego materiału we wszystkich krajach słowiańskich.

h) Jednolite występowanie słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na zjazdach międzynarodowych.

i) Współpraca i wytworzenie łączności z wszechsłowiańskimi organizacjami kulturalnymi, mającymi na celu zachowanie praw narodów słowiańskich i jednomyślność między słowianami.

Takie są zadania Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, nakreślone w statucie. Związki poszczególnych krajów według § 12 działają na podstawie własnych statutów. Związek Lekarzy Słowiańskich w Polsce działa na podstawie własnego statutu, zatwierdzonego 11 marca 1927 r., zadania zaś jego są przewidziane w § 1, w którym obok celów, wymienionych w statucie ogólnym Wszechsłowiańskiego Zw. Lek. w punkcie 6-tym, ma za celować młodzież, aby udając się na studia zagranicę nie pomijała słowiańskich uniwersytetów i innych naukowo-lekarskich instytucyj.

Z zadań, wymienionych w obu statutach, Związek Lek. Słow. w Polsce mógł realizować tylko urządzenie zjazdów lekarzy słowiańskich, które przyczyniły się w znacznym stopniu do spełnienia innych zadań związku, jak wzajemne odwiedzanie Krajów Słowiańskich, badanie wód leczniczych i uzdrowisk i jednolite występowanie Słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na Zjazdach międzynarodowych.

Urządzenie zjazdów w rozmaitych Krajach Słowiańskich przyczynia się do zapoznawania się przez innych słowian z kulturą danego narodu słowiańskiego.

Pierwszy Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Warszawie w maju 1927 r., na którym był założony Wszechsłowiański Związek Lekarzy, dał możliwość przeszło dwustu osobom inteligencji słowiańskiej, uczestników Zjazdu, poznać nie tylko naszą stolicę i inne miasta polskie, lecz nasze muzea, teatr i wiele rzeczy z tych, które świadczą o kulturze narodu. Należy wyraźnie stwierdzić, że przed naszymi Zjazdami nieznano nas w Słowiańszczyźnie, a specjalnie w Słowiańszczyźnie południowej. Synowie tych narodów kształcili się na uniwersytetach austriackich, czeskich i rosyjskich, a bardzo nie wielu w pol-

skich uniwersytetach w b. Galicji. Tę nieznajomość nas i niedoceniecie naszej wagi w słowiańszczyźnie stwierdziliśmy przy pierwszym naszym zetknięciu się w roku 1925, kiedy jako delegaci Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i innych Towarzystw i uniwersytetów udaliśmy się na zaproszenie Prezesa Związku Lekarzy Słowiańskich D-ra Ivkovića do Dubrownika na Zjazd lekarzy jugosłowiańskich. Pod koniec jednak naszego pobytu w Dubrowniku 1925 r. i po kilku konferencjach zaczęliśmy odegrać rolę należną nam w Słowiańszczyźnie, jako jednemu z największych narodów słowiańskich, z bogatą przeszłością historyczną i kulturalną. Po następnej naszej bytności w Belgradzie znaczenie nasze jeszcze wzrosło. Zjazd zaś w Warszawie w 1927 r. dał nam pełny wyraz tego uznania i podziwu dla naszej kultury i przeszłości, o której większość uczestników niewiele wiedziała, jak i my niewiele wiedzieliśmy o nich. Przy odejściu i pożegnaniu wielu z tych, którzy nas najmniej znali i najkrytyczniej byli usposobieni względem polaków, płakali ze wzruszenia rzewnymi łzami. Inni wyrażali dumę, że należą do takiej rasy (słowiańskiej), której członkiem jest naród o tak wysokiej pod każdym względem kulturze, jak naród polski.

Podobne rezultaty dały następne zjazdy w Pradze Czeskiej i tegoroczny Zjazd w Splicie, połączone ze zwiedzeniem całego szeregu miejscowości Jugosławji. To zwiedzenie było pochodem tryumfalnym, który zgotowało społeczeństwo jugosłowiańskie swoim gościom słowiańskim z Polski i Czechosłowacji. Zwiedzając rozmaite miejscowości tego pięknego i nadzwyczaj ciekawego kraju, stykając się z pięknym, dorodnym, uprzejmym, grzecznym i inteligentnym ludem czy to Chorwacji czy Serbji, wielu z uczestników naszych z zachwytem podziwiałoby różnorodność, lecz starej kultury. A pod wpływem tego, co wiedzieli, zapewne sprostowali niejedno błędne, a może często i krzywdzące pojęcie o kraju i jego mieszkańcach. Możemy z całą pewnością stwierdzić, że to zadanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy Związek spełnia należycie. Zostało też spełnione inne zadanie Wszechsłowiańskiego Związku lekarzy, to jest jednolite występowanie Słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na zjazdach międzynarodowych. Takim właśnie wystąpieniu na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Warszawie, odbytym 1929 r., należy zawdzięczać, że język słowiański został zaliczony do języków międzynarodowych w Międzynarodowym Towarzystwie Chirurgów, a na najbliższym zjeździe w Madrycie tym językiem słowiańskim będzie język polski. Wszystkie więc prace słowiańskie, zgłoszone na ten Zjazd, powinny być po polsku drukowane, a streszczenia wszystkich prac muszą być obok angielskiego, francuskiego, hiszpańskiego, niemieckiego i włoskiego drukowane również w języku polskim. Jest to duże zwycięstwo moralne.

gorzej jest ze spełnieniem innych zadań, a przede wszystkim jednym z najważniejszych, to propagowanie prac lekarzy słowiańskich i ich zdobycy wśród świata lekarskiego niesłowiańskiego. Komitet Centralny poświęcił dużo czasu tej sprawie i zdecydował wydawać w języku francuskim streszczenia wszystkich prac lekarzy słowiańskich na wzór przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego, wydawanego przez Towarzystwo Lekarskie. Każdy kraj miał ponosić wydatki za swój dział, a wszystko ma stanowić jedno wydawnictwo Acta Slavica czy Revue Slave. Wydawnictwo takie jest kosztowne (przeszło 27.000 złotych dział polski), a Związek bez subsydjów z sum propagandowych wydatku tego nie jest w stanie pokryć. Mieliśmy na naradzie międzyministerjalnej pieniądze obiecać, obietnica została parokrotnie powtarzana, i tylko jedno Ministerstwo Wyznań Rel. i Ośw. Publ. przyznało i dało zasiłek (w sumie przeszło 9.000 zł.), inne obecne na naradzie Ministerstwa z braku funduszy nic nie dały. To więc bardzo, ważne zadanie spełnione dotychczas nie jest. Inne zadania są łatwiejsze do spełnienia. Do takich należy udział profesorów i lektorów — gości na słowiańskich wydziałach lekarskich i zachęcanie młodzieży, aby udając się na studia zagranicę nie pomijała słowiańskich uniwersytetów. Co do spełnienia pierwszego zadania, to wydziały lekarskie są powołane do tego, żeby profesorowie nawzajem odwiedzali kraje słowiańskie i tam mieli wykłady.

Co do studjowania przez młodzież słowiańską na obcych uniwersytetach słowiańskich, to jest to bardzo ważna sprawa w sensie propagandy i wzajemnego poznawania się. Wszędzie są wybitne siły profesorskie, których wykłady mogą być z pożytkiem słuchane przez młodzież pobratymczą. Należałoby tylko dążyć do wzajemności uniwersyteckiej, t. j. że semestr czy rok studjów na jednym z uniwersytetów słowiańskich obcych byłby zaliczony do studjów tak, jak gdyby by-

śluchany w kraju. Taby dało możność młodzieży słowiańskiej studjować na uniwersytetach słowiańskich obcych.

Dla zbliżenia młodzieży słowiańskiej i zastąpienia nas starszych został założony związek medyków słowiańskich, który odbywa swoje zjazdy w rozmaitych krajach słowiańskich.

Byłoby też ważne wprowadzenie nauki języków słowiańskich w naszych szkołach średnich. Dr. Ivković komunikował mi, że w Jugosławji tę myśl przeprowadzają i w ten sposób przygotowują zastęp inteligencji, która umiałaby obce języki słowiańskie, co może tylko sprzyjać poznaniu się i coraz większemu zbliżeniu i wzajemnej obronie przeciwko wrogom słowiańszczyzny.

Należy jeszcze zaznaczyć, że tegoroczny Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Jugosławji wywołał bardzo żywy odgłos w prasie jugosłowiańskiej, która umieszczała bardzo obszernie sprawozdania i artykuły o Polsce.

6. Kol. Prezes odczytał list Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci zmarłych członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę, zaznajamiający z postępem prac nad budową pomnika.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10-tej min. 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Tow. Lek. w Budapeszcie z d. 25. X. 1930 Gy-Bodon przytoczył statystykę zatorów płucnych, opartą na badaniach pośmiertnych z lat 1911—1913 i 1918—1924. Wyniki

tej statystyki są następujące: Przypadki śmiertelne w drugiej grupie są cztery razy częstsze, niż w pierwszej; u kobiet zatory są częstsze, niż u mężczyzn, wzrost liczby zatorów u mężczyzn jest większy, niż u kobiet; zatory poporodowe są nieliczne; zatory pooperacyjne w stosunku do liczby sekcji wykazują wzrost czterokrotny, w stosunku do liczby operacji — dwukrotny; najczęściej zatory te zdarzają się pomiędzy 1 a 15 dniem po operacji; zatory w chorobach niechirurgicznych wzrosły dwukrotnie, zdarzają się tylko w zaburzeniach krwioobiegu; rola etiologiczna zastrzykiwań dożylnych jak również i grypy nie została stwierdzona. (Kl. Woch. 1931 № 7).

Kleber przedstawił na posiedzeniu Monachijskiego Tow. Lek. d. 11. XII. 1930 r. *przypadek wylęczonej przewlekłej gruźlicy* prosówkowej u 6 letniej dziewczynki. Przypadek przebiegał pod postacią analogiczną do ostrej prosówki, gdy zwykle u młodszych dzieci przebieg jest nie tak gwałtowny. Rentgenologicznie wyleczenie nastąpiło drogą rezorbcji ognisk prosówkowych. Leczenie klimatyczne i ogólne przeciwgruźlicze (Kl. Woch. 1931. № 7).

W Tow. Lek. Wied. Reitter na posiedzeniu z d. 5. XII 1930 r. przedstawił 53-letnią kobietę z *postępującym przewlekłym zapaleniem stawów* i uogólnionem obrzękiem gruczołów chłonnych. Wywiady wykryły liczne przypadki ciężkiej gruźlicy w rodzinie i otoczeniu chorej. (Kl. Woch. 1930. № 7).

W Tow. Lek. Hamburgiem d. 21. X. 1931 r. przedstawił Wiele 34-letnią pacjentkę ze starą, po rezekcji wyleczoną gruźlicą stawu kolanowego, która od 2 lat *pluła obficie krwią*. Choroba była brana za gruźlicę, przeciwko której zastosowano odmę i wycięcie nerwu przeponowego. Następnie przypuszczano, że krew pochodzi z owrzodzenia żołądka i leczono w tym kierunku. Gdy nic nie pomagało zastosowano z powodzeniem *hipnozę*. Wkrótce potem wystąpiły krwawienia maciczne, które również ustały pod wpływem hipnozy. (Kl. Woch. 1931 № 6).

## O d c i n e k

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Kierownik: profesor W. Grzywo-Dąbrowski)

### Listy samobójców.

Podala

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA (Warszawa).

Mając przed oczyma ostatnie słowa, a, być może, często i ostatnie myśli tych, co, nie czekając chwili, aż śmierć swem chłodnym ramieniem ich przygarnie, śpieszą na jej spotkanie, zastanawiam się, czy mogą one same bez oświetlenia ich z zewnątrz, bez tła ogólnego, dać, jeśli nie pełny wizerunek, to bodaj tylko sylwetkę osób, co kres dowolny kładą własnemu istnieniu. Czy ten tak bardzo naogół subiektywny materiał, jakim są zostawione pisma, może być poniekąd rzeczowym dowodem? czy pozwoli on poznać ustrój i stan władz duchowych samobójcy, o którym często słyszymy zbyt już może pochopnie wypowiedane zdania, że sam fakt odebrania sobie życia świadczy, że nie mógł to być człowiek t.zw. normalny? I na poparcie tej opinii wysuwa się najrozmaitsze dowody, wyszukuje najrozmaitsze, mniej lub więcej widoczne dziwactwa, nie uwzględniając, że i pośród tych, co przez całe życie wykazują do niego wielkie przywiązanie, nie mniejszą ich liczbę znaleźćby można. Czy można jednak zgóry przesądzać, że istota, pozbawiająca się życia, nawet, jeśli uznamy, że jest ona pozbawiona tego „najpotężniejszego z bodźców, instynktu samozachowawczego”, musi już na skutek tego być anormalna? Prawda, widzimy często parjasów życia, co, nekani głodem, cierpieniami, pomimo zawodów i nieszczęść, walczą z lo-

sem o swe prawo do tak nędznego, tak mizernego życia z nadzieją lub bez nadziei, że szczęśliwsze jutro zaświta. I widzimy nieraz, jak tracą oni swe uchodzące siły na walkę nie ze śmiercią, bo przed nią wszak niema ratunku, lecz z życia nędzą, łudząc się, że wyjdą zwycięzcami z tej walki. Instynktem życia tłomaczy się wiele zjawisk, zwyrodniałym i spaczonym — więcej jeszcze... Lecz wzrastające stale liczby samobójców, czyż nie mogą do pewnego stopnia podkopać wiary w siłę tego instynktu, czyż nie są poniekąd jego zaprzeczeniem? Nie może wszak całkowicie nas zadowolić tłomaczenie, że pęta coraz bardziej skomplikowanego życia dużą w tym zjawisku rolę odgrywają.

Nie jest mym zamiarem rozwodzić się zbyt nad częstością samobójstwa, trochę danych muszę jednak przytoczyć. We Francji w 1920 r. liczba samobójstw wynosiła 8141 czyli na 4750 mieszkańców przypadał 1 samobójca; stosunki amerykańskie według Frenya przedstawiają się niemięj groźnie: w Stanach Zjednoczonych, według tego autora, śmierć z powodu samobójstwa stanowi 1% wszystkich zgonów, co przy wskaźniku 10—16 na 1000 mieszkańców i około 109 milionów ludności wynosi rocznie więcej, niż 10000, a na 38 przyjętych pod uwagę przyczyn śmierci zgon z powodu samobójstwa zajmuje 16 miejsce. Liczba samobójstw wstulecie 1½ miliona, z czego na Europę przypada 1.300 000, a wszak statystyka nie może naogół objąć całości tego zjawiska. Od 1825 r. do 1895 r. naturalny przyrost ludności wynosi 60%, samobójstwa zaś w tym okresie wzrosły o 400%. A przecież kościół katolicki zawsze potępiał samobójstwo, kodeks Napoleona i inne wykazywały do niego wrogi stosu-

nek; w najrozmaitszych, nietylko już bardzo wierzących warstwach społecznych panował pogląd, że pozbawienie się życia jest nietylko tchórzostwem, lecz czynem, zasługującym na specjalne piętnowanie. Jednak... autorytet i moc kościoła oraz potęga sugestji w walce z tem zjawiskiem okazały się bezsilne, instykt zawodzi często.

Nie strona społeczna jednak zajmuje mnie w tej chwili; interesuje mnie przede wszystkim pytanie, czy można oczekiwać, że ostatnie słowo człowieka, co własnowolnie przed czasem świat żegna, rzuci choćby nieco światła na to zjawisko, czy pozwoli może wyodrębnić, jeśli nie wyraźne typy, to chociaż niektóre rysy samobójcy? Ciekawem byłoby następnie zbadać, czy i w jakim stopniu można się oprzeć na tem ostatniem słowie, czy poza nastroszeniem chwili i faktami, często wskutek tego zabarwionymi fantazją, pozwoli ono dojrzeć w dalszej perspektywie podłoże, tło ogólne? Rzadko kto potrafi zajrzeć w głąb własnej duszy, nieskończenie trudniej jest zrobić to w obliczu śmierci. Niekiedy jednak, opuszczając ten świat, odchodzący na zawsze od życia ma odwagę i siłę zrzucić z siebie, jak łachman bezużyteczny, okowy przyzwyczajęń i konwenansu, a często i obłądy, jakie stale dźwigał, cisnąc precz maskę, jaką mu życia nałożyło, jednym słowem, choć w chwili śmierci być rzeczywście sobą. Jednak nawet i wtedy, gdy szczerze sobie tego życzy, nawet, gdy jest ożywiony w głębi duszy pragnieniem dania prawdzie i tylko prawdzie świadectwa, wrodzony człowiekowi subiektywizm, wzmożony w sposób zrozumiały wobec zbliżającej się chwili ostatniej, zabarwienie uczuciowe itd. kontury tej prawdy zacierają. Nadchodzący moment śmierci nietylko wtedy, gdy krótkotrwały afekt pcha w jej objęcia, wprowadza całą gamę różnorodnych, często poplątanych uczuć: żal nad samym sobą, nad bliskimi sercu, ból i rozgoryczenie, ba, nienawiść nawet i chęć zemsty w stosunku do tych, co byli przyczyną katastrofy. Wszystko to oraz inne okoliczności czynią, że nawet listy, które przypominają raczej karty z pamiętnika, nie powinny osłabić krytycznego stanowiska i uspić bacności przy wyciąganiu z nich wniosków.

Niekiedy samobójca kłamie z całą świadomością; rozmaite są tego przyczyny, altruizm nie jest z nich najrzadszą. By oszczędzić rodzinie czy też otoczeniu przykrości i upokorzeń, by im zabezpieczyć byt, samobójca może nietylko skłamać, lecz nawet symulować niekiedy zabójstwo. Pouczający pod tym względem jest przypadek, podany przez prof. Carrarę. Dotyczy on człowieka, ubezpieczonego na życie, który inscenizował napad na siebie samego, by w ten sposób umożliwić rodzinie korzystanie ze świadczeń asekuracji. Jednak nietylko miłość i poczucie odpowiedzialności za byt tych, których samobójca porzuca na łaskę losu, zmuszają go nieraz do maskowania prawdy: mniej zrozumiałe w granicach normy są wypadki, gdy dany osobnik, kierowany, a właściwie zaślepiony zemstą i nienawiścią, odbierając sobie życie, za pomocą zręcznie ukartowanej intrygi, w ciągu długich miesięcy starannie przygotowywanej, rzuca ciężkie podejrzenie na wrogów, pragnąc ich zniszczyć. Podobny przypadek opisuje w *Archivio di Antropologia Criminale* tenże prof. Carrara. Pewien re-

jent na długo przed popełnieniem samobójstwa inscenizował skierowany przeciwko sobie zbrodniczy zamach, a gdy następnie po szeregu miesięcy odebrał sobie życie, uczynił to, strzelając sobie w plecy. Z pozostawionych przez niego pism należało wnioskować, że żył on od pewnego czasu pod grozą napadu zbrodniczego, a w dzienniku, który znalaziono po jego zgonie, wskazywał w razie swej nienaturalnej śmierci, jej sprawców. Po latach dopiero sprawa została wyjaśniona, wiele zachodu kosztowało jej wykrycie, ludzie niewinni zostali wtrąceni do więzienia. Przypadek ten dowodzi także, że u samobójcy, jak zresztą i u zabójcy, stan afektu czy różnorodnych afektów może gorzeć przez długi okres czasu.

Nie chce, by się wdzierali po jej śmierci do tego, co stanowi wyłączną jej własność, co ją zmusiło do przerwania nici swego żywota, osoba, co zostawia krótką kartkę: „Proszę nie szukać przyczyny, jest ona znana mnie tylko samemu”. Być może, pod kątem wieczności patrzy ona na to, co ją jeszcze otacza, być może, zna ludzkie słabości, nie chce paść ich ofiarą, zdaje się, że w ostatniej chwili odczuwa jeszcze lęk, że i tam za grobem mogłyby jej towarzyszyć ludzkie sądy i ciekawość, zabarwione współczuciem, a raczej litością, gdy tymczasem ona się spodziewa, że „cieplejsza ziemia mogiłna od serca ludzi”. Zdaje mi się, że nie trzeba być zgorzkniałym odludkiem, by wraz ze śmiercią szukać ciszy i zapomnienia, być może, jest to raczej cechą natur głębszych. Podobne życzenie wyraził zmarły niedawno wielki uczony wszechświatowej sławy, którego imienia, szanując jego wolę, nie wymienię, a postać, nie będąca jedynie tworem książkowym genialnego pisarza, Płoszowski, pisze przed śmiercią: „tu, gdzieśmy się tyle namęczyli, niech zostanie po nas tylko milczenie...”

Czy możemy mówić o przyczynach samobójstwa na podstawie wyłącznie tylko listów, zostawionych przez samobójców? Aczkolwiek w ogromnej większości przypadków ujawnione są jedynie powody, bo przyczyny, zdaniem mojem, tkwią głębiej w duszy, acz niekoniecznie chorej, czasem jednak list, pozostawiony przez samobójcę, pozwoli do nich dotrzeć. Niekiedy sama już zewnętrzna strona listu, charakter pisma zmieniony, omyłki, powtarzanie wyrazów, niekończenie ich, styl chaotyczny, ton pełen napięcia itd. mówią wyraźnie, że samobójca kończy swe rachunki z życiem nie w stanie równowagi duchowej. Spostrzeżenie to posiada jednak raczej względny charakter: widzimy w życiu nieraz, że typy mało opanowane i o wzbudzonej uczuciowości wykazują nieraz zaburzenia równowagi duchowej z błahych nawet powodów i, odwrotnie, człowiek, przyzwyczajony do panowania nad sobą, w groźnych nawet chwilach okazać je potrafi.

W zebranych przezemnie listach, podając ostateczną przyczynę (a raczej powód) starałam się w miarę możliwości, wnikając w nie, poznać tło ogólne (co jednak b. często okazywało się niemożliwem), oraz myśli i uczucia, jakie samobójca w ostatnich chwilach sobie uświadamiał, ewen. uzewnętrzniał. Stosunek do świata otaczającego, do tego wszystkiego, co porzucał, czasem tylko był odzwierciedlany, niekiedy list wykazywał wybitnie ten czy inny rys charakteru.



Nie uważałam za wskazane rozpatrywać przypadków, które kończyły się śmiercią, oddzielnie od tych, które do niej nie doprowadziły. Nieraz wszak ginie ten, kto może poważnie o śmierci nie myślał, nieraz również zdarzają się przypadki odratowania jaknajbardziej zdecydowanego na śmierć samobójcy. Omyłki w tym czy innym kierunku nie są wyłączone. Co się tyczy przyczyn, są one raczej przypuszczalne, niekiedy zaś bywają one tak poplątane i pogmatwane, że często to, co sam zabójca, a nieraz otoczenie uważają za przyczynę, jest raczej kroplą, co czarę przepełniła. Tego rodzaju zjawisko można przedewszystkiem obserwować u natur wrażliwych, a mało opanowanych, o równowadze psychicznej niestałej, a więc przedewszystkiem w okresie wczesnej młodości. Uwzględniając w miarę możliwości powyższe zastrzeżenia, starałam się listy, znajdujące się w moim posiadaniu, podzielić według przypuszczalnych przyczyn na grupy oraz, o ile to było możliwe, uchwycić pewne cechy samobójców.

Przystąpię teraz do omówienia tych nieco sztucznie utworzonych grup. Na pierwszym miejscu postawię tu przypadki, gdzie samobójstwo wyraźnie jest związane z przyczyną natury erotycznej. Aczkolwiek tłem ich ogólnem jest uczucie miłości, jest ono jednak tak bardzo różnorodne w swych przejawach, dołączają się tu tak wielobarwna gama innych uczuć, że nie jest wprost możliwem wspólnie je rozpatrywać, ując w jedną całość.

List, który tu przytaczam, dowodzi, że nawet uczucie odwzajemnione, bez braku możliwości połączenia się z istotą ukochaną, może wskazać, jako jedyne wyjście, wrota śmierci. Oto pismo, które autor jego nazwał „malutkim memorjałem” i z którym pragnął zapoznać większe zastępy czytelników.

„Nie będę się wdawał w dyskusję, czy to jest dobre, czy złe (odebranie sobie życia), gdyż I) każdy bawi się na swój sposób, a II) każdy ma prawo odebrać sobie życie, o ile mu to do szczęścia potrzebne, a że w ostatnim wypadku mamrację *de jure*, dowodzi fakt, że dotychczas w żadnym państwie, nawet rosyjskiem, odebranie sobie życia ustawowo nie jest karane. Wobec tego, że jestem nadzwyczaj wrażliwy, że wyrok śmierci musiałem podpisać sobie o kilka lat wcześniej, niż można było przewidywać, a przewidywanie też nie jest wzbronione, i że myśli o śmierci nietylko pozabawiają dobrego humoru, lecz nawet wyprowadzają z równowagi umysłowej (czego dowód dobrze wychowani obywatelowie z zadowoleniem dopatrzą w dobrowolnej podróży na tamten świat), nie jestem w stanie należycie poinformować każdego z przyjaciół i życzliwych, co było podstawą wydania tego wyroku, więc czynię to ogólnikowo. Dla ludzi bogobojnych ten wypadek będzie dowodem kary boskiej za jakies iluzoryczne grzechy, ja zaś sądzę, że nawet sąd ludzki za najcięższą zbrodnię nie wymierzyłby takiej męki, jaką przechodzę. Byłem idealistą i marzycielem, jakich niewiele, przez całe życie tęskniłem do szczęścia, które rozumiałem tylko w kochającym spojrzeniu kobiety. Chociaż kochałem kilka razy (tu znów spotka mnie potępienie większości, która zawyrokowała, że kocha się tylko raz w życiu), i kilka razy spoczywało na mnie takie spojrzenie, lecz

gdy to spojrzenie przestało być kochającym, bo niestety, niema nic trwałego na tym świecie i ja całe życie, analizując tak otoczenie, jak i siebie samego, zawsze byłem przygotowany na zawód, byłem w stanie przetrwać najboleśniejszy okres rozczarowania, zawsze niezłomnie wierząc w istnienie boskiej iskierki, założonej w istocie ludzkiej i zawsze dopatrując się tej iskierki, gdzie jej nie było. Aż w drugiej połowie życia, kiedy wszystko mi zobojętniało, kiedy żyłem tylko dzięki szczęśliwej zalecie zawsze być zadowolonym ze swego położenia, pokochałem kobietę, o której tyle marzyłem, a która w najwyższym stopniu odpowiadała wysnionemu przeze mnie ideałowi. Gdy dodać, że niespodzianie ona mi się odwzajemniła, nie potrafię wypowiedzieć, jak byłem szczęśliwy; na określenie szczęścia użyto już tylu pięknych wyrazów, że nie śmiem wystąpić z wysiłkiem wypowiedzenia tego, co przeżywałem dość, że w ciągu kilku miesięcy rzeczywistość była piękniejszą od bajki, a na kuli ziemskiej nie było szczęśliwszego ode mnie. Byłem pewny, że to sen, że nieuniknione jest przebudzenie, lecz nie tak niespodzianie, nie tak piekielnie prędko. Względy praktyczne zdruzgotały moją świątynię szczęścia, jak huragan wiał przybudówkę. Rodzice ukochanej, będąc fałszywie poinformowani, odmówili swej zgody na nasze połączenie się i to w taki sposób, że ja, młodzisieńką istotę, uczynili jakby winowajczynią za usłuchanie głosu serca. Chociaż katusze obudzenia się z czarownego snu całkowicie zrównoważyły rozkosz doznanego szczęścia, ja wcale nie żałuję, że to przeszedł, i istniałbym nadal, gdyby nie wspomnienie o minionem szczęściu. To wspomnienie, zamiast, zdawałoby się, dodać siły do przetrwania, tak było bolesne, do tego stopnia zniszczyło moje moralne ja, że musiałem wydać wyrok śmierci i na fizyczne i tylko dzięki temu wyrokowi, dzięki pewności, że za kilka dni ta męka skończy się, byłem w stanie zlikwidować sprawy materialne i wypowiedzieć te kilka słów pożegnania. Głównie chodzi mi o to, żeby moi przyjaciele i życzliwi nie żalowali, że opuszczam jakby bez dostatecznej podstawy ten piękny świat; być może, że jako altruista przynosiłem pewną korzyść swym istnieniem, lecz tylko w stanie normalnym, zaś w stanie tęsknoty za straconem szczęściem byłbym tylko ciężarem dla otoczenia, gdyż zamiast dodawać bodźca sprawiałbym wrażenie przygnębiające i wzbudzałbym politowanie, czego nie zniósłbym. Zresztą przekonałem się, że do teraźniejszego życia wcale się nie nadaję, według swych zasad jestem człowiekiem dalekiej przyszłości, gdy ludzkość osiągnie znaczny stopień doskonałości i postępu, gdy obłuda, kłamstwo i nieszczerść staną się rzadkim wyjątkiem. Życzę z całego serca, aby jaknajwięcej osób doznało takiego szczęścia, jakim mnie obdarzył los, a jaknajmniej takiego bólu, który, chociaż uszlachetnia, ale w taki sposób, jak pewien uniwersalny napój, który wypędza z człowieka siedem chorób, a ósmą duszę. Jak malarz po stracie wzroku przestaje być malarzem, a dla malarstwa staje się niczem, tak ja zostałem wykreślony z życia, stałem się niczem i muszę ulec redukcji, gdyż swem istnieniem urągałbym prawom przyrody, która nie uznaje żadnego: „nic”.

Niech ten smutny wypadek będzie ostrzeże-

niem rodzicom, aby w sprawie zamążpójścia córek zachowywali jaknajwiększą oględność, gdyż najwyższy dar stwórcy, życie ludzkie, ma większą wartość, niż zasada, oczywiście, w wypadku, gdy danej osobie niema się nic do zarzucenia.

Co się tyczy mnie, z zadowoleniem i wdzięcznością wspominam uznanie, jakim się cieszyłem wśród tych, co mnie bliżej znali."

List ten, jak widzimy, pisał człowiek o przeciętnym wykształceniu i ledwie średniej inteligencji; nie wykazuje on cech anormalnych w znaczeniu choroby psychicznej. Ze słów, pozostawionych przez samobójcę, wnioskować można o wzmożonym nieco samopoczuciu (uważa się on za idealistę, altruistę, człowieka dalekiej przyszłości), cechą tę nieraz jednak spotykamy w życiu, potocznie nazywamy ją niezupełnie ściśle zarozumiałością, i bywa

ona nieraz przy odpowiednich innych danych jedną z podstaw powodzenia w życiu. Nieco naiwny i rozwlekły ten list wykazuje jednak i myśli altruistyczne: gdy autor zaznacza, że życzy sobie, aby smutny ten wypadek był ostrzeżeniem rodziców itd. Przedewszystkiem jednak z pisma tego więcej wybujała uczuciowość, nawet więcej — czułość; natury, wyposażone nadmiernie w te właściwości, odczuwają dotkliwiej wstrząsy, ciosem nie do przeżycia była tu utrata ukochanej. Jednak, jeśli wierzyć słowom listu, uczucie było wzajemne, ale kobieta nie zdecydowała się na podobne rozstrzygnięcie sprawy, przypuszczalnie zatem mężczyzna był stroną bardziej wrażliwą, być może, kobieta więcej, niż jego, kochała życie.

(C. d. n.).

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Kwestja zmienności BCG a szczepienia ochronne metodą Calmettea.

Podał

Dr. T. SPORZYŃSKI (Warszawa).

"Niema w dziedzinie gruźlicy nic trudniejszego, niż kwestja nieszkodliwości i uodparniającego działania szczepionki".

Nobécourt.

Jedną ze spraw, nad którymi obecnie najwięcej się pracuje i rozprawia, jest kwestja stałości szczepu BCG oraz nieszkodliwości i skuteczności tej szczepionki. Większość badaczy na zasadzie niezliczonych doświadczeń podziela zdanie Calmettea, że BCG jest dziedzicznie ustaloną rasą bakteryjną, niezmienną w jakichkolwiek biologicznych warunkach, o zjadliwości tak obniżonej, że zarówno u zwierząt, jak i u ludzi nie jest w stanie wywołać postępującej gruźlicy — conajwyżej szybko się cofające zmiany miejscowe. To przekonanie o stałości i nieszkodliwości szczepionki BCG było o tyle silne, że już od szeregu lat stosowano ją do uodparniania dzieci i to na szeroką skalę. W samej Francji do połowy 1930 r. zaszczepiono przeszło ćwierć miliona niemowląt, w wielu innych krajach liczbę szczepień oblicza się na dziesiątki tysięcy.

Zastosowanie szczepionki, zawierającej żywe drobnoustroje, musiało oczywiście wywołać krytykę i zarzuty. Zjawily się liczne prace, przeciwstawiające się twierdzeniom Calmettea i jego zwolenników; zwłaszcza w ostatnich czasach jesteśmy świadkami coraz częstszych wystąpień, nawołujących do ostrożności ze względu na dające wiele do myślenia wyniki naukowych doświadczeń nad zmiennością i chorobotwórczością szczepu BCG.

Pierwsza grupa tych doświadczeń wskazuje, że szczepionka BCG bynajmniej nie zawsze jest niezjadliwa dla zwierząt doświadczalnych. Petroff podaje, że, o ile czas obserwacji jest dostatecznie długi, 2--5% zwierząt zaszczepionych ginie w następstwie

zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych. Watson stwierdza, że BCG „jest zdolny wywołać u niektórych świnek morskich po długim okresie tolerancji postępującą i śmiertelną gruźlicę, która potem staje się przeszczepialna na inne zwierzęta”. Podobne spostrzeżenia poczyniło wielu innych autorów, jak Hutyra, Löwenstein, Kirchner, Malkani i inni.

Z drugiej strony próbowano podnieść zjadliwość szczepu BCG *in vitro* za pomocą hodowania w specjalnych warunkach. Tutaj przedewszystkiem wymienić należy głośne doświadczenia Petroffa i jego współpracowników, którym udało się zdysocjować szczep BCG na typy R i S; kolonie typu R są niezjadliwe, i ewentualne zmiany, przez nie wywołane, mają tendencję do szybkiego cofania się, podobnie, jak przy szczepie BCG niezdysojowanym; kolonie S niezmiennie miały wywoływać postępującą gruźlicę u świnek morskich i niekiedy u królików. Te doświadczenia nie zostały jeszcze dotąd potwierdzone, jakkolwiek szereg badaczy (Kraus, Tcheknovitser, Gerlach, Zeyland) zajmował się tą sprawą. Stwierdzali oni wprawdzie dysocjację na 2 typy, ale różniące się tylko wyglądem kolonii; wzrostu zjadliwości nie spostrzeżono.

Zwolennicy stałości BCG załatwiają się naogół w dość prosty sposób z temi wszystkimi pracami; zarzucają oni mianowicie, że wszelkie spostrzeżenia co do zwiększenia się zjadliwości szczepu BCG są wynikiem błędnej interpretacji lub obserwacji. O ile zwierzę, zaszczepione BCG, padło na gruźlicę, twierdzą oni, że albo hodowla była zanieczyszczona szczepem zjadliwym, albo nastąpiło spontaniczne zakażenie od innych chorych zwierząt; słowem, za wszelką cenę starają się dowieść, że nikomu nie udało się dotychczas uczynić szczepu BCG zjadliwym dla jakiegokolwiek zwierzęcia (Calmette, B. Lange). Zarzuty te są o tyle uzasadnione, że autorzy ich opierają się na własnym wieloletnim doświadczeniu, ale z drugiej strony trudno przyjąć, żeby tak liczni i to niejednokrotnie wybitni badacze mieli stale robić błędy, zwłaszcza, że w większości prac stosowano wszelkie możliwe ostrożności i kontrole.

Ostatnio ukazała się ciekawa praca Dreyera, przemawiająca również za tem, że w pewnych i to stosunkowo prostych warunkach hodowlanych BCG może rozwinąć względnie wysoki stopień zjadliwości. Punktem wyjścia było spostrzeżenie, że prątki gruźlicze mogą nabrać zdolności wzrostu na zwykłym buljonie, i, jeśli posiany materiał jest zanurzony w głąb pożywki, rośnie on w postaci małych grudek na dnie naczynia. Takie głębokie hodowle bywają niekiedy o wiele zjadliwsze, niż zwykłe. Dreyer zastosował tę samą technikę do BCG. Badano 2 szczepy BCG: głębokie hodowle buljonowe pierwszego z nich wywołały uogólnioną gruźlicę u wszystkich świnek, zaszczepionych dootrzewnowo i ciężkie zmiany gruźlicze u królików, zaszczepionych dożylnie. Ze krwi wszystkich tych świnek otrzymano czyste hodowle prątków gruźliczych. Następne zwierzęta, zakażone hodowlami lub materiałem gruźliczym od tych zwierząt, także uległy ogólnej gruźlicy. W doświadczeniach z drugim szczepem, otrzymanym wprost od Calmettea, również zaobserwowano wzrost zjadliwości, choć nie tak wybitny. Padło tylko kilka świnek i to po znacznie dłuższym czasie, niż w I serji. Badania te nie zostały jeszcze zresztą ukończone.

Dreyer, podobnie jak Petroff i Watson, podnosi, że w ogromnej większości doświadczeń nad chorobotwórczością BCG zwierzęta były zabijane zbyt szybko po szczepieniu, co w dużym stopniu osłabia znaczenie prac, dowodzących nieszkodliwości tego szczepu. W tej pozornie niezłośliwej infekcji możemy mieć do czynienia z długim okresem ukrytym i nie jest wyłączone, że w pewnych warunkach nieszkodliwe początkowo drobnoustroje, uwięzione w gruczołach chłonnych, mogą, podobnie jak na pożywce sztucznej, odzyskać zjadliwość i stać się źródłem złośliwego zakażenia. Co do tego, czy takie chorobotwórcze warjanty BCG mogą powstawać od czasu do czasu w ustroju żywym, sprawa pozostaje nierozstrzygnięta. Przeciwno temu przemawiają doświadczenia, przeprowadzane już od kilku lat na setkach tysięcy dzieci. Badacze, którzy zajmowali się temi szczepieniami, niemal jednogłośnie stwierdzają brak jakichkolwiek następstw szkodliwych. Zresztą i niektórzy ze zwolenników zmienności BCG sądzą, że dawki, stosowane przy szczepieniach ochronnych u niemowląt, według wszelkiego prawdopodobieństwa nie wywierają szkodliwego działania, bowiem dla wywołania postępujących zmian gruźliczych u zwierząt trzeba stosować stosunkowo duże ilości prątków lub posługiwać się specjalnymi metodami. Co się tyczy wypadków w Lubece, eksperci z całą stanowczością wyłączają możliwość spontanicznego podniesienia się zjadliwości szczepu BCG. Bruno Lange kończy swój raport temi słowy: „Byłoby godnem pożałowania, gdyby całkowicie izolowane smutne wydarzenia w Lubece miały prowadzić do zupełnego zarzucenia w Niemczech szczepień met. Calmettea. Przeciwno gruźlicy należy walczyć każdym nieszkodliwym środkiem, od którego wogóle można oczekiwać jakiegos wyniku”.

W każdym razie trudno stę zgodzić ze zdaniem Calmettea, że nieszkodliwość szczepionki BCG dla wszelkich gatunków zwierząt domowych i dzikich, jak i dla dzieci, nie podlega już obecnie żadnym zastrzeżeniom i że wobec tego jest usprawiedliwione stosowanie tej szczepionki u wszystkich dzieci tak w gruźliczem, jak i pozornie zdrowym środowisku.

Nieszkodliwość szczepień jest wprawdzie bardzo prawdopodobna, ale pewności zupełnej jeszcze niema, to też zawczasie jeszcze byłoby przeprowadzać te szczepienia jako obowiązujące, a może i zawczasie jeszcze polecać je wszędzie bez zastrzeżeń.

Inaczej sprawa się przedstawia, jeśli chodzi o uznanie skuteczności szczepień. Wprawdzie Calmette, Cantacuzène i inni, podając w swych sprawozdaniach umieralność na gruźlicę i umieralność ogólną wśród dzieci szczepionych i nieszczepionych, uważają skuteczność tych szczepień za dowiedzioną. Liczby te jednak, jakkolwiek oparte na ogromnym materiale, nie są, jak wiadomo, przedstawione w sposób, któryby mógł zadowolić wytrawnego statystyka i może nieprędko można będzie wyciągnąć ostateczne wnioski.

Bessemans w swym drugim raporcie, przedstawionym belgijskiemu komitetowi centralnemu dla zwalczania gruźlicy, radzi, aby szczepić tylko dzieci zagrożone i to nie wszystkie — należy pozostawić część dzieci nieszczepionych, pozostających możliwie w tych samych warunkach, co uodpornione. Dłuższe obserwacje, poczynione nad takim materiałem, pozwoliłyby na wprowadzenie przekonywujących wniosków. Takie stanowisko wydaje się w obecnej chwili najwłaściwsze.

#### PIŚMIENICTWO.

Calmette, Valtis a. Saentz, J. amer. med. Assoc. 92,2086 (1929). — Calmette, Presse Méd. Nr. 60, 1010 (1930), — Calmette, Z. Tbk 56, (1930), — Petroff, Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 24, 632, 956 (1927), — Petroff, Branch a. Steenken, Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 25, 14 (1927), — Petroff a. Steenken J. of exper. Med. 51, 831 (1930), — Petroff, Klin. Wschr. 10, 247 (1931), — Watson, J. amer. vet. med. Assoc. 71, 732 (1927). Hutyra, Z. Immun.-forsch. 62, 74 (1929), — Löwenstein Wien. Klin. Wschr. 29, 3 (1926), — Kirchner u. Tiedemann Beitr. klin. Tbk. 75, 327 (1930), — Malkani, Tubercle 1930, — Kraus, Z. Immun. forsch. 61, 454 (1929), Tcheknovitzer, Ann. Inst. Pasteur 42, 68 (1928), — Gerlach, Erg. Hyg. 1930, 824 Zeyland, Ann. Inst. Past. 43, 1002 (1929), — Lange, Dtsch med. Wschr. 56, 928 (1930), Dreyer a. Vollum, Lancet 220. 9 (1931), — Cantacuzène, Arch. roum. Path. exper. 2, 131 (1929), — Bessemans, Le Scalpel 1930, Nr. 3.

#### Akcja międzynarodowa przeciw reumatyzmowi.

Podał

Antoni TUCHENDLER (Warszawa).

W drodze powrotnej z Kongresu przeciwreumatycznego w Moskwie sekretarz generalny międzynarodowej Ligi przeciwreumatycznej i Tow. „International Society of Medical Hydrology”, Dr. van Breemen z Amsterdamu, zatrzymał się w Warszawie i, na zaproszenie Polskiego Tow. Badań i Zwalczania Reumatyzmu, wygłosił niedawno odczyt w Państwowej Szkole Higieny na temat powyższy.

Reumatyzm — którym nauka lekarska dotychczas mniej się zajmowała — przez swe ogólne rozpowszechnienie jest istną klęską nagminną. Dopiero po wojnie nastąpiła zmiana w zapatrywaniach, i zaczęła się epoka, kiedy ta sprawa rozpowszechniła się na świat cały. Zauważono, że cierpienia reumatyczne

obciążają całe społeczeństwa, bo reumatyzm daje w następstwie kolosalną inwalidność, która wszędzie kosztuje wiele pieniędzy. W sprawie tej czysto lekarskiej, jak mówi Dr. Breemen, odegrały rolę wpływy ekonomiczne. Reumatyzm wprawdzie nie wykazuje wielkiej śmiertelności. Z reumatyzmu nie umiera się, ale to jest gorsze z punktu widzenia państwowego. Biedni reumatycy z ich ułomnościami i kalectwami, wynikającymi z ich cierpień, ze zmniejszoną zdolnością do pracy żyć muszą na koszt państwa, bo mogą zestarzeć się, będąc chorzy, i doczekać wieku lat 60-ciu i 70-ciu. Anglja pierwsza zauważyła, że na ubezpieczenia robotników wydaje 25 milionów kapitału rocznie. Po wojnie cały szereg statystycznych publikacji angielskiego ministerjum wojny przyczynia się do rozgłaszania o rozpowszechnianiu się reumatyzmu. I Holandja, która wydaje dużo na reumatyzm, poczęła wzbudzać zainteresowanie do sprawy tej w najszerzych warstwach. W Niemczech statystyka wykazała również wielkie znaczenie gospodarcze tej klęski ludowej.

Ale Anglja i Holandja to kraje bogate, które mogą sobie pozwolić na takie wydatki. To też z całą energią zabrano się do zagadnienia społecznego, na które wydatki stanowią tak wielkie sumy na leczenie i wypłacanie rent. Pierwsze 8 państw, które zainteresowały się sprawą reumatyzmu, stanowiły pierwszy kongres przeciwreumatyczny. Następne odbyły się w Anglii (4 kongresy), w Budapeszcie, w Liège, Amsterdamie i na Sycylii.

\*

To były początki akcji przeciwreumatycznej na szerszym polu. Później przyłączyły się do akcji międzynarodowej 22 państwa (narody), które tworzyły oddzielne komitety narodowe. Każdy Komitet robi u siebie własną robotę, a Liga ma w tej akcji znaczenie doradcze.

W roku 1925 stworzono Komitet międzynarodowy dla badania reumatyzmu i przystąpiono najpierw do naukowego badania zagadnienia, które było mało opracowane. A zagadnienie to jest wielce skomplikowane. Dr. Breemen twierdzi, że każdy prawie pacjent, dotknięty reumatyzmem, przedstawia nowe zagadnienie, bo każdy lekarz co innego pod reumatyzmem rozumie. W ostatnich czasach literatura, dotycząca badań nad reumatyzmem, rozpowszechniła się, jak lawina. Ale to jeszcze nie rozstrzyga całego zagadnienia. Poza kwestją naukową zajęto się też jego stroną społeczną. Każda choroba, jak zauważył Dr. Breemen, która jest systematycznie zwalczana, zmniejsza się. Najlepszy przykład mamy na gruźlicy. A obok gruźlicy reumatyzm jest najważniejszą klęską nagminną. Gruźlica wykreśla tysiące istnień z listy żyjących, a reumatyzm z szeregów pracujących — dziesiątki tysięcy. Nie daje się zaprzeczyć, że istnieje pewien związek pomiędzy reumatyzmem a płcią. Mężczyźni są więcej skłonni do cierpień reumatycznych, aniżeli kobiety. W statystyce ubezpieczeń szczególną przytem zwraca na siebie uwagę okoliczność, że u obojga płci cierpienia występują w wieku 40 — 60 lat. W następstwie cierpień reumatycznych wynikają, prócz zdrowotnych, wielkie szkody społeczne i gospodarcze. Stanowią one o dobrobycie całej ludności pracującej. Dlatego dziś każdy kraj zmuszony jest zająć się zagadnieniem reumatyzmu i studjować

je. Możliwe, że i dawniej istniała wielka liczba reumatyków, którzy godzili się ze swym losem. Dziś zwalczanie reumatyzmu stało się zagadnieniem, które tylko przy współpracy międzynarodowej może być rozwiązane.

Po tych ogólnych uwagach, dotyczących rozwoju akcji przeciwreumatycznej, dr. van Breemen poruszył cały szereg kwestyj zasadniczych, dotyczących działalności Ligi, a więc: sprawy mianownictwa cierpień reumatycznych, wpływów czynników zewnętrznych na powstawanie reumatyzmu, klimatu, wilgotności, przeziębienia. Duże znaczenie mają właściwości klimatyczne: w pewnym określonym czasie i w pewnych tylko miejscowościach spostrzegamy częste występowanie cierpień reumatycznych. Są to zewnętrzne przyczyny powodujące i wywołujące skłonność do chorób reumatycznych. Stąd i stosunek reumatyzmu do zawodów i przemysłu. Przy badaniu przyczyn reumatyzmu uważa Dr. Breemen za konieczne uwzględnienie pracy zawodowej. Wielu ludzi właśnie w swej pracy zawodowej ulega szybkim i raptownym zmianom temperatury, co wyrządza dużą szkodę organizmowi. Jako przykład przytoczyć możemy cały przemysł metalowy, który w statystyce zawodowej chorych reumatyków zajmuje pierwsze miejsce, a więc robotnicy, zatrudnieni w odlewniach żelaza, ślusarze, kowale, monterzy, ślifiarze i t. p. Te oto gałęzie wykazują największą częstość w zachorowaniach reumatycznych. To też na następnym zjeździe przeciwreumatycznym w roku przyszłym w Rzymie głównym tematem będzie „Reumatyzm a zawód”. Będzie więc tam mowa o zawodach, które wystawione są na szkodliwość, wyżej przytoczone, i najwięcej narażone na niebezpieczeństwo reumatyzmu.

I niepomysłne warunki mieszkaniowe odgrywają tu tak wybitną rolę, że winny być brane pod uwagę.

\*

Dr. van Breemen poruszył jeszcze sprawę anomalji konstytucjonalnej. Rzadko kiedy w jakiejś grupie chorobowej występuje osobowość i ma znaczenie w tym stopniu, co w reumatyzmie. Pilną winien zwracać uwagę lekarz u chorego reumatyka na jego stanowisko społeczne, konstytucję, wszelkie obciążenia dziedziczne i inne jakim podlega on z racji swego zawodu i w walce o byt.

Prócz tego mówił o wpływie zaburzeń w skórze na powstawanie reumatyzmu, o pracy umysłowej i wpływie czynników psychicznych na reumatyzm. W ten sposób przedstawił prelegent całokształt prac, dokonanych przez Ligę reumatyczną. Po skończonym odczycie zabierali głos w dyskusji lekarz naczelny Ogólno - Państw. Zw. Kas Chorych w Polsce, Dr. Kłuszyński, b. minister, Dr. Chodźko, prof. Ludwik Hirszfild i inni.

\*

Jak widzimy z odcz tu D-ra van Breemena, ruchliwa i żywa jest działalność Ligi międzynarodowej przeciwreumatycznej. Przyczyniła się ona już b. do tego, by we wszystkich krajach rozbudzić zainteresowanie do zagadnienia reumatyzmu. Jakkolwiek rozwiązanie zagadnienia całego leży w dalekiej przyszłości, zalecane przez Dr. Breemena środki i projekty jednakże zbliżają nas do celu.

## Wiadomości bieżące.

## Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	11/1-17/1	18/1-24/1	25/1-31/1	1/II-7/II
Dżuma . . . . .	0	0	0	0
Ospa . . . . .	0	0	0	0
Cholera . . . . .	0	0	0	0
Dur brzuszny . . . .	130 (8)*	136 (11)	118 (19)	116 (12)
Dur rzekomy . . . . .	0	3 (0)	0	2 (0)
Dur osutkowy . . . .	9 (2)	21 (1)	16 (4)	50 (1)
Dur powrotny . . . .	0	0	0	0
Czerwonka . . . . .	2 (0)	3 (0)	4 (0)	2 (0)
Plonica . . . . .	385 (16)	365 (11)	367 (15)	306 (10)
Błonica . . . . .	300 (30)	287 (18)	284 (18)	304 (14)
Zapal. op. mózgu . . .	6 (3)	6 (3)	14 (4)	8 (3)
Odra . . . . .	667 (15)	673 (31)	621 (5)	595 (5)
Róża . . . . .	95 (2)	71 (2)	75 (7)	92 (1)
Krztusiec . . . . .	86 (16)	100 (14)	33 (10)	176 (3)
Malarja . . . . .	0	0	0	0
Posoczn. połóg . . . .	51 (12)	41 (14)	34 (7)	23 (14)
Trąd . . . . .	0	0	0	0
Jaglica . . . . .	268 (0)	284 (0)	380 (0)	363 (0)
Wąglik . . . . .	1 (0)	0	2 (0)	0
Nosacizna . . . . .	0	0	0	0
Włośnica . . . . .	0	0	2 (0)	0
Wścieklizna . . . . .	0	0	0	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . .	0	0	1 (0)	0
Chor. Heine-Medina . .	1 (0)	1 (0)	0	0
Twardziel . . . . .	0	4 (0)	4 (0)	3 (0)
Inne choroby zakaźne	1505 (31)	1026 (30)	549 (21)	549 (21)

\*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Wyszedł z druku potrójny numer „Zdrowia”, poświęcony pamięci D-ra W. Boguckiego. Na zeszyt ten zwracamy szczególną uwagę czytelników zarówno ze względu na tak zasłużoną dla miasta naszego osobę zmarłego wiceprezydenta, jak i na bogatą i niezmiernie interesującą treść, na którą składają się: wspomnienia i prace naukowe. Wspomnienia o Boguckim napisali Błędowski, Grodecki, Kalinowski, Karaffa Korbut, Kasperowicz, Rabczewski, Wichrowski, Stempkowska — Grodecka i Padlewski. Prace naukowe w liczbie kilkunastu wyszły z pod pióra znanych higienistów i przynoszą wiele ciekawych i pouczających szczegółów z dziedziny higieny społecznej i epidemiologii.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie niniejszem podaje do wiadomości o następujących nagrodach, zapomogach i stypendjach, które rozporządza w roku 1931.

## Nagroda.

Fundusz nagrody (wspólny) z zapisów Helbicha, Hejmana i Karwowskiego.

Nagroda w wysokości złotych 415 dla lekarza polaka, bez różnicy wyznania, za najlepszą oryginalną pracę z dziedziny chorób ucha, nosa, gardła lub krtani, napisaną lub wydrukowaną w języku polskim.

Kandydaci, ubiegający się o powyższą nagrodę, powinni złożyć podanie ze szczegółowym opisem biegu życia wraz z dokumentami w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego War-

szawskiego (Niecala 7) na ręce Sekretarza Stałego najpóźniej do dnia 31 października 1931 roku.

## Zapomogi i stypendja:

Fundusz im. D-ra med. Stanisława Kopcia.

Zapomoga w wysokości złotych 310 dla młodego lekarza Polaka, wyznania rzym. katol. na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do utrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę niedawniej, jak przed 3-ma laty, i nie mniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe.

Zapomoga wypłaca się w 2-ch ratach półrocznych z góry, a otrzymanie raty 2-giej zależy od tego, czy kandydat w ciągu pierwszego półrocza studiów pracował z pożytkiem naukowo — w zakresie przez siebie wybranym.

Po odbytych studiach kandydat powinien złożyć treściwe sprawozdanie w wyniku studiów.

Do podania o stypendjum dołączyć należy:

1. curriculum vitae,
2. bieg studiów dotychczasowych,
3. zaświadczenie od przełożonych instytucji, w których kandydat pracował.
4. ewentualnie odbitki prac dotychczasowych, ogłoszonych drukiem.
5. skreślenie kierunku w jakim kandydat pracuje lub ma zamiar pracować.

Fundusz ś. p. Edwarda Zielińskiego.

Według woli testatora, warunki konkursu brzmią jak następuje: Stypendjum przeznaczone jest na wyjazd zagranicę, jednego z asystentów szpitalnych (chirurga, lub internisty) z zażądaniem złożenia szczegółowego sprawozdania ze swej podróży.

Kandydaci do otrzymania stypendjów, asystenci oddziałów wewnętrznych lub chirurgicznych szpitali miejskich w Warszawie, muszą być Polakami, wyznania rzymsko-katolickiego.

Do podania o stypendjum dołączyć należy następujące dowody:

- a) curriculum vitae;
- b) zaświadczenie naczelnego lekarza, że kandydat przez dwa lata pozostawał na stanowisku asystenta szpitala;
- c) zaświadczenie ordynatora odnośnego oddziału o zajęciach kandydata.

Termin składania podań upływa dnia 1 maja 1930 r.

Kandydaci ubiegający się o powyższą nagrodę oraz zapomogę i stypendjum powinni złożyć podanie wraz z załącznikami do kancelarii Tow. Lek. War. Niecala 7 na ręce Sekretarza Stałego.

Sekretarz Stały

(—) Dr. med. L. Babiński.

## — Nagrody konkursowe.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie niniejszem dwie nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „Motor” — Sp. Akc. Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne „w poczućiu potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem dalszych poczyniń i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej”.

1. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny leczenia, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Warszawie (ul. Niecała 7) do dnia 15 lutego 1932 roku do godz. 12-ej w południe.

2. Każda nagroda konkursowa wynosi zł. 1000.—

3. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody.

4. Komitet konkursowy składa się z dwóch członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd Towarzystwa z pośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których zakresu należą złożone prace oraz z Wiceprezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może zwracać się do innych członków Towarzystwa w celu pozyskania ich opinii o pracach, zgłoszonych na konkurs.

Autorowie prac nie mogą być członkami Komitetu. Nie mogą również należeć do grona Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano.

6. Ocena prac musi być wykonana w terminie trzymiesięcznym. Sposób oceny wybiera Komitet.

7. Ani rozmiar pracy, ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs w właściwym terminie nie mogą stać na przeszkodzie w otrzymaniu nagrody.

8. Ostateczne zakwalifikowanie pracy do nagrody przez Komitet odbywa się zapomocą tajnego balotowania większością głosów. Balotowanie odbyć się musi odrazu nad wszystkimi pracami, nadesłanymi na konkurs.

9. Wniosek Komitetu przedstawia Wiceprezes Towarzystwa na najbliższym posiedzeniu Zarządu, który ostatecznie przyznaje nagrodę.

10. Zarząd zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie o przyznaniu nagrody na najbliższym posiedzeniu klinicznym.

Sekretarz Stały: (—) Dr. med. L. Babiński

— Nowa placówka naukowa. Studium nauk emigracyjno-kolonjalnych przy naukowym instytucie Emigracyjnym i Kolonjalnym otwiera z dniem 15 marca b. r. kurs bakterjologii, medycyny i higieny tropikalnej, który będzie drugim z kolei Wydziałem tegoż Studium, obok istniejącego już i rozwijającego się Wydziału ekonomiczno-administracyjnego.

Kurs bakterjologii, medycyny i higieny tropikalnej zorganizowany przez Państwową Szkołę Higieny oraz Sekcję Higieny oraz Sekcję Higieny Tropikalnej przy Nauk. Inst. Emigr. i Kol. trwać będzie 4 miesiące i wiąże się z wyższym kursem bakterjologii Państw. Szk. Higieny. Ilość zajęć dziennych 8 godzin.

Program kursu obejmie: bakterjologię i naukę o odporności; ćwiczenia praktyczne z tegoż przedmiotu; higienę tropikalną; parazytologię; helmintologię; entomologię; hematologię (z ćwiczeniami); analizy lekarskie; badanie środków spożywczych i wody; klinikę (choroby wewnętrzne, skóry, oczu, chirurgię); jady zwierzęce, rośliny trujące; geografję polityczną krajów podzwrotnikowych; klimat krajów tropikalnych i subtropikalnych.

Wykłady z dziedziny higieny tropikalnej obejmują następujące problemy: klimat krajów podzwrotnikowych, aklimatyzacja, wpływ wysokiej temperatury i nadmiernej insolacji, porażenia cieplne i mroźne, higiena osobista, ubranie, pożywienie, tryb życia, mieszkanie w krajach gorących, zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości i odpadków, higiena żywności, choroby z niedożywiania — charakterystyczne dla krajów egzotycznych, awitaminozy, nadzór nad żywnością, konserwacja, zaopatrzenie, zatrucie pokarmowe, zdrowie publicz-

ne i administracja sanitarna, konwencje sanitarne między narodowe, higiena portowa i nadzór sanitarny w portach.

Wykłady objęli: Doc. dr. Adamski, Doc. dr. Anigstein, Prof. dr. Bessalik, Dr. Brokman, Prof. Dr. Bujwid, Dr. Celarek, Dr. Chodźko. Dr. Eisenberg, Dr. Fejgin, Dr. Freyd, Prof. Dr. Gąsiorowski, Prof. Dr. Gieszczykiewicz, Prof. Dr. Hirszfeld, Prof. Dr. Janiszewski, Doc. Dr. Karwacki, Dr. Karłowski, Doc. Dr. Kapuściński, Prof. Dr. Muszyński, Prof. Dr. Nitsch, Dr. Nowakowski, Dr. Palester, Prof. Dr. Padlewski, Doc. Dr. Przesmycki, Doc. Dr. Raabe, inż. Rudolf, Doc. Dr. Sierakowski, Prof. Dr. Szenajch, Inż. Szniolis, Doc. Dr. Szulc, Prof. Dr. Szymański, Prof. dr. Szymanowski, Prof. Dr. Weigl, Dr. Wierzbowska, Prof. Dr. Załęcki (senior), Dr. Zdanowicz, Inż. Żmiród.

Wpisy w Państwowej Szkole Higieny, Chocimska 24, do dnia 15 marca b. r.

Oplata wynosi za wykłady 100 zł. i za ćwiczenia 150 zł. i może być rozłożona na 5 rat po 50 zł.

Po ukończeniu kursów dla pewnej liczby absolwentów umożliwiony będzie pobyt w jednym ze szpitali chorób podzwrotnikowych zagranicą, celem dokonania stageu praktycznego.

Kurs powyższy uruchamia Naukowy Instytut Emigracyjny i Kolonjalny w porozumieniu z Min. Pracy i Opieki Społ. i Urząd Emigracyjny) oraz z Min. Spraw Zagranicznych, celem przygotowania polskiego materiału lekarskiego dla służby na podzwrotnikowych terenach kolonizacyjnych, na okrętach, łączących porty polskie z tymi krajami oraz dla ewentualnej walki z chorobami zawleczonymi do Polski z krajów tropikalnych.

-- Państwowy Zakład Higieny zawiadamia, że wyższy kurs bakterjologii, parazytologii i nauki o odporności, który miał się rozpocząć dnia 15 lutego, został odroczony na dzień 15 marca b. r. Zapisy na kurs trwają.

— VI Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej Haga, 15 — 20 czerwca 1931 r.

Termin VI Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej, został ostatecznie ustalony na czas od 15—20 czerwca b. r. włącznie (a nie jak ogłoszono poprzednio od 1—6 czerwca b. r.).

Wpisowe za uczestnictwo w Kongresie zostało ustalone w wysokości 10 florenów holenderskich dla członków, i 5 florenów dla osób towarzyszących. Wpisowe daje prawo do otrzymania wydawnictw Kongresu.

Wpisowe będzie pobierane przez Sekretariat Kongresu: Inspekcja Wojskowej Służby Zdrowia, Haga (Holandia).

Generalny Sekretariat Kongresu został powierzony p. Jonkheer Sandberg van B. ielen.

Wpisy są przyjmowane od zaraz w Sekretarjacie: Dyrekcja Służby Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wojskowych, Haga — Holandia. (Direction du Service de Santé, Ministère de la Guerre, La Haye, Pays-Bas).

#### Program Kongresu.

Niedziela 14 czerwca godz. 17. Posiedzenie Komitetu Stałego.

Poniedziałek 15 czerwca godz. 9. Wręczenie odznak, dokumentów i t. p. godz. 11. Posiedzenie Szefów delegacji i członków korespondentów. Posiedzenie administracyjne. godz. 14.30. Uroczyste otwarcie Kongresu; następnie uroczyste otwarcie Wystawy Historycznej Służb Zdrowia; godz. 19. Obiad dla delegatów wydany przez Rząd holenderski

Wtorek 16 czerwca godz. 10 i 15. Posiedzenie wszystkich Sekcji. I t e m a t: Uzupełnianie i doskonalenie lekarzy i farmaceutów wojskowych; Ref.: Holandia — Jugo-

slawja. Wybór komisji do opracowania wniosków. godz. 21 Przyjęcie.

Środa 17 czerwca. II temat: Psychoneurozy wojenne; skutki bezpośrednie i odległe wojny na system nerwowy u walczących i niewalczących. Ref.: Francja — Ameryka. IV temat: Wyrób i konserwacja ampulek do zastrzyków leczniczych, używanych przez Służbę Zdrowia wojsk lądowych i marynarki. Ref.: Holandia—Rumunia. godz. 17. Herbatka wydana przez Czerwony Krzyż dla Szeferów Delegacji.

Czwartek 18 czerwca. godz. 10 i 15. Temat III: Sposoby tamowania krwotoków na polu walki. Ujednostajnienie materiału pievszej pomocy i warunków ich zastosowania. Ref.: Holandia—Włochy. Wybór komisji do opracowania wniosków. V temat: Następstwa urazów wojennych zębów i szczęki dolnej; ich leczenie. Ref.: Holandia—Polska. godz. 14. Posiedzenie Komitetu Stałego. godz. 21. Raut wydany dla członków Kongresu przez Rząd holenderski.

Piątek 19 czerwca. Wycieczka. Posiedzenie Komitetu Stałego. Głosowanie wniosków i opracowanie porządku dziennego posiedzenia końcowego. godz. 19. Bankiet (wpisowe: 10 florenów).

Sobota 20 czerwca. godz. 10. Posiedzenie końcowe. Zebranie ogólne.

Strój: Noszenie uniformu nie jest obowiązkowe; na rauty i przyjęcia zaleca się strój wieczorowy i dekoracje.

Wycieczki: Program wycieczek dodatkowych, pozwalających zwiedzić Holandję zostanie ogłoszony w najbliższym czasie. Zorganizowanie ich zostało polecone agencji Thos. Cook.

#### Ulgi na kolejach

Dotychczas następujące państwa przyznały ulgi na kolejach dla członków Kongresu i ich rodzin:

Anglja 1/2 część ceny tam i z powrotem. Francja 50%. Włochy 50%. Szwajcaria 25%. Niemcy 25-30%. Polska 25%. Czechosłowacja 33%. Austria 25%. Węgry 50%. Norwegja 25%. Danja 30%. Rumunia 50%. Turcja 30%. Hiszpanja 35-40%. Portugalia 75%, ale tylko dla portugalczykóv. Grecja 50%.

Prócz tego niektóre towarzystwa komunikacji powietrznej i transoceanicznej przyznały następujące zniżki: S. A. B. E. N. A. 50%. Koninklijke Luchtvaart Maatschappij voor Nederland en Kolonie, N. V. 10% biletu zwykłego, 19% tam i z powrotem. N. V. Stoomvaart Maatschappij „Nederland” Amsterdam, N. V. Rotterdam Lloyd, Rotterdam 10% tam i z powrotem, 15% z powrotem dla tych członków Kongresu, którzy będą korzystać ze statków z portów położonych poza Port-Said.

Ażeby ułatwić w praktyce uzyskanie wspomnianych ulg, jak również związane z tem załatwienie wszelkich formalności, Komitet Stały Międzynarodowych Kongresów Medycyny i Farmacji Wojskowej polecił Agencji Thos. Cook wydawać bilety ze zniżką. Dla otrzymania tych ulg członkowie Kongresu są proszeni o zwracanie się bezpośrednio do Biura Agencji Thos. Cook, znajdującej się najbliżej ich miejsca zamieszkania. Ta sama Agencja może zająć się ulokowaniem członków Kongresu, którzy na to wyrażają swą zgodę. Wykaz hoteli z oznaczeniem cen będzie opublikowany niezwłocznie.

W celu ułatwienia wyjazdu polskiemu członkowi Kongresu, Polski Komitet Propagandy pod przewodnictwem Generala Kollątej-Srednickiego postanowił zorganizować zapisy uczestników zbiorowo, spodziewane jest uzyskanie ulgowych paszpor-

tów dla członków Kongresu i osób towarzyszących (żony córki), uzyskanie specjalnego wozu kolejowego na linii Warszawa-Haga i t. p.

W Kongresie mają prawo uczestniczyć oficerowie służby zdrowia (lekarze, farmaceuci, dentyści) zawodowi i rezerwowi. W sprawie zapisu oficerowie rezerwy winni się zwracać do Sekretarjatu Naczelnej Izby Lekarskiej, Podwale 18 do D-ra Pietrasiewicza, a oficerowie zawodowi do Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk. do Ppłk. Jabłonowskiego.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc i formalności związane z uzyskaniem ulg paszportowych, zgłoszenia należy składać najpóźniej do dnia 1 marca b. r. Równocześnie z Kongresem odbędzie się Wystawa Historyczna, w której będzie reprezentowana i Polska.

W ostatniej chwili Agencja Thos. Cook zakomunikowała nam, że przypuszczalne koszty podróży do Hagi tam i z powrotem w klasie 2-iej łącznie z kosztami opłacenia hotelu i wyżywieniem za cały czas trwania Kongresu będą wynosić od 1000 do 1200 zł. Wartość jednego florena holenderskiego wynosi około 2 zł. 60 gr.

— Trzy Międzynarodowe wycieczki lekarskie w r. 1931.

10. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do francuskiej Afryki północnej. Uczestnicy zobaczą Wenecję, Medjolan, Genuę, San-Remo, Bordighierę, Wentimilję Mentonę (odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa znanego z operacji odmładzania), Monte-Carlo, Niceę (spotkanie z Dr. Faure, prez. towarzystwa lek. na Riwierze), Juan les Pins, Cannes, Marsylję. Z Marsylji nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Algieru. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, do Biskry i Touggourtu. Cena pauszalowa 700 austr. szyl. (około 870 zł.).

11. Międz. wyc. lek. Dnia 19. marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do Hiszpańskiej Afryki (Maroko). Uczestnicy zobaczą aż do Marsylji tesame miejscowości, jak uczestnicy 10. Międz. wyc. lek. Dalszy plan wycieczki: Barcelona (zwiedzenie szpitala San Pablo), Walencja, Granada (Alhembra), Malaga, Algeciras. Stąd nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Ceuty i Tetuanu. Z powrotem zobaczą uczestnicy: Sewille, Madryt (zwiedzą Biarritz, Paryż, Strassburg, Mnichów, Solnogród, Wiedeń. Cena pauszalowa 1050 austr. szyl. (wzgl. 1400.)

12. Międz. wyc. lek. Dnia 30 kwietnia 1931 wybierają się lekarze z Bremen do Ameryki północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Jorku, Filadelfji, Waszyngtonie, Chicago, Detroit i Spad Niagary. Cena pauszalowa 350 dolarów (wzgl. 375).

Koledzy ze wszystkich krajów, którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na piśmie zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I. Biberstrasse 11, I. St.

ZMARLI.

Juljusz Maleciński, inspektor Służby Zdrowia Magistratu m. Warszawy.

SPROSTOWANIE.

W N. 8 „Warsz. Czas. Lek.” na str. 182, w szpalcie lewej, wierszu 13 od góry po wyrazie: „rozdziale” — opuszczono: sprawy zapalne jamy ustnej, zamiast w rozdziale... Całe więc zdanie brzmieć powinno: pomieszczenie przysusznicy w rozdziale: sprawy zapalne jamy ustnej, zamiast w rozdziale: Sprawy zapalne ślinianek.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 21.II. Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

1. J a k i m o w i c z: Kurcze toniczne zbieżności gałek ocznych pochodzenia organicznego.
2. S t e r l i n g: Przypadek samoistnej zgorzeli skóry
3. B r e g m a n i K r a k o w s k i: Situs viscerum, inversus w przypadku syringomyelji z syringobulcją.
4. B y c h o w s k i Z. i J e r m u ł o w i c z: Polioencephalitis superior et inferior subchronica.
5. K r u k o w s k i: Kurcz torsyjny o ostrym początku.
6. G r a b a r z i O b s t a n d e r: Dystrophia pluriglandularis neurofibromatosa i guz mózgu.
7. H e r m a n i G o l d b a u m: Przypadek meningitis serosa tuberculosigenes recidivans leczony operacyjnie i promieniami rentgena.

O d c z y t:

B y c h o w s k i G.: Zespoły neurologiczne stanów osłupienia.

### 21.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wybory Podskarbiego.

2. A. G a l e w s k i. O chlorkopędnem działaniu wątroby.

3. L. H i r s z f e l d. Współczesne zagadnienia nauki o odporności w zastosowaniu do serodjagnostyki raka.

4. M. F l o k s z t r u m p f i J. K o ł o d z i e j s k i. Wartość próby serodjagnostycznej z antygenem Hirszfelda i Halberówny w cierpieniach rakowych ze stanowiska klinicznego.

### 26. II. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. 2. Z. S r e b r n y. Powikłania ropówkowe po wyluszczeniu migdałków. 3. Wybór członka komisji rewizyjnej. 4. Komunikaty Zarządu. 5. Wolne wnioski.

### 28.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Sektora Kliniczna.

A. S t r a s z y Ń s k i. Z zagadnień nauki o kile wrodzonej ze szczególnym uwzględnieniem kiły wrodzonej skóry i błon śluzowych.

E. H e r m a n. Kiła wrodzona układu nerwowego.

B. K a r b o w s k i. Kiła wrodzona ucha wewnętrznego.

TREŚĆ: J. TYPOGRAF. W sprawie rozpoznawania i leczenia chorób serca. — J. PINCZEWSKI i M. WOLFF. O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowem. (c. d.) — F. TURYN. Stany zapalne prostnicy i esicy. (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek, — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Listy samobójców. — T. SPORZYŃSKI. Kwestja zmienności BCG, a szczepienia ochronne metodą Calmette. — A. TUCHENDLER. Akcja międzynarodowa przeciw reumatyzmowi. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. TYPOGRAF. Au sujet du diagnostic et de la thérapie des maladies du coeur. — J. PINCZEWSKI et M. WOLFF. Symptômes atypiques de polinévrite (suite). — F. TURYN. Inflammations du rectum et du sigmoïde (Rev. gén.). — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Lettres des suicidés. — T. SPORZYŃSKI. La question de mutabilité des BCG et les inoculations préventives d'après la méthode de Calmette. — A. TUCHENDLER. L'action internationale contre le rhumatisme.

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

## CENY OGŁOSZENI:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,— pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezewowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się  
w drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

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

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

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