

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, 5 MARCA 1931 R.

Nr. 10

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Z oddz. chorób wewn. Szpitala na Czystem
(Ordynator: G. Lewin).*

O wartości praktycznej przeciwalergenowej metody leczenia dychawicy oskrzelowej.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

Rozbudowaną przez Richeta, Meltzera Widala, Friedbergera i innych teorię anafilaktycznego, wzgl. alergenowego pochodzenia większości przypadków d. o.*) utrzymuje się w nauce dotychczas; natomiast opinia lekarzy o praktycznej wartości wyciągniętych z niej wniosków dajnych i leczniczych staje się coraz bardziej chwiejna, naogół nieprzychylna. Nie będziemy tu wchodzić w szczególności zarówno wspomnianej teorii, jak i powstałych z niej możliwości rozpoznawczych i terapeutycznych, — sprawa ta była niejednokrotnie szczegółowo omawiana i na łamach prasy lekarskiej polskiej (por. S. Klejn. Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej. P.G.L. NN. 45, 46, 47 r. 1922; W. Jezierski. Dychawica oskrzelowa. P.A.M.W. r. 1927, tom V, zesz. III; Henryk Lubieniecki. O roli układu nerwowego w dychawicy oskrzelowej. Ibid. i t. d.). Przypomnijmy tylko raz jeszcze, że gdy amerykańskie Walker, Cooke, Frieman i inni kilkanaście lat temu ogłosili sprawozdania o tysiącach przypadków d. o., w których udało się stwierdzić białko uczulające i za pomocą odczulenia osiągnąć w części przypadków wyleczenie, wzgl. znaczną poprawę, powstało wśród lekarzy, a zarówno i licznych rzesz chorych zrozumiałe poruszenie; sądzono bowiem ogólnie, że nadzieje przezwyciężenia tego cierpienia, tak

*) d. o. = dychawica oskrzelowa; a. o. = astma oskrzelowa; astmatyk, dychawiczny = osoba, dotknięta dychawicą oskrzelową.

częstego, uciążliwego i naogół nieuleczalnego są trwale ugruntowane. Następne doniesienia lekarzy, tak obcych, jak i polskich (por. S. Klejn. P.G.L. r. 1922) o co-rzaz nowym przypadku całkowitego wyleczenia chorych omawianą metodą nadzieje te jeszcze bardziej pogłębiły.

Minęło lat około 20 (Meltzer uznał napad d. o. za wstrząs anafilaktyczny w r. 1910; metoda leczenia antyalergenowego była wprowadzona przez amerykan w czasie wojny światowej). Zarzuty przeciw alergenowej teorii pochodzenia d. o., polegające głównie na rzekomem pomieszaniu pojęć alergji i wstrząsu anafilaktycznego przez jej zwolenników oraz na niedostatecznym uwzględnieniu przez nią konstytucji ustroju i zaburzeń układu nerwowego wegetatywnego w pochodzeniu d. o. zostały naogół odparte przez Ramirez, Doerra, de Bessa, Storm-van-Leeuwena, Ancona i Frugoni, Cooca i t. d. Nie znaczy to jednak, by nie wysuwano w nowszych czasach innych koncepcyj etjologicznych d. o. (p. M. Szour. P.C.L.N. I i II. r. 1931). Natomiast w ocenie praktycznych wyników stosowania u chorych metod rozpoznawczych i leczniczych, wyłonionych przez teorię alergenową, panuje wśród lekarzy znaczna rozbieżność zdań i, jak wyżej powiedziano, przeważa ocena ujemna.

Już w 1926 r. na zasadzie nielicznych, co-prawda, spostrzeżeń mogliśmy się wypowiedzieć w sprawie praktycznej wartości alergenowej metody rozpoznania w sposób następujący (Kw. klin. Szp. Star. r. 1926. O leczeniu dychawicy oskrzelowej autoszczepionkami): „Do V kategorii*) należą osoby, u których przez odczyn wg. metody Pirqueta wykrywa się białko uczulające i wywołujące napady. Są to w naszych warunkach b. nielicznie stwierdzane przypadki, a to ze względu na niemożność posiadania wszystkich „testów“ dla

*) Wyodrębniliśmy wtedy ósm grup, wzgl. typów chorych, dotkniętych d. o.

niezliczonej liczby protein uczulających i konieczność wykrywania mnóstwa odczynów wg. metody Pirquet'a, przyczem pamiętać należy, że dodatni odczyn występuje w wielu przypadkach dla kilku postaci białka jednocześnie, a u niektórych chorych z b. wrażliwą skórą nawet w stosunku do wszystkich rodzajów białka, a we wszystkich prawie przypadkach pod wpływem białka bakteryjnego. W praktyce ujawnienie podłoża dychawicy w tych przypadkach jest wogóle prawie niemożliwe, o ile sam chory nie zwróci uwagi, że to lub inne białko (pokarmy, woń pierza, sierści zwierząt i t.p.) wywołuje u niego napad. Próby wykazywania uczulającego białka, wykonywane przez nas, dawały zazwyczaj praktycznie wyniki ujemne".

Przeglądając odpowiedzi na ankietę prof. Kämmerera w sprawie praktycznej wartości djagnostycznej i leczniczej omawianej metody, rozesłaną do dyrektorów klinik uniwersyteckich i oddziałów szpitalnych, przeważnie niemieckich, stwierdzić możemy, że naogół podkreślają one wyżej przytoczone zastrzeżenia („Zür. Klinik der allergischen Krankheiten". Med. Klin. N. 32 r. 1930). A więc przedewszystkiem co do liczby wyciągów alergenów, względnie liczby prób skórnych, które należy wykonać na chorym. Jeden z nielicznych już entuzjastów amerykańskiej metody rozpoznawania i leczenia d. o., Cooca, nie zadawała się już 40-ma ekstraktami, używanymi przez gorącego również zwolennika tej metody Storm-van-Leeuvena, i operuje 180-ma wyciągami. Rzecz jasna, że wykonanie 180 skórnych prób wielce obciąża lekarza i pacjenta; jak często nie udaje się, pomimo najszczerzej chęci, doprowadzenie prób do końca, łatwo się domyśleć. Po 2): w odpowiedziach często nadmienia się, że astmatyk rzadko reaguje na jeden tylko wyciąg. Wobec tego, Klewitz i Wiegand z Królewca sporządzają tylko grupowe wyciągi w liczbie 6: ze środków spożywczych roślinnych i zwierzęcych, pyłków roślin, włosów, łusek, z materiału pościeli, wzgl. przykrycia łóżka, z kurzu. Wprowadzenie do użycia grupowych wyciągów sprzeciwia się zasadzie swoistości alergenów, winnych powstawania napadów d. o., i jest poniekąd uznaniem 3-go zastrzeżenia, również zaznaczonego we wspomnianych odpowiedziach: ogólnej nadwrażliwości astmatyków. Storm-van-Leeuven podaje, że 90—95% astmatyków jest przeczulonych na wyciągi z łusek włosów ludzkich, według zaś innych i włosów końskich i t. p.; zaproponowano nawet wobec tego naskórną próbę na łuski włosów, jako sposób różniczkowania d. o. od podobnych stanów chorobowych. Również według Storm-van-Leeuvena 80—85% astmatyków jest uczulonych na tuberkulinę i alergeny klimatyczne (na alergeny klimatyczne, zresztą, specjalnie w Holandji). W ten sposób dochodzi się do 4-go zastrzeżenia: chory jest uczulony na kilka alergenów, i nie wiadomo, jakim wyciągiem następnie go leczyć. Zwolennicy poszukiwania alergenów w d. o. tłumaczą to ostatnie zjawisko w ten sposób, że na początku schorzenia jest czynny tylko jeden alergen, on też wywołuje schorzenie; później dołączają się inne. Do różniczkowania i leczenia nadają się najbardziej osobniki w początkowym okresie d. o. Jestto poważne ograniczenie zakresu stosowania amery-

kańskiej metody rozpoznawania i leczenia d. o. Do tego dodać należy, że Anthony z Hamburga w r. 1927 wykonał odpowiednie próby naskórne na 57 chorych dychawicznych i nie otrzymał ani jednego dodatniego wyniku; co zaś bardziej zasługuje na uwagę, w 45 z tych przypadków dowiódł, że otrzymane reakcje były tylko odczynem limfatycznym przeczulonej skóry: odczyny takie same można było wywołać w najróżnorodniejszy sposób. Wreszcie większość tych stosunkowo nielicznych klinicystów, którym się niekiedy udawało ściśle rozpoznać alergen chorobotwórczy, twierdzi, że następne leczenie odczulające podskórne, wzgl. doustne najczęściej pozostawało bez skutków leczniczych.

Streszczając wnioski nadesłanych odpowiedzi na ankietę prof. Kämmerera, podać możemy, że tylko Ot. Müller, Curschmann i Nonnenbruch z zastrzeżeniami uznają wartość prób djagnostycznych. Natomiast Brauer z Hamburga, Wenckebach z Wiednia, Bergmann z Berlina, Paal z Heidelbergu, Köppe z Giesenu, Eckstein z Düsseldorfu, Czerny z Pragi, Alsleben z Würtzburga uważają próby skórne za bezcelowe, Morawitz z Lipska za mało pożyteczne; Moritz oznacza reakcję na alergeny, jako odczyn ustroju na globuliny, nie widzi możliwości wypróbowania wszystkich alergenów, podkreśla trudności, wynikające z ogólnej wrażliwości astmatyków na łuski skóry owłosionej ludzi; Stepp z Wrocławia zarzucił próby djagnostyczne, gdyż chorzy jego reagowali zazwyczaj na wiele alergenów, Bergmann dodatkowo podkreśla ogólne przeczulenie astmatyków na wszystkie alergeny. Również Schittenhelm, Lichtwitz i Curschmann nie są zbyt zadowoleni z wyników prób skórnych. Wskutek ujemnego przeważnie wyniku prób djagnostycznych alergenowych w klinikach i oddziałach szpitalnych, pozostających pod kierownictwem wymienionych klinicystów, albo wcale nie stosuje się odczulającego leczenia, albo stosuje się w pojedynczych odpowiednich wypadkach z wynikiem również niezachęcającym.

Takie same mniej więcej stanowisko wobec rozpoznania i leczenia d. o. za pomocą alergenów zajmują francuzi, włosi i inni, amerykanie i Anglicy zaś nadal dość optymistycznie zapatrują się na tę sprawę.

Należy do tego dodać, że naskórne próby rozpoznawcze nie są pozbawione nieprzyjemnych konsekwencji dla chorego. Przy dużej nadwrażliwości chorego osobnika można u niego w ten sposób wywołać napad d. o. i to — ciężki, — należy wówczas przewiązać rękę powyżej skaryfikacji i dookoła miejsca szczepienia w różnych punktach zastrzykiwać adrenalinę. Podskórne i doskórne zastrzykiwania próbne mogą wywołać niebezpieczną dla życia reakcję, należy ich przeto unikać.

Zważywszy wyżej przytoczone opinie klinicystów, ugruntowane na obfitym materiale klinicznym i szpitalnym, oraz przedstawione powyżej zastrzeżenia i trudności w wykonywaniu prób rozpoznawczych oznaczoną metodą, możemy pominąć głosy optymistów, wśród których przodują Cooca i Storm-van-Leeuven i uznać stosowaną do-

tychczas metodykę rozpoznawania swoistych alergenów za pomocą naskórnej próby podług Pirqueta za nieprowadzącą do celu.

Nie pozbawia to jednak znaczenia ani teorii alergenowego pochodzenia d. o., ani przeciwalergenowego kierunku w leczeniu tego schorzenia. Przemawiają zatem również i fakty, znane z okresów czasu, poprzedzających niekiedy znacznie erę powstania omawianej teorii pochodzenia i metody leczenia d. o. Gdy Moritz (Petersburg. med. Woch. 1884) opisywał swe napady d. o. i uzależniał je od obecności w pobliżu kota, o której niekiedy tylko później się dowiadywał, to nie mógł dać temu należytego objaśnienia. Dzięki teorii alergenowej rozumiemy obecnie, że działały tu alergeny kocie (wyziewy sierści i t. p.). Aby nie nabawiać się napadów d. o., unikał Moritz kotów — toć przecie stosował on już wtedy przeciwalergenowe leczenie w jednej z jego postaci — unikania alergenów. Trousseau spostrzegł, że napad d. o. występował u niego prawie zawsze, gdy przybliżał się do owsa, — teoria alergenowa tłumaczy to niezrozumiałe dla Trousseau zjawisko. Wrażliwość niektórych ludzi na pył roślinny, prowadząca niekiedy do napadów astmy siennej, znana była również już dawniej. Spostrzegana już i przez starszych klinicystów nadwrażliwość niektórych dychawicznych na określone preparaty farmaceutyczne (ipekakwana, chinina, aspiryna i t. p.) oraz na barwniki (farby do futer i t. d.), substancje, coprawda, niebiałkowe, jednak, naszym zdaniem, również torowała i nadal toruje drogę do uzdania w wielu przypadkach alergii białkowej u astmatyków.

Nieudana jest tylko metodyka różniczkowania alergenów, lecz nie teoria i nie kierunek leczenia. Leczenie przeciwalergenowe d. o. okaże się prawdopodobnie istotnie owocne, gdy będzie opracowana inna, bardziej racjonalna metodyka rozpoznawcza. Póki innej, ścisłej metodyki narazie nie posiadamy, winniśmy zwracać baczną uwagę na wywiady, gdyż chory sam może wskazać na alergen, wywołujący u niego napady. Wobec tego, że chory, acz w dobrej wierze, lecz zwykle mylnie określa alergeny, sprawdzeń należy uzyskane wywiady albo za pomocą usunięcia z życia chorego domniemanego alergenu we wszystkich jego postaciach, albo za pomocą wystawienia pacjenta na działanie szkodliwego czynnika. Po upewnieniu się co do istotnego alergenu, co zazwyczaj wyjątkowo się tylko udaje, należy niezwłocznie przystąpić do odczułającego leczenia albo doustnie, gdy alergen jest pokarmowy, albo podskórnie w razie stwierdzenia niepokarmowych alergenów, stosując metodę Besredki; nie należy wątpić, że w poszczególnych przypadkach powyższe usiłowania lekarza mogą być uwieńczone całkowitem wyleczeniem chorego.

W związku z tem ostatnio nadaje się specjalną wagę umiejętnemu i szczegółowemu zebraniu wywiadów u astmatyków. O. Müller podaje („Med. Klin.” Nr. 40 r. 1929) kwestionariusz, składający się z 35-iu pytań dla każdego pacjenta, zestawiony według Kämmerera, Klewitza i Storm-van-Leeuvena.

Sprawa przeniesienia punktu ciężkości z prób djagnostycznych na wywiady jest jeszcze jednym dowodem, jak nikłe wyniki dało różniczkowe rozpoznawanie białkowych alergenów sposobem Pirqueta. Próby te jednak okazały się b. pouczające i praktycznie pożyteczne, dowiodły one bowiem nader częstej nadwrażliwości astmatyków na alergeny bakteryjne, klimatyczne, na tuberkulinę i łuski skóry owłosionej ludzkiej i zwierzęcej; z faktów tych (najmniej z nadwrażliwości na łuski) szeroko korzysta współczesne lecnicstwo d. o.; w odniesieniu zaś do alergii bakteryjnej i klimatycznej z niemałym pożytkiem dla chorych. Do omówienia tych usiłowań leczniczych (prócz tych, które są oparte na nadwrażliwości na łuski skóry, jako narazie bezowocnych) przystępujemy poniżej.

Na pierwszy plan wysuwa się tu leczenie antybakteryjne. Już Trousseau i Hofmann zauważyli, że d. o. poprzedza często przewlekły nieżyt oskrzeli, i że napady d. o. słabną, niekiedy zaś mijają na pewien czas, gdy ulecza się, względnie znacznie się poprawia stan nieżyty. Inni, jak np., Morawitz, byli bardziej skłonni widzieć w nieżytych oskrzeli raczej następstwo, niż przyczynę d. o. Obydwa punkty widzenia opierają się na słusznych podstawach. Częste napady d. o. niewątpliwie sprzyjają stanom nieżyty w oskrzelach, wywołując ponadto rozedmę płuc, z drugiej zaś strony każdy internista ma możliwość obserwowania przejścia długotrwałych nieżytych oskrzeli w t. zw. *bronchitis asthmatica* i d. o. W naszym podziale dychawicznych na ośm grup (p. wyżej) uzależniliśmy powstawanie *bronchitis asthmatica*, a później i typowej d. o., u chorych pierwszych 2-ch, najbardziej licznych grup od przewlekłych nieżytych oskrzeli i rozedmy płuc. Ogólnie zaś stwierdzone jest, że w wielu przypadkach dłużej trwający przewlekły nieżyt oskrzeli sprzyja rozmnażaniu się w nich różnorodnej flory, proteiny bakteryjne zaś uczulają dodatkowo ustrój i w końcu dominują w etiologii napadów d. o. Walker, Atkinson i inni amerykańscy, korzystając z prób skórnych, wykryli do 20% dychawicznych, uczulonych na białko bakteryjne. Spostrzegli jednak wkrótce, że wyniki prób skórnych nie zawsze odpowiadają wynikom hodowli szczepów bakteryjnych z płwociny chorych. Zaczęli więc korzystać w leczeniu z autoszczepionek, nie licząc się już z wynikami prób skórnych. Skutek leczniczy był dobry.

Dobre wyniki leczenia autoszczepionkami mogliśmy w 1926 roku potwierdzić, przeprowadziwszy odnośne leczenie u 25-ciu chorych dychawicznych. Wyniki nasze były następujące: 12% klinicznego wyleczenia (bez napadów od 1 do 4 lat po zakończeniu leczenia), 8% bez poprawy i 80% d. o. znacznej naogół poprawy. O wynikach tych zakomunikowaliśmy w pracy, specjalnie poświęconej zagadnieniu leczenia d. o. autoszczepionkami, szczegółowo omówiwszy w niej technikę leczenia, od której w znacznym stopniu, jak sądzimy, zależy efekt leczniczy; doszliśmy w niej do wniosku, że, z niewielkimi wyjątkami, wszystkich astmatyków należy leczyć autoszczepionkami.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr. E. Flatau).

O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowem.

Podali

J. PINCZEWSKI i M. WOLFF (Warszawa).

(Dokończenie — p. № 9)

Przechodząc zatem do tej drugiej możliwości, a mianowicie, do sprawy wtórnego zajęcia ośrodków rdzeniowych, liczyć się należy z faktem, że może ona nastąpić albo wskutek wstępującej infekcji drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, albo też wskutek t. zw. zwyrodnienia wstecznego.

Porażenie obwodowe nerwu twarzowego z wstecznym zwyrodnieniem opisuje Flatau, również Spielmaier widział w przypadku zapalenia wielonerwowego pod postacią *Paralysis Landry* obrazy komórek, odpowiadające zwyrodnieniu wstecznemu. Władimirov badał porażenia pobłonicze i dochodzi do wniosku, że są one skutkiem zapalenia nerwu, i że zmiany w komórkach nerwowych powstają w okresach późniejszych i są częściowo pochodzenia wtórnego, częściowo zaś powstają wskutek działania bezpośredniego jadu na ośrodki nerwowe. Marinesco badał układ nerwowy w durze wysypkowym i znajdował zmiany w *peri- i endoneurium*. Zmiany te prześledził on wzdłuż przebiegu nerwów aż do odpowiadających im zwojów międzykręgowych. Na tej podstawie twierdzi on, że jad, niezależnie od rozprzestrzenienia się drogą naczyń, szerzy się również poprzez nerwy obwodowe do zwoju. Możliwość infekcji wstępującej przyjmowana jest przez wielu badaczy w przypadkach zapalenia pni nerwowych, rozwijających się w następstwie otwartych ran. Dane anatomiczno-patologiczne świadczą, że proces chorobowy w ośrodkach rdzenia rozwinąć się mógł zarówno drogą zwyrodnienia wstecznego, jak i infekcji wstępującej. Tam bowiem, gdzie stwierdzono zmiany wyłącznie w komórkach nerwowych, jak chromatoliza, zanik, zwyrodnienie wodniczkowe, może być mowa o procesie zwyrodnienia wstecznego, w innych znowu przypadkach, w których stwierdzano ogniska zapalne w samym rdzeniu (przypadek P ala), przekrwienie, wynaczynienia mogły nastąpić tylko na drodze zaatakowania bezpośredniego tych miejsc. Na rzecz poglądu, uznającego również możliwość infekcji wstępującej w sprawach zapalnych, toczących się w nerwach, przytoczyćby można i fakt, obserwowany w dwóch naszych przypadkach (Nr. II i Nr. IV), a mianowicie, obecność wzmożonej ilości białka w płynie mózgowo-rdzeniowym (w obu przypadkach—0.5%), co również świadczy o reakcji zapalnej ze strony opon rdzenia, na które zadziałał bezpośrednio czynnik zapalny. Konkludując, stwierdzić trzeba, że objawy rdzeniowe stanowić mogą wynik zarówno zwyrodnienia wstecznego, jak i infekcji wstę-

pującej. Nie jest jednak wyłączona i możliwość bezpośredniego pierwotnego zadziałania czynnika chorobowego na ośrodki rdzeniowe, równocześnie z zajęciem pni nerwów obwodowych.

Z innych objawów rdzeniowych spostrzegaliśmy u jednego z naszych chorych (Nr. I A. S.) odruch Babińskiego (z lewej strony). Później wystąpił po tejże stronie lewej objaw Oppenheima, a jeszcze później objaw Babińskiego po stronie prawej. Występowanie objawu Babińskiego w przebiegu *polyneuritis* należy do rzadkości. W r. 1902 Lortat ogłosił przypadek, zatytułowany „Nevrite motrice avec Babiński”. Rozważania powyższe, dotyczące zmian, znajdujących w rdzeniu w przebiegu *polyneuritis*, zwłaszcza przypadki Amabilimoa oraz Rumpfa dostatecznie tłumaczą pochodzenie objawu Babińskiego.

W 2 przypadkach naszych obserwowaliśmy również zaburzenia w oddawaniu moczu. Mianowicie, u chorego A. S. (przypadek Nr. I) wystąpiło nietrzymanie moczu, zaś u chorego W. K. (przypadek Nr. III) spostrzegano utrudnione oddawanie moczu. Trudność oddawania moczu w zapaleniach wielonerwowych tłumaczy Oppenheim tem, że często chorzy nie mogą oddać w pozycji leżącej moczu; niekiedy też zaburzenia te następują wskutek osłabienia mięśni powłok brzusznych. W naszych przypadkach skłonni bylibyśmy szukać przyczyny tych zaburzeń w zmianach ośrodkowych, a to ze względu na obecność innych objawów rdzeniowych.

IV. Ruchy mimowolne w przebiegu zapalenia wielonerwowego.

W przypadku Nr. IV u chorego N. R. zarówno za pierwszym wybuchem choroby, jak i podczas jej nawrotu, który wystąpił po 18 latach obserwowano w palcach dłoni ruchy mimowolne podobne do atetotycznych, jednak mniej szybkie. Ruchy te występowały, gdy chory utrzymywał kończyny górne w zupełnym spokoju na posłaniu, przyczem palce rozsuwały się wachlarzowato i ustawiły w rozmaitych płaszczyznach jedne w zgięciu, inne w pozycji wyprostnej. Ruchów tych chory nie odczuwał wcale. Niezauważono, by ruchy te zjawiały się podczas ruchów dowolnych i by przeskadzały tym ostatnim; natomiast ruchy dowolne chory wykonywał wogóle bez należytej harmonii, szczególnie ujawniało się to w ruchach delikatniejszych, jak np. przy wiązaniu węzłów. Branie przedmiotów do ręki było niezręczne, lub zgoła niemożliwe. Za pierwszym pobytem chorego w szpitalu zwrócono też uwagę na to, że ruchy ekspresyjne, jak wołanie kogoś i t. d., chory wykonywał bez dostatecznej precyzji. Poza tem w palcach dłoni przy wyciągniętych kończynach widać było drobne drżenie. W palcach stóp, zarówno podczas pierwszego, jak i drugiego pobytu w szpitalu ruchów tych nie obserwowano.

Również w przypadku Nr. III (chory W.K.) obserwowano ruchy mimowolne w postaci drgań stóp o średniej amplitudzie, którym towarzyszyło wyprostowywanie i zginanie palców.

Ruchy mimowolne w szczególności podobne do atetotycznych opisywano w przebiegu zapalenia wielonerwowego w pojedynczych przypadkach. Ruchy te spozstrzegali w tej jednostce chorobowej z dawniejszych badaczy Löwenfeld, Wetzel, Remak, Pal, Korsakow, Bernhardt, Rossolimo (w cytowanym wyżej już przypadku), Fischer, zaś w nowszych — Bregman, Liebers, Hendler de Rabinowich, Strol i Draganescu oraz Krysova. Ta ostatnia opisuje hiperkinezy różnego rodzaju w przebiegu zapalenia wielonerwowego, jak drżenie podobne do występującego w *paralysis agitans*, ruchy rzekomo-atetotyczne.

Jeżeli chodzi o tłumaczenie pochodzenia tych ruchów rzekomoatetotycznych, to Löwenfeld uważał je za zależne od stanów podrażnienia rozgałęzień obwodowych dróg piramidowych, wywołanych przez toczącą się w pniu nerwowym sprawę zapalną (*neuritische Reizerscheinungen*), później jednak zmienił pogląd i traktował je, jako zależne od zmian w rdzeniu. Bregman łączy te ruchy z zaburzeniami percepcyj kinestetycznych. Podobne ruchy mimowolne, przewane przez Oppenheima spontanicznymi (*Spontanbewegungen*), a przez Rossolimo — Amyotaxie, obserwuje się też niekiedy w schorzeniach, którym towarzyszą zaburzenia czucia głębokiego lub też zaburzenia mózdkowe. Oppenheim opisywał też takie ruchy w wiądzie rdzenia. Obserwował on, że niektórzy chorzy na wiąd rdzenia z ataksją górnych kończyn nie mogli utrzymywać kończyn tych w zupełnym spokoju nawet wtedy, gdy kończyny spoczywały na pościeli. Chory taki naprzemian zgina lub prostuje pojedyncze lub kilka palców, przywodzi lub odwodzi je, niekiedy zaś unosi bezwiednie całą kończynę. Oppenheim uważa, że ruchy spontaniczne nie dadzą się oddzielić od bezładu statycznego i nie powinny być utożsamiane z atetozą. Lewandowski przeciwstawia współruchom, napotykanym u chorych na wiąd rdzenia w chwili, gdy zamierzają zachować jakąś pozycję kończyny, inne ruchy mimowolne podobne do atetotycznych, które występują u tych chorych, kiedy nie zamierzają wykonać żadnego ruchu. Te ostatnie ruchy mimowolne autor ten uważa za zupełnie niezależne od ataksji statycznej. Również Herman opisuje ruchy mimowolne podobne do atetotycznych w pojedynczych przypadkach jamistości rdzenia, wiądu rdzenia i stwardnienia rozsianego. Wszystkim tym przypadkom, należącym do różnych jednostek klinicznych wspólne były zaburzenia czucia głębokiego oraz położenia, wobec czego i ten autor wyraża pogląd, że ruchy mimowolne w omówionych wyżej sprawach, jak również w zapaleniu wielonerwowym zależne są od zaburzeń percepcyj kinestetycznych. Nie należy jednak zapominać o tym fakcie, że zaburzenia czucia głębokiego i położenia są zarówno w wiądzie rdzenia, jak i w jamistości rdzenia oraz w zapaleniu wielonerwowym zjawiskiem częstym, podczas gdy ruchy mimowolne są niezmiernie rzadkie. Dowodzi to,

że przyczyny zjawiska tego szukać można i gdzie indziej. Löwenfeld sądził, i tenże pogląd podziela Remak, że ruchy rzekomoatetotyczne w zapaleniu wielonerwowym są zależne od zmian w rdzeniu. W przypadku Pala, jak to już podnieśliśmy, stwierdzono zmiany w rdzeniu na wysokości $D_{3-4-5-6}$. Zachodzi tylko kwestja, jakie drogi w rdzeniu powinny być zajęte, aby ruchy mimowolne, a w szczególności pseudoatetotyczne, mogły wystąpić.

Wreszcie nie jest wyłączona możliwość, że w sprawach infekcyjnych może nastąpić narówni z zapaleniem nerwów obwodowych zachorzenie wielkich zwojów podstawnych, i że lokalizacja ta spowoduje powstanie ruchów pozapiramidowych.

* * *

Celem pracy niniejszej było wykazanie faktu, że w przebiegu zapalenia wielonerwowego występować mogą, aczkolwiek niezbyt często, objawy nietypowe, świadczące o zachorzeniu nie tylko pni nerwowych, lecz i ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności rdzenia. Fakty anatomiczne przypuszczenie to potwierdzają w daleko większym stopniu, niż symptomatologia kliniczna. Ten stan rzeczy skłonił badacza angielskiego Stewarta F. Gringersa do wypowiedzenia poglądu, że zapalenie wielonerwowego nie należy traktować jako wyłączne zapalenie nerwów obwodowych, lecz jako zachorzenie całego neuronu obwodowego. Kinier Wilson proponuje wobec tego zastąpić nazwę *polyneuritis* nazwą *neuronitis* lub *polyneuronitis*. Pogląd ten wydaje się zasadniczo słuszny; nie odpowiada on zawsze danym klinicznym, ale za to jest w zgodzie z całością procesu chorobowego, cechującego zapalenie wielonerwowe. Należy jednak dodać, że infekcja może ogarnąć i inne miejsca w układzie nerwowym ośrodkowym, a więc i mózgowie (objawy psychiczne, pozapiramidowe i in.). I sądzimy, że zgodnie z tem ujęciem sprawy należy poddać pewnej rewizji nasze dotychczasowe zapatrywania na sprawę zapalenia wielonerwowego.

PIŚMIENICTWO.

- Amabilimo. Ref. Jahresber. für Neur. u. Psych. 1899. Angelo: Ref. Jahresber. für Neur. u. Psych. 1908. Astle: Ref. Jahresber. für Neur. u. Psych. 1898. Bing: Polyneuritis, Beiheft z. Med. Klin. 11, 6. Besten, Ref. Jahresber. f. Neur. u. Psych. 1898. Bregman. Ref. Jahresber. f. Neur. u. Psych. 1914. Bregman. Beiträge z. Polyneur. Neur. Centrbl. 1918. Buber. Neur. Centrbl. 1897. Curschmann. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1905. Eichhorst. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1916. Flatau. Periph. Facialislähmung m. retrogr. Degen. Ztschr. f. Klin. Med. T. XXXII, 3. 4. Harris. Ref. Centrbl. f. Nerv. 1923, T. XXXII. Higier. O powrotnych post. zapal. wielonerw. Warsz. Czasop. Lek. 1927. Halban. Ref. Jahresber. 1900. Herman. O t. zw. ruchach rzekomoatetotycznych. Księga pam. „Kochanówka“ 1918. Hendler de Rabinowitsch. Ref. Centrbl. f. Neur. 1928. Hoffman. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1912. Hoestermann. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1918. James. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1916. Klippel i Weil. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1911. Krysova. Ref. Centrbl. f. Neur. 1929. Kihl. Über die Path. An. der Sog. Polyneur. bei Nahr. insuff. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.

Knapp. Ref. Centrbl. f. Neur. 1922. Larkin i Jeleffe. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1899. Lortat. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1902. Liebers. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1917. Marinesco. Ref. Centrbl. f. Nerv. 1923 T. XXXII. Morton Williams. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1900. Oettinger i Manouellianu. Ref. Centrbl. f. Neur. 1922. Oppenheim. Lehrbuch der Nerv. 1923. Oppenheim. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1918. Piazza. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1910. Raymond. Maladies du syst. nerv. 1889, 94, 97. Remak — Flatau. Neuritis u. Polyneuritis — Spec. Path. u. Ther. Nothnagel XI T. 3. 1900. Rosolimo. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1899. Rumpf. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1904. Schlier. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1899.

Sereni. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1903. Sorgo. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1899. Spielmeyer. Histopathologie d. Nervensystems 1922. Steinert. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1904. Strol i Draganescu. Ref. Centrbl. f. Neur. 1929. Szczerbak i Iwarow. Neur. Bote 1897. Stewart Gringers. Ref. Centrbl. f. Neur. 1925. Thomas. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1899. Wertheim-Salomonson. Neuritis u. Polyneuritis. Lewandowsky. Handbuch d. Neur. Wohlwill. Ref. Centrbl. f. Neur. 1922. Wilson i Winckelmann. Ref. Centrbl. f. Neur. 1924. Wilson Kinnier. Ref. Centrbl. f. Neur. Władimirow. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1902. Wetzel. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1899. Vedder i Clark. Ref. Jahresber. f. N. u. Ps. 1914.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Stany zapalne prostaty i esicy.

Podał

Feliks TURYN (Warszawa).

(Dokończenie — p. № 9).

Leczenie ma na celu, szczególnie w okresie ostrym, złagodzenie bólów, uspokojenie zbyt częstego parcia i usunięcie przyczyny wywołującej cierpienie. W przypadkach ostrych konieczny jest spokój, leżenie w łóżku. Bóle ustępują czasami dopiero po ułożeniu chorego nawznak z uniesioną miednicą, na boku, na brzuchu. Na dolną część brzucha zaleca się ciepłe okłady. O ile zapalenie nie powstało na tle zastoju kałowego, staramy się o powstrzymanie zbyt częstych wypróżnień, a to dla ochrony chorego terenu przed coraz nowymi podrażnieniami; stolce powinny być płynne, nie kalczące. Osiąga się to przez usunięcie z diety pokarmów, dających nietrawiące się resztki. Wskazane są: mleko, jaja, płynne zupy, purée z potraw mącznych. Odstawiamy kawę, alkohol, ostre przyprawy. W okresie przewlekłym dieta jest liberalniejsza, gdyż zależy nam na podniesieniu sił i stanu odżywiania. O ile leżenie w łóżku staje się już zbędne, zakazujemy wstrząsów, jak jazda konna, na rowerze, skoki i t. p. Ze środków przeczyszczających stosuje się olejek rycynowy, wodę karlsbadzką, parafinę, rabarbar; ławatywy z oliwy, parafiny. O ile ostatnie nie skutkują i pozostają w kiszce, dajemy następną ławatywę z naparu rumianku. W przypadkach z silnymi skurczami prostaty wprowadza się zamiast drenu gumowego noliwiony cewnik. Bóle uspokajają się czasami po ławatywach z ciepłej wody (40 st. C.). Taksamo skuteczne są ławatywy z siemienia lnianego, woreczki z piaskiem gorącym, przyłożone do otworu stolcowego, ciepłe nasiadówki. W niektórych przypadkach lepsze okazuje się zastosowanie zimna (lodu). Silniejsze podrażnienie uspokajają się czopkami: Rp. *Extr. Belladonnae*, *Extr. Opii ana 0,02 — 0,03*, *Morphii 0,01*, *Butyri Cacao 2,0*. M. f. *supp. an.*

Płukanie kiszki w okresie ostrym wywołuje bóle i jest przeciwwskazane.

Leczenie właściwe zaczyna się więc po ustąpieniu okresu ostrego. Początkowo stosujemy środki łagodne. Do tych należy przepłukiwanie prostaty roztworem 1 cm³. adrenaliny 1:1000; przepłukiwanie przez cewnik à double courant naparem rumianku lub azotanem srebra w rozcieńczeniu $\frac{1}{4}\%$, który znów popłukujemy dla usunięcia resztek azotanu fizjologicznym roztworem soli kuchennej albo 1% roztworem sodu. Następnie przechodzimy do środków odkażających, jak $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$ protargol, $\frac{1}{2}$ —1% azotan srebra, $\frac{1}{2}\%$ siarczan cynku, $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}\%$ nadmanganian potasu, $\frac{1}{4}\%$ tymol, stosowanych w ławatywach. Można użyć małych ławatyw w charakterze opatrunków miejscowych: Rp. *Dermatoli 2,0*, *Mucil. gum. arab.*, *Aquae ana 20,0*; albo *Bolus alba*, *Carbo anim. ana 15,0* na szklanekę wody. Tam, gdzie zapalenie powstało na tle zakażenia gonokokami, najcelowiej będzie uciec się do preparatów srebrnych. Silne krwawienia traktuje się ogólnie: koagulen, adrenalina, fizjologiczny lub hipertoniczny roztwór soli kuchennej. Utrzymujące się silne bóle staramy się uspokoić środkami kojącymi: Rp. *Phenacetini 0,3*, *Pyramidoni 0,2*, *Codeini 0,03*. M. f. *pulv.* Na uporczywe bóle przepisuje się morfinę, o ile jednak i ta nie pomaga, podejrzewamy obecność w prostaty ropnia, przetoki lub ciała obcego. W miarę poprawy zmieniamy środki, używane do przepłukiwań, na 3% kwas borny, 0,1—0,25% tanninę, $\frac{1}{2}$ —1% ichtjol, $\frac{1}{2}$ —1% salicylan sodowy, 6—15% wodę utlenioną. Skład ławatyw leczniczych powinno się możliwie urozmaicać i zmieniać. Lekarze amerykańscy wprowadzają rektoskop i tędy rozpylają na śluzówkę kiszki suche proszki: Rp. *Acidi tannici*, *Dermatoli ana 10,0*, *Natrii chlorati 5,0*; w razie bólów dodają jeszcze *orthoformii* w stosunku 10—20%. Tą drogą leczy się również owrzodzenia i nadżerki przez zwilżanie ich 2—8% chlorkiem cynku lub przypalenie lapisem. Owrzodzenia na tle gruźliczem traktuje się jodoformem, promienicze — jodkiem potasu. Na drobne krwawienia skuteczna jest ławatywa: Rp. *Gelatini 10,0*, *Lig. ferri sesquichlor. 3,0*

Aquae ad 300, 0. M. D. S. 100,0 ogrzanego roztworu na ławatywę. W każdym przypadku należy pilnie uważać na zupełną czystość otworu odbytniczego. Istniejące w prostnicy polipy usuwa się galwano—lub termokauterem.

Zapalenie śluzówki odbytnicy przejść może na głębsze warstwy ściany odbytnicy i na jej otoczenie. To powikłanie najczęściej towarzyszy zmianom na poziomie zwieracza (*p. sphincterica*), jak wogóle wszelkie powikłania, występujące łatwiej powyżej zwężeń jelitowych. *Periproctitis* przebiega jako ropień, usadowiony mniej lub więcej głęboko, a który znajduje sobie ujście, przebijając się do światła кишки lub nazewnątrz przez skórę. Brak zmian pierwotnych na błonie śluzowej nie przesądza, że stąd wychodzi naciek okołokiszkowy, gdyż nieżyt pierwotny może się wygoić i pozostawić to dość ciężkie powikłanie. Zdarzają się jednak przypadki, że bakterje przenikają całą ścianę кишки, nie powodując w niej żadnych zmian, i dopiero w tkance łącznej otaczającej rozmnażają się i wywołują ropień. Ropień okołoodbytnicy spotyka się również w przebiegu zapaleń w gruczole krokowym, cewce moczowej, gruczolach Bartholiniego, w dole Douglasa. Bakterje, znajdujące w ropniach, są te same, co w *proctitis: coli*, streptokoki, gonokoki, *tbc*—ostatnie w przypadkach przewlekłych.

Obecność ropnia okołoodbytniczego odczuwa chory przez bóle palące, uczucie bolesnego napięcia w okolicy otworu odbytniczego. Oddawanie stolca jest o tyle bolesne, że chory, lękając się bólu, wstrzymuje wypróżnienie. Ciepłota może być podwyższona i charakterystyczna jak we wszelkich sprawach ropnych. Towarzyszą jej dreszcze. Ropień, usadowiony powierzchownie pod skórą, daje zaczerwienienie skóry i bolesny przy ucisku naciek w okolicy otworu stolcowego. Ropnie podśluzówkowe wyczuwa się jako wypuklenie i bolesne napięcie śluzówki, na której najczęściej znajdujemy wyżej opisane zmiany nieżytowe. Badaniem dwuręcznym wyczuwa się fluktuację.

Leczenie jest przeważnie chirurgiczne. Czasami tylko udaje się sprawę ugasić przez spokój, miejscowe stosowanie lodu, a następnie ciepła.

Omawiając etiologię i patogenезę *proctitis* i *sigmoiditis*, wspomnieliśmy, że obydwie te końcowe odcinki przewodu pokarmowego zachorowują bardzo często jednocześnie, i wtedy obraz kliniczny jest zatarty. W niektórych przypadkach zmiany w esicy dominują zupełnie, i wtedy mówimy o odosobnionej *sigmoiditis*. Główne dolegliwości polegają na bólach w podbrzuszu lewym, występujących nagle lub poprzedzonych niedomaganiem ogólnym, uciskiem w tejże okolicy. Bóle promieniują do pleców, do lewego uda, lewej pachwiny. Innym razem obraz kliniczny zaczyna się stopniowo coraz nasilajacem się parciem. Podwyższenie ciepłoty jest częstsze, niż w *proctitis*, dochodzi do 38—39°, podnosi się i opada krytycznie albo litycznie, towarzyszą jej dreszcze. Częsty jest dość uporczywy ból głowy, pleców, kończyn; chorzy są przygnębieni, jakby rozbici. Zjawiają się nudności, wymioty. Ilość dobową moczu zmniejsza się, jego ciężar właściwy jest wysoki, zawiera wzmózoną ilość indykanu, a nawet białko. Spostzegano powięk-

szenie śledziony, żółtaczkę, pokrzywkę, opryszczkę (*herpes*) w przebiegu *sigmoiditis*.

Badanie wykazuje wzdęcie brzucha, czasem objawy skrętu kiszek, bolesność przy obmacywaniu okolicy esicy. Po ustąpieniu wzdęcia wyczuwa się esicę, jako bolesny, nacieczony i spoisty sznur. Wypróżnienia zaparte zawierają domieszkę śluzową i ropną, szaroróżową lub żółtą, albo krwawośluzową, krwawośluzoworopną. Zapach kału jest przenikliwy dzięki zawartości w nim nadmiaru produktów przegniłych. Stolce są tem bardziej cuchnące, im wyższe odcinki кишки są zajęte i przetrzymują treść kałową. Biegunki są rzadsze. W okresie przewlekłym, który tylko w 25% poprzedzany bywa objawami ostremi, wypróżnienia są nieregularne, a w okolicy biodrowej lewej utrzymuje się uczucie ucisku i pełności, dęcie, silniejsza bolesność w okolicy esicy w czasie ruchu. Nierzadko defekacja wywołuje napady kolki, bóle rwące w dole brzucha. Bóle promieniują do pleców, do lewego uda, lewej pachwiny. Podwyższonej ciepłocie towarzyszą dreszcze. Powyższe dolegliwości odbijają się na stanie ogólnym, wywołują przygnębienie, utratę łaknienia i wychudzenie. W stolcu znajduje się domieszkę krwi, ropnego śluzu, wypróżnienia składają się tylko z tych domieszek (Crachat intestinal-Mathieu). Pod mikroskopem widzimy erytrocyty, leukocyty, nabłonki, czasami komórki kwasochłonne. W niektórych przypadkach wypróżnienia zawierają wiele krwi. Ani krew, ani ropa nie dowodzą jeszcze obecności owrzodzenia. Esica jest wrażliwa na ucisk, czasami zgrubiała i bardziej spoista, choć nierównomiernie w poszczególnych odcinkach. Guz esicy można ująć, jest ruchomy, zmienia swój kształt po usunięciu z niej twardych mas kałowych. Guzy są twarde w tych postaciach, w których tkanka łączna buja nadmiernie. Wynikiem rozrostu tkanki łącznej jest zwężenie światła esicy. Guzy takie imitują raki (*Sigm. indurativa, callosa*). Badanie wziernikiem w okresie ostrym dopuszczalne jest pó upewnieniu się o braku *perisigmoiditis* i też ogranicza się do obejrzenia tylko odbytnicy, której śluzówka jest wtedy zaczerwieniona, łatwo krwawi, pokryta jest wydzieliną krwaworopną. W przewlekłym stadium choroby rektoskopia esicy wykrywa błonę śluzową nierównomiernie zaczerwienioną, o naczyniach żywo nasykniętych, łatwo krwawiącą, miejscami pokrytą nalotami krwawego śluzu. W postaciach cięższych tworzą się pojedyncze lub liczne nadżerki i owrzodzenia, również łatwo krwawiące. Bakteriologiczne badanie kału pozwala wykryć jedne z bakteryj, wymienionych przy omawianiu etiologii, a które wywołały chorobę. Bardzo często są to bakterje czerwonej, co już daje wskazania do leczenia emetyną. Proces zapalny, umiejscawiający się w uchyłku esicy, pobudza do utworzenia guza zapalnego, na który składa się nietyle naciek drobnokomórkowy i tkanka bliznowata, co nowotworzące się włókna mięsne, zwężające światło кишки. Skurcz mięśni zwiększa to zwężenie. W tych przypadkach wziernikowanie może nie dać żadnego wyniku, a badający palec wyczuwa tylko guz. Kał po djecie próbnej wykazuje zwykły skład. Obecność w nim skrobji, niestrawionych włókien mięsnych i tłuszczu dowodzi zajęcia wyższych odcinków jelita.

Niektóre odczyny serologiczne wskazane są przy podejrzeniu na kiłę, promienicę, dyzenterję. Prześwietlenie promieniami Roentgena po podaniu papki kontrastowej i lawatwy wykazuje w przypadkach ściśle umiejscowionych lekkie tylko zawalowanie odcinków końcowych lub ich marmurkowaty rysunek. Zmiany cięższe zaznaczają się konturem ścicy, najeżonym jakby licznymi, nieregularnymi, czasami rozdwojonymi wgłobieniami. Uchyłki uwidoczniają się po odejściu masy kontrastowej, która się w nich zatrzymuje. Ostatnio czynione są próby uwidocznienia reljefu błony śluzowej za pomocą małych dawek kontrastu, podobnie, jak to się przeprowadza przy rozpoznawaniu chorób żołądka metodą Berga.

Przebieg *sigmoiditis* jest naogół łagodny. Zejście śmiertelne naskutek krwawień lub przejście zapalenia na otrzewną zdarza się bardzo rzadko. W przypadkach cięższych (z *perisigmoiditis*) może po dłuższym leczeniu nastąpić zupełne wyzdrowienie. Częściej bywa przejście w stan przewlekły z mniej lub więcej zaznaczoną skłonnością do obostrzeń.

W okresie ostrym chory powinien pozostawać w łóżku, zachować spokój (czasami najmniejszy ruch wywołuje bardzo silne i bolesne skurcze, przypominające skręt). Narkotyki podajemy doustnie lub w czopkach. Miejscowo stosujemy początkowo lód, później ciepło (kompresy, termofor). Dieta płynna lub półpłynna. Najlepsza jednak jest 1—2 dniowa głodówka z herbatą i winem czerwonym w małych dawkach.

Do opróżnienia kiszki najbardziej nadają się lawatwy ze 100,0 oliwy lub parafiny, albo *casca-ra*, *rheum* w dawkach małych, nie wywołujących nadmiernie żywej perystaltyki. W razie biegunek wskazany jest makowiec lub *dermatol* z makowcem. Uporczywe biegunki, którym towarzyszy dęcie, staramy się powstrzymać lawatwą ze 100,0 krochmalu i 15 kropel makowca.

Leczenie w okresie przewlekłym wymaga cierpliwości tak ze strony pacjenta, jak lekarza. W razie nacieków powierzchownych chory pozostaje w łóżku, zachowuje spokój, stosuje miejscowo gorące okłady. Dieta powinna być wysokokaloryczna, łatwostrawna, małowłóknikowa: zupy mączne, makaron, ryż, galaretki, dobrze przetarte jarzyny i kompoty, suchary, chleb pszenny, masło, chude gatunki mięsa. Wobec skłonności do biegunek dodajemy kakao, czerwone wino. W zaparciu miód, soki owocowe, przetarte kompoty. Potrawy zimne i ostre przyprawy należy odstawić zupełnie.

Z lekarstw skuteczne są preparaty ściągające: bismut, tannina, które można łączyć ze środkami przeczyszczającymi. Z innych: *Bolus alba*, *Carbo animalis* z *Magn.* lub *Natr. sulfuricum*. Niektórzy autorowie stosują małe i częste dawki kalomelu (8 razy po 0,05 albo 12 razy po 0,03). Silne bóle łagodzi się morfiną, pantoponem, belladonną, papaweryną. Seyfarth zaleca tylko atropinę. Miej-

scowo wskazane są lawatwy z oliwy, kollargolu, parafiny, płukanie kiszki 1‰ roztworem nadmanganianu potasu, 1% wodą utlenioną. Ostatnie zabiegi lepiej jest aplikować początkowo z 2—3 dniami przerwami i w stężeniu słabszym. Zapalenia na tle czerwonki leczą się skutecznie emetyną, która oddaje również dobre usługi w przypadkach o etiologii innej. O ile zapalenie jest pochodzenia kiłowego, przeprowadzamy odpowiednią kurację, rozpoczynając od jodu (salwarsan lub rtęć mogą pogorszyć wtórny nieżyt ropny). Po przygotowaniu jodowem i sprawdzeniu, że jod wydany został z organizmu, przechodzimy do kuracji swoistej. Ostatnio coraz częściej zachwalają przetaczanie krwi, szczególnie w przypadkach *colitis ulcerosa*. Cain i Lièvre podali w jednym przypadku silnej niedokrewności na tle *rectocolitis* wątrobę, która, mimo że dała nieznaczną poprawę w obrazie krwi, wpłynęła znakomicie na sprawę pierwotną. Francuzi i amerykańanie podają dobre wyniki po leczeniu autoszczepionkami w zastrzykiwaniach i lawatwach.

Częstym powikłaniem *sigmoiditis* jest wysięk krwawowłóknikowy na otrzewnie, ropowica ściany kiszki, wysięk do lewego talerza biodrowego. Ostatnie wysięki przypominają *parametritis*. Podobnie przebiegają powikłania w przebiegu zapalenia dróg moczowych. Przy badaniu chorego z *perisigmoiditis* wyczuwa się zbite guzy lub wysięki, otaczające ścicę. Guzy te grożą zwężeniem światła jelita i dają obraz skrętu kiszek; przypominają również nowotwory złośliwe. Nacieki okołosicze leczą się zimnemi okładami, następnie ciepłem. Tam, gdzie choremu grozi przebiecie, lub gdzie naciek osiąga większe wymiary, lepiej jest unikać środków, pobudzających jelita do żywszej perystaltyki. Należy również rozważyć szanse zabiegu chirurgicznego.

Z innych powikłań *perisigmoiditis* wymienimy przetoki do kiszki grubej, do pęcherza moczowego, do pochwy, do wargi większej, zapalenie żył kończyny dolnej lewej, *polyneuritis*, bóle gośćcowe.

Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że wszelkie nieżyty ścicy i prostonicy, powstające wtórnie na tle czy to żyłaków, czy niedomogi krążenia miejscowego, czy ogólnego, na tle mocznicy, chorób wyższych odcinków przewodu pokarmowego i t. p. — leczą się znacznie łatwiej po usunięciu dolegliwości pierwotnych, a czasem ustępują wraz z poprawą w przebiegu choroby zasadniczej. Toteż należy zawsze upewnić się, czy dane *proctitis* wzgl. *sigmoiditis* wystąpiło samoistnie lub wtórnie.

PIŚMIENNICTWO;

Kraus-Brugsch. Spez. Pathol. u. Ther.-Schmidt, Klin. d. Darmkrank. — Loeper. Therapeut. med. — Bensaude, Cain, Oury. Pr. med. Nr. 22 — 1928. — Girault Pr. med. Nr. 22 — 1928. — Bargen. Arch. int. Med. Nr. 1 — 1929. — Seyfarth. Münch. med. Woch. Nr. 5. — 1929 — Cain, Lièvre. Pr. med. Nr. 7 — 1930.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

Carl CLASING. Niszczenie histjocytów k.wi. (Virchows Archiw, r. 1930 T. 277, z. 1)

Praca doświadczalna została wykonana na białych myszach, którym wstrzykiwano do żyły ogonowej zawiesinę tuszu chińskiego lub cynobru. Wykonano dwie serie doświadczeń (jedno — lub wielokrotne wstrzykiwania). Podana jest technika doświadczalna; niewiadoma jest liczba użytych do doświadczeń zwierząt. Mikroskopowo badano wycinki z płuc wątroby, śledziony, szpiku kostnego, nerek, nadnerczy, jelit i z gruczołów krezkowych. Materiał utrwalano w formalinie. Badano skrawki parafinowe.

Celem badania było stwierdzenie, gdzie się odbywa rozpad histjocytów, gdyż sprawa ta, mimo pracy Kiyono i poglądu Achoffa, nie jest w chwili obecnej rozstrzygnięta. Wyniki swoich badań zestawia autor jak poniżej:

1. Śródbłonki wątroby, śledziony, płuc, szpiku kostnego, nadnerczy i jelit wylapują wstrzyknięty do żyły ogonowej tusz lub cynober.

2. Obładowane temi ciałami śródbłonki, złuszczają się i stają się histjocytami krwi, które giną w wątrobie i śledzionie.

3. W wątrobie histjocyty zostają zatrzymywane w części obwodowej zrazików; zbijają się ze sobą i ulegają rozpuszczaniu. Nie ulegający strawieniu tusz lub cynober skupia się w duże twory. W śledzionie histjocyty zostają pochłonięte przez komórki siateczki; część ich gnie w okach siateczki. Skupianie się tuszu w śledzionie jest również wyrazem rozpadu histjocytów.

4. Płuco nie uczestniczy w niszczeniu histjocytów. W przeciwstawieniu do wątroby i śledziony już wkrótce po wstrzyknięciu nie widać w tym narządzie prawie zupełnie tuszu. Spostrzegane czasami obrazy w naczyniach włoskowatych płuc są zatorami i niesłusznie mogą wzbudzać podejrzenie na niszczenie histjocytów. Korki zatorowe pochodzą z naczyń włoskowatych wątroby.

5. W materiale doświadczalnym nie stwierdzono „ziarniników błony wewnętrznej” opisanych przez Siegmunda w błonie wewnętrznej n. płucnych.

W. Czarnocki

LOCKEMANN. O znaczeniu rodanu w soku żołądkowym. (D. m. W. Nr. 45 1930).

Wiadomo, iż kwas solny soku żołądkowego posiada własności bakterjobjęcze. Podobne własności ma rodan, wykryty w soku żołądkowym przez Nenckiego, jednak działanie rodanu jest o wiele szybsze aniżeli kwasu solnego. W doświadczeniach, przeprowadzonych przez autora, wystarczyło dodanie b. nieznacznych ilości rodanku sodu do kwasu solnego, aby znacznie przyspieszyć moment wymierania zarazków (z 1½ godziny do 5 minut przy dodaniu 0,0008% Na SCN). Ogólnie biorąc, roztwory o zawartości rodanku sodu od 0,0012% do 0,0163% zwiększały działanie bakterjobjęcze kwasu solnego. Na zasadzie tych danych jasne jest, dlaczego treść żołądkowa w prawidłowych warunkach przechodzi jałowa do dwunastnicy.

Wanda Franzówna

Djagnostyka.

FRANKE. Błękit metylenowy, jako prosty i b. czuły odczynnik na bilirubinę. (Med. Klinik N. 3 1931).

Sposób określania bilirubiny w moczu za pomocą błę-

kitu metylenowego był znany już od b. dawna, jednak nie poświęcono mu dotąd należytej uwagi.

Technika polega na dodaniu do 5 ccm, moczu kroplami ze zwykłego kroplomierza 2 prom. roztworu wodnego błękit. W razie obecności bilirubiny w moczu powstaje zielone zabarwienie, które, przy dalszym dodawaniu odczynnika, przechodzi w zabarwienie niebiesko-zielone, a dalej w ciemno-niebieskie, zależne od samego zabarwienia błękitu.

Pożądaną jest, aby mocz z dużą zawartością bilirubiny rozcieńczyć nieco wodą dla lepszego odczytania wyniku,

Dodatni odczyn na bilirubinę, przy tej metodzie badania, otrzymano w przypadkach wyraźnych moczu żółtaczkowego. słabo wyraźne oddziaływanie w tych przypadkach, w których próba z jodyną dała wynik ujemny, a w sprawie chorobowej daje się stwierdzić udział wątroby a więc: marskość wątroby, nowotwory, sprawy zastoinowe w chorobach serca, niedokrewność złośliwa i t.p. Słaby odczyn otrzymano w przypadkach krwiomoczu. Również zielone zabarwienie moczu powstaje po pewnych środkach farmakologicznych, jak np. z grupy antrachinowej. Oddziaływanie moczu jest dla reakcji obojętne.

Ustalono pozatem, że po dodaniu do 1 mgr. bilirubiny 1, 4—1, 5 ccm 2 prom. roztworu błękitu metyl., praktycznie rzecz biorąc 20 kropeł, zabarwienie zielone przechodzi w ciemno-niebieskie, i na tem też oparto obliczenie ilościowej bilirubiny. Dwie krople roztworu 2 prom. błękitu metyl. z normalnego kroplomierza odpowiadają 0,1 mgr. bilirubiny. W razie dużej zawartości bilirubiny zielone zabarwienie pozostaje pomimo dodania 5-6 kropeł, przy mniejszej zawartości zielony kolor utrzymuje się po 1—3 kroplach roztworu błękitu. U osób zdrowych mocz barwi się na kolor niebieski już po dodaniu 1 kropli.

Próba ta zdaje się być b. czuła, specjalnie w przypadkach uszkodzeń wątroby, a zwłaszcza jej zastoiny na tle niedomogi serca.

Zasada reakcji opiera się zarówno na mieszanii się barw, jak też i na utlenianiu się bilirubiny.

St. Luxenburg.

SCHULTEN. Określenie opadania ciałek czerwonych i znaczenie tego odczynu dla medycyny wewnętrznej. (Med. Klinik N. 4 1931).

Odczyn opadania krwinek został wprowadzony przez Fahrenusa już przed 10 laty, i ten okres czasu wystarczy do zdania sobie sprawy z wartości tego odczynu.

Odczyn polega na opadaniu ciałek czerwonych w płazmie, sztucznie utrzymanej w stanie płynnym, przyczem ciałka zlepiają się w mniejsze lub większe kulki. Skupianie się krwinek zdaje się zależeć od ich ładunku elektrycznego — ujemnego, podczas gdy koloidy surowicy posiadają ładunek dodatni. Pewien wpływ mają również i lipoidy surowicy. Ważne znaczenie ma, zarówno teoretycznie, jak i praktycznie, odpowiednie ustawienie rurki aparatu.

Badania wykazały, iż op. krwinek zachowuje się odwrotnie proporcjonalnie do ich liczby. Duża zawartość kwasu węglowego hamuje opadanie ciałek czerwonych, i dlatego należy unikać dużego ucisku ramienia przy pobieraniu krwi. Podobnie opóźnia odczyn duża zawartość kwasów żółciowych. Norma opadania wynosi u mężczyzn od 3—8, u kobiet od 5—10 mm. w ciągu godziny. Wahania dzienne i zmiany w okresie perjodów u kobiet są tak małe, że praktycznie nie wchodzi w rachubę.

Znaczenie odczynu w gruźlicy polega na tem, że

brak przyspieszenia opadania krwinek z dużym prawdopodobieństwem wyłącza czynną, względnie, postępującą sprawę. Odczyn powyższy nabiera specjalnego znaczenia, jako jedna z ważnych metod w rozpoznawaniu nacieków wczesnych. Co do wniosków, jakie można wyciągnąć z zachowania się odczynu op. krwinek w przebiegu gruźlicy, to naogół zdania są podzielone.

Opadanie ciałek czerwonych jest przyspieszone w kile w I i II okresie. W przebiegu chorób zakaźnych również spotykamy przyspieszenie odczynu, jedynie w durze brzuszny i paradurach otrzymuje się niskie, względnie prawidłowe cyfry. W rekonwalescencji powrót odczynu do normy odbywa się b. wolno, i dalsze badania w tym kierunku winny wykazać, jakie to może mieć praktyczne znaczenie w stosunku do leczenia.

W rozpoznawaniu nowotworów złośliwych nie przypisuje się dziś tak dużego znaczenia temu objawowi, jednak w przypadkach wątpliwych daje on nam pewne wskazówki.

W chorobach układu krążenia, w chorobach wątroby mamy b. zmienne wyniki. Marskość wątroby, kiła i zapalenie pęcherza żółciowego dają przyspieszenie opadania krwinek. Różniczkowanie zapalnych przewlekłych spraw stawowych i zniekształceń stawów, na zasadzie opadania ciałek czerwonych, wydaje się możliwe.

Najważniejsze znaczenie odczynu opadania polega na tem, że wyraźne przyspieszenie, przemawia za sprawą chorobową organiczną, a zadaniem lekarza jest odnalezienie jej źródła.

St. Luxenburg.

WINKLER. W sprawie stłumienia fizjologicznego przykręgowego między łopatkami. (D. m. W. N. 35. 1930)

Stłumienie między łopatkami ma wskazywać na cierpienie gruczołów okołoskrzelowych i okołotchawicznych.

Pogląd na tę sprawę nie jest jednolity, Autor sądzi, że takie stłumienie udaje się wykazać u ludzi zdrowych, łatwiej u młodszych, niż u starszych, przy silnem pochyleniu górnej części ciała, schyleniu głowy i zwisaniu swobodnem ramion. Zmniejszenie pochylenia pleców i napięcia kręgowo powoduje osłabienie lub zupełne zniknięcie stłumienia i naodwrot. Również skrzywienia klatki piersiowej zmieniają dane opukowe. Pewne znaczenie w rozpoznawaniu cierpienia gruczołów limfatycznych i otaczających tkanek można przypisać temu objawowi, jeżeli stłumienie nie zmienia się, względnie zmienia się b. słabo w różnych pozycjach badanego, jeżeli istnieje bolesność wyrostków kołczastych i okolic przykręgowych oraz jeżeli stłumienie między łopatkami jest tak samo intensywne, jak stłumienie na łopatce I w linii łopatkowej.

St. Luxenburg.

Choroby zakaźne.

BÜRGERS. Czy grozi niebezpieczeństwo z powodu błonicy? (D. m. W. N. 1. 1931.)

Jeżeli dokładnie przyjrzeć się statystykom śmiertelności na błonicę w Prusach w latach 1900—1929, to stwierdzimy spadek ich liczb (z 4,8 na 0,5^{0/0}). Zapadalność na błonicę jednak wzrosła. Wyniki rozważań wskazują na ogólną tendencję błonicy do wzrostu.

Ostatnie największe nasilenie epidemii bł. wypadło w Niemczech na lata 1849—1880, w Ameryce 1860—1881, poczem następował spadek do roku 1923. Wiadomości nasze, dotyczące wieku 16 i 17, są zbyt skąpe, abyśmy mogli przewidzieć zachowanie się błonicy w następnych 30 latach, które jednak tak wysokich cyfr nie powinno osiągnąć. Pomimo to lepiej przygotować się na gorsze, niż lepsze.

Metody walki z błonicą poddane były ostatnio daleko-

idącej krytyce. Dezynfekcja okazała się niewystarczająca dla zapobiegania szerzenia się choroby. Liczba zakażeń przez kontakt jest jednak niewielka i wynosi 8—13%, tak, że większość przypadków bł. są to zachorowania oddzielne

Wielkie znaczenie w zwalczaniu błonicy odgrywa współdziałanie społeczeństwa. Przy pierwszych objawach ze strony gardła rodzice winni oddzielić inne dzieci i natychmiast zwrócić się do lekarza. Ten winien postawić rozpoznanie na zasadzie objawów klinicznych i nie czekać na wynik badania bakteriologicznego, specjalnie zaś tam, gdzie konieczne jest natychmiastowe zastowanie surowicy. W ostatnich latach infekcje mieszane zdorządzają się w formie o wiele cięższej.

Należałoby też krytycznie osądzić sprawę uodparniania zapobiegawczego. Oprócz anatoksyny i preparatu T. A. F., metoda uodparniania zapomocą wcierania maści, czy to L ö w e n s t e i n a, czy innych preparatów, jest o wiele łatwiejsza do przeprowadzenia w praktyce i o wiele chętniej widziana przez publiczność, dlatego też ma przed sobą dużą przyszłość.

Żaden sposób uodpornienia nie daje absolutnej pewności i tylko wszystkie środki zapobiegawcze, razem wzięte, mogą przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności.

St. Luxenburg.

MEDEM. Doświadczenia przy stosowaniu w błonicy surowicy symbiotycznej. (D. m. W. N. 4. 1931.)

Specjalna uwaga, jaką poświęcamy obecnie błonicy, ma swoje uzasadnienie we wzmożeniu się liczby przypadków błonicy złośliwej, z czem ściśle się łączy sprawa stosowania dużych, względnie małych dawek surowicy. Te ostatnie są coraz częściej niewystarczające, i musimy przyjść do wniosku, że zmienił się obraz kliniczny błonicy, czego wyrazem jest również odmienny, niż dawniej, wygląd nalołów w gardle: naloły brudno-krwawe, silny obrzęk i prawie zawsze towarzyszące powiększenie gruczołów szyjnych.

Dotychczas nie mamy ujednostajnionych poglądów na zachowanie się paciorkowców. Nietylko w ciężkich, septycznych przypadkach, ale również w średnio-ciężkich przyjmować musimy symbiozę zarazków błonicy i paciorkowców, powodującą poważne zmiany, których dokładnie nie znamy jeszcze.

Obecnie zakłady wyrobu surowic w Saksonji wyrabiają surowicę symbiotyczną (Symbioseserum). Za materiał posłużyły hodowle drobnoustrojów, uzyskane z nalołów. Surowica ta ma służyć do stosowania zapobiegawczego i leczniczego niejasnych angin. Ma ona jakoby działanie o wiele silniejsze, nawet w formie nie skoncentrowanej. naloły o wiele szybciej znikają.

Autor nie widział tak pomyślnych wyników działania, być może, dlatego, że otrzymywano zawsze przypadki w b. ciężkim stanie, u których wstrzyknięcie surowicy następowało za późno. Z powodu małej liczby przypadków nie da się również wyciągnąć żadnych wniosków statystycznych.

St. Luxenburg.

BILLES. Przyczynę do leczenia koklusu olejkami eterycznymi (Aspasmon). (Med. Klinik N. 4 1931.)

Leczenie koklusu należy do najcięższych i najniebezpieczniejszych spraw dla lekarza praktyka. Środków, jakimi rozporządzamy, jest b. wiele, jednak skutecznie działających nie mamy, i z trudnością dają się one połączyć w pewne wspólne grupy.

Olejki eteryczne, otrzymywane za pomocą różnych metod z roślin, chociaż nie są pod względem chemicznym jednakowymi substancjami, posiadają pewne wspólne cechy. Główne działanie tych środków to porażenie mięśniówki gładkiej.

Od 2 lat autor stosuje z b. dobrym wynikiem, zarówno

w czasie napadu, jak i zapobiegawczo aspasmom, roztwór alkoholowy terpin o wysokim działaniu spazmolitycznym. W zależności od wieku i konstytucji podaje się 10-15-20 kropeł na cukrze.

Pomyślne wyniki zachęcają do dalszych prób.

St. Luxemburg.

Choroby dróg moczowych.

M. STAEMMLER. Powstawanie marskości miążdżycowej nerek. (Zieglers Beiträge pathol. Anat. T. 85, z. 1. 1930).

W 3 przypadkach marskości miążdżycowej nerek i w jednym wiądu nerki wskutek skrzepliny w pniu tętnicy nerkowej znalazł autor zupełnie niezmienione kłębuszki w miejscach nawet bardzo daleko posuniętego wiądu kanalików. Światło większych tętnic tego odcinka nerki zawsze było zwięzione przez zmiany miążdżycowe. Wbrew dotychczasowym poglądom autor stwierdza, że miążdżycowa większych tętnic powoduje początkowo wiąd kanalików I rzędu, zmiany w kłębuszkach zjawiają się później. Jest to zatem wiąd z niedostatecznego odżywiania, najprawdopodobniej wskutek zwolnionego prądu krwi.

W rozwoju marskości miążdżycowej nerek można więc odróżnić 3 okresy:

1. dobrze zachowane kanaliki i kłębuszki
2. wiąd kanalików, kłębuszki są niezmienione
3. wiąd kanalików i zmiany w kłębuszkach.

Pogląd ten dotyczy tylko marskości w miążdżycy większych tętnic.

K. Chodkowski.

GROSSMAN. Leczenie cierpień dróg moczowych zakwaszaniem moczu. (D.m.W. N. 52. 1930).

Zmiana oddziaływania moczu, jako metoda lecznicza ma głównie zastosowanie w dwóch cierpieniach dróg moczowych: w zakażeniu moczu i kamieniach moczowych. Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że zarazki, wywołujące zakażenie dróg moczowych są niezmiernie wrażliwe na zmianę kwasoty ich otoczenia, przyczem rozmaite ich rodzaje w różny sposób oddziałują na tę zmianę, jak również posiadają zdolność przystosowania się do nowych warunków, co stwarza konieczność częstej, okresowej zmiany oddziaływania kwaśnego i zasadowego moczu.

Zakwaszanie moczu, może być stosowane samo przez się, bądź też w połączeniu ze środkami dezynfekującymi, których większość właśnie działa dodatnio w tem środowisku. Dodatkowo przeprowadzona dieta i zmniejszenie ilości pobieranych płynów znacznie wzmacnia działanie tej metody.

Niepowodzenia, jakie tu mogą wystąpić, należy odnieść do specjalnej odporności zarazków, względnie do nieprawidłowości wydzielniczych nerek. Zdarzyć się może, że zastosowane leczenie nie będzie w stanie usunąć przyczyny choroby.

Podawanie kwasów po ustąpieniu napadów kolki nerkowej ma na celu przez usunięcie zakażenia, uniemożliwić tworzenie się świeżych złogów kamieni oraz wytworzyć warunki, w których fosforany ziem alkalicznych mogłyby ulec rozpuszczeniu.

Aby uniknąć wszelkich ubocznych działań, jakie spowodować może zakwaszanie ustroju, a zwłaszcza działania na żołądek, postanowiono wprowadzać kwasy wprost do dwunastnicy. W tym celu został wypuszczony preparat *acifact* (Fabryka Chemiczna Stroschein) w postaci drażetek po 0,5 gr, niepodlegający działaniu treści żołądkowej. Stosowanie 3x dziennie po 1-2 drażetek łącznie z zachowaniem diety (mięso, ryby, ryż, biały chleb) i ograniczeniem płynów do 3-4-1 l. wystarczy do osiągnięcia kwasoty moczu długotrwałej, równej Ph. 4, 8-5, 4.

W ten sposób leczono około 40 chorych z kamieniami w drogach moczowych i 50 chorych z zakażeniami dróg moczowych. Dla zwalczania zakażenia stosowano oprócz tego urotropinę i salol.

Acifact ma więc działanie skuteczne, umożliwia przeprowadzenie leczenia, zwłaszcza w przypadkach nadkwaśności, nie drażni żołądka.

St. Luxemburg.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Dr. jur. et med. Michel RUDOLF, a. o. Univ. Prof. u. Landesgerichtsarzt in Graz. *Lehrbuch der Forensischen Psychiatrie für Ärzte, Juristen u. höhere Beamte des Sicherheitsdienstes*. 1931. (Urban & Schwarzenberg. Berlin u. Wien).

Książka ta, przeznaczona dla lekarza i prawnika-praktyka, utrzymana jest w stylu jasnym i przystępnym, co stanowi niewątpliwie jej zaletę, jako podręcznika. Składa się ona z trzech rozdziałów: biologii przestępcy, psychiatrii sądowej i rozdziału końcowego, omawiającego działalność lekarza, jako znawcy, i odpowiedzialność sądową psychiatrii. Biologia przestępcy omawia podstawowe zasady kryminalistyki i psychologii kryminalnej. Główną część książki stanowi psychiatria sądowa. Tutaj zaletą książki jest bezsprzecznie omawianie w każdym rozdziale roli poszczególnej jednostki chorobowej w dziedzinie kryminalnej i ilustrowanie tego udziału przykładami sądowymi. Cztery ostatnie rozdziały tej części książki omawiają psychozy więzienne, udawanie (symulację) chorób umysłowych, stosunki pomiędzy chorobą umysłową a zbrodnią i rolę lekarza w zapobieganiu przestępstwom. Książka—jasno napisana i bezwzględnie pożyteczna.

Nelken.

■ Prof. E. BLEULER. *Lehrbuch der Psychiatrie*. (5 wyd. Berlin. Wydawnictwo J. Springera. 1931).

Naogół w całej książce pozostał obecny Bleuler z Zollikon pod Zurychem wierny tezie, jaką wygłosił w przedmowie do I-go wydania z przed lat kilkunastu, gdy królował w zakładzie psychiatrycznym Burgholzi, tezie, która głosi, iż psychiatria bez psychologii jestto patologia szczegółowa bez fizjologii, dobrym bowiem lekarzem może być tylko ten, który obejmuje człowieka *in toto* z jego somatyką i psychiką. Nie wiele straciło na słuszności twierdzenie, rzucone w dawnych wydaniach, że psychopatologia obecna podobna jest do mapy geograficznej mało znanego obszaru ziemi, gdzie ogrom białego lądu bez wytkniętych dróg oznacza kraje nie zaludnione i nie zbadane.

W głównych zarysach prześwieca i w tem wydaniu dawna systematyka Kraepelina, z teorii i z praktyki zrodzona. Słusznie autor podkreśla, że od chwili uknzania się ostatniego wydania z r. 1923 bardzo wiele się zmieniło w psychiatrii.

By nie powiększać zbytnio objętości podręcznika, wypadło skrócić zaprowadzić w części ogólnej, a ich kosztem rozbudować, uzupełnić i rozszerzyć część szczegółową. Najbardziej zmodyfikowany wypadł w części ogólnej rozdział o hallucynacjach i pseudohallucynacjach. Zarzuty, jakie robiono — nie bez słuszności — nie jasnej definicji schizoidji i syntonji, pojęć z nowszej patologji konstytucjonalnej usiłuje B. obalić.

Autor udziela nieco miejsca pojęciom, nowo wprowadzonym przez Kleista w sprawie psychoz pogranicznych (Randpsychosen) i wiele więcej miejsca nauce aktualnej o patologji zwojów podkorowych w zastosowaniu do psychiatrii klinicznej. Liczne prace z piśmiennictwa ostatniego dziesięciolecia, w związku z materiałem wojennym i powojennym będące, a omawiające stany psychiczne pourazowe i poencefalityczne,

wciągnął bardzo krytycznie prof. Bleuler w orbitę swych rozważań.

Nowe doświadczenia klinicystów w klinice i terapii toksykomanji—zwłaszcza morfinizmu i kokainizmu—zużytkowane zostały bardzo umiejętnie. Osobny dział reprezentują zewnątrzpochodne psychozy bredzeniowe i pokrewne im stany umysłowe.

Dawną presbyofrenję Wernickego i późniejszą chorobę Alzheimera opracowuje Bleuler słusznie w jednym rozdziale jako pokrewne sobie, a może nawet identyczne jednostki. Ze zbytnią pewnością siebie kreśli mongolizm jako dysglandulizm. Znacznie szerzej, niż w ostatnim wydaniu, traktuje Bleuler chorobowe stany reakcyjne, jak nerwice ogólne i narządowe, paranoje, psychozy urojeniowe i życzeniowe oraz wzorowo opracowaną przez Kretschmera jednostkę nozograficzną pod nazwą „sensitiver Beziehungswahnsinn”.

Że wciągnięte zostały w dziale psychopatogenetyki nowsza „Tiefenpsychologie” i dawny „freudyzm klasyczny” bez licznych dobudówek późniejszych, które B. mocno kwestjonuje, jest zrozumiałe i celowe.

W niektórych rozdziałach podręcznika poznać wyraźny i korzystny wpływ zapoznania się Bleulera z nowszym zbiorowym kilkunastotomowym „Handbuch der Geisteskrankheiten” Bumkego. (*Dementia senilis et praesentis*, psychopatje, psychozy syfilityczne).

W części sądowo-lekarskiej uwzględnione zostało na 60 stronicach prawodawstwo karne i projekty doń, obowiązujące w Niemczech, Austrii i Szwajcarii.

Przybyło 12 nowych rycin i krótka, nie wyczerpująca tabelka objaśnień wyrazów w psychjatrii używanych i z greckiego pochodnych. Powstaje mimowoli pytanie, dlaczego pominięte zostały *termini technici* łacińskiego pochodzenia, chyba nie przez zbytne zaufanie do znajomości łaciny u lekarzy, dawnych gimnazjastów-filologów z wykształceniem humanistycznym.

Nazwisk autorów i tytułów prac nie przytacza autor żadnych prócz klasycznych, ściśle i dawno związanych z literaturą neuropsychjatriczną i neuropsychologiczną.

Higier.

■ **Leitfaden der psychischen Hygiene.** Wydane przez profesora E. Stranskyego. Urban & Schwarzenberg (Berlin i Wiedeń 1931).

Mamy przed sobą podręcznik higieny psychicznej, opracowany przez szereg autorów pod egidą wiedeńskiego psychjatri Stranskyego. Jak wiadomo, sprawa higieny psychicznej należy do zagadnień niezmiernie aktualnych — w wielu krajach istnieją specjalne organizacje sprawie tej poświęcone, a w zeszłym roku odbył się pierwszy międzynarodowy zjazd w Waszyngtonie. To też podręcznik Stranskyego ukazuje się niezmiernie na czasie, tembardziej, że układ treści i opracowanie są umiejętne i dostosowane do potrzeb epoki, w której żyjemy. Wybór tytułów poszczególnych rozdziałów książki będzie najlepszą ilustracją rozległości zagadnień, związanych ze sprawą higieny psychicznej. Stransky omawia istotę higieny psychicznej, jej związki z psychopatologią i psychjatrią, z życiem seksualnym oraz z cywilizacją współczesną. Kogerer przedstawia naukę o nerwicach i psychoterapię oraz organizację opieki nad psychicznie zagrożonymi w krajach niemieckich. Taki znawca, jak Heller, omawia sprawy związane z wychowaniem, Polland mówi o eugenicie i socjologii, Gross o kryminalistyce, Noe-Nordberg o opiece nad alkoholikami, wreszcie parę rozdziałów porusza sprawy somatyczne, sport i higienę cielesną. Specjalne rozdziały, opracowane przez autorów odpowiednich narodowości, poświęcone są pracy nad higieną psychiczną w Ameryce i we Francji. We wszystkich rozdziałach znajdujemy cenne wskazówki i spostrze-

żenia oraz — co najważniejsze — jasny pogląd na sprawy zasadnicze i zrozumienie szczególnych trudności, wynikających z funkcjonowania układu nerwowego człowieka współczesnego w trudnych warunkach psychicznych i fizycznych. Z uwag krytycznych nasuwa się nadmierne przecenienie wartości i znaczenia rasy nordyjskiej (germańskiej) w porównaniu z innymi rasami w pracy Pollanda oraz niezrozumienie, jakie w rozdziale o wychowaniu wykazuje Heller dla zasadniczych odkryć psychoanalizy. Konserwatyzm tego zasłużonego autora jest tem dziwniejszy, że inni współpracownicy wiedeńscy, z których niejeden należał w swoim czasie do przeciwników psychoanalizy, dziś na stronicach tego właśnie dzieła uznają całkowicie ogromne jej znaczenie. Nie może zresztą być inaczej: tej właśnie nauce zawdzięczamy szczególnie głębokie zrozumienie czynności aparatu psychicznego i grożących mu niebezpieczeństw. To też pedagogika, która jest najlepszą profilaktyką zaburzeń neurotycznych i charakterologicznych, opiera się dzisiaj coraz mocniej na zdobycach psychoanalizy.

G. Bychowski.

Arris LINDAU. **Studja nad torbielą mózdkową.** (Acta pathologica. Monografia. Kopenhaga. 1929).

Arris LINDAU. **O różnych postaciach torbieli mózdkowych i ich leczeniu operacyjnym.** (Der Chirurg. Z, I. 1930 r).

W bardzo obficie ilustrowanej (73 rys.) monografii swojej autor szwedzki, zebrawszy imponujący ogromem odnośny materiał, dochodzi na głównych zarysach do wniosków następujących:

1) Torbiele mózdkowe, praktycznie nader ważne, nie są zbyt rzadkie, stanowią $\frac{1}{10}$ wszystkich nowotworów mózdku. Piśmiennictwo zna około 275, autor dodaje własnych 27 przypadków.

2) Większość opisana jest jako torbiele przynowotworowe, mniejszość jako samoistne.

3) Pierwszy rodzaj jest przeważnie dwojakiego rodzaju, występuje w glejakach i w guzach angioplastycznych (*angioma capillare*).

4) Te ostatnie posiadają cechy swoiste: są drobne, ściśle ograniczone, leżą korowo lub podkorowo, głównie w tylnobocznej części mózdku. Budowa drobnowidzowa ustala: naczyniaki włosowate, hiperplastyczne z licznymi komórkami żółtawymi (*Pseudoxanthomzellen*), z komórkami olbrzymimi (*Riesenzellen*) i przesiękiem plazmatycznym.

5) Tego typu torbieli zebrał autor z piśmiennictwa 24 i dodał własnych 16 (pomijając 4 z siedliskiem opuszkowem) przypadków mózdkowych.

6) Glejaki w torbieli są różnorakiej wielkości, oraz lokalizacji grzbietowo-przyśrodkowej obok robaka.

7) Ściana torbieli składa się z tkanki glejowej bez pokrywki wyściółkowej, ependymalnej.

8) W $\frac{1}{5}$ przypadków *angiomatosis retinae* czyli choroby Hippela stwierdza się objawy mózdkowe, zależne od takich właśnie torbieli angiomatycznych mózdku.

9) W jednym przypadku autora *angiomatosis retinae* ustalono na sekcji jednocześnie *angioma capillare et cystis cerebelli*.

10) *Angioma oblongatae aut medullae spinalis* prowadzi nieraz również do jam torbielowych, symulujących syringomyelię.

11) Są przypadki angiomatozy rozlanej, obejmującej siatkówkę, *rhombencephalon* i rdzeń, autor przytacza 6 z piśmiennictwa i 9 własnych (które nb. później otrzymały w piśmiennictwie nazwę choroby Lindaua. Ref.).

12) Jako *matrix angiomatosis rhombencephali* uważać należy embrjonalną „Gefässmesendymplatte” dna 4-ej komory

13) Wszystkie te guzy należy sprowadzić do zaburzeń mezenchymy, w 3-m miesiącu życia zarodkowego powstałych.

14) Często towarzyszą również zarodkowe torbiele nerki, trzustki, nadnercza.

15) *Angiomatosis diffusa* układu ośrodkowego zaliczyć wypada do tejże grupy, co *sclerosis tuberosa*.

16) Torbiele, komunikujące się z 4-tą komorą, należy uważać za jednolitą grupę, biorącą początek od jam z preformacją wrodzoną, co zaś do „samoistnej” torbieli, i t. d. jej geneza jest ciemna.

17) Naczyniak przyścienny, choćby minimalny, jest zawsze pierwotny, torbiel zaś jest wtórną, przez guz uwarunkowaną.

18) Taż sama geneza zdaje się mieć miejsce w torbielach z glejakiem.

19) Wahania w obrazie klinicznym, sztywność karku, objaw Lasègue'a i skąpe objawy ubytkowe ze strony mózdku kierują uwagę w stronę torbieli mózdkowej.

20) Przy operacji usunąć należy nie tylko płyn torbielowy, ale i ścianę oraz guzowatość jej.

Tak brzmią wyniki dużej monografji Lindaua, ogłoszonej w *Acta pathologica Skandynawji*. W późniejszej pracy, ogłoszonej niedawno w „Chirurgu” niemieckim, modyfikuje autor nieco wnioski swoje, korzystając z wzbogacenia się własnego doświadczenia i z materiału obfitego szkoły amerykańskiej Cushinga, Baileya i Dandyego. Lindau podaje w wątpliwość istnienie grupy samoistnej i postępującej torbieli mózdku bez jednoczesnego guza ściany i uważa, że płyn nie jest skutkiem rozpadu zwyrodniałego guza, lecz że guz i płyn są to zjawiska skoordynowane i że płyn przez wyśięk z mocno unaczynionego guza się wytwarza. $\frac{2}{3}$ guzów torbieli mózdkowej stanowią glejaki, reszta naczyniaki. Ścisłe rozróżnia autor 2 rodzaje angiomatów: a) rozlane rozszerzenie naczyń (*telangiectasis arteriosa s. venosa*) z glejem między naczyniami rozsiąnym, angiomatozę, przez obfite krwotoki nadająca się do podwiązania, nigdy zaś do ekstyrpacji i b) guzy naczyniowe, hemangioblastomaty, mezenchymomaty, rodzaj *naevi vasculares* mózgu, potworniaki dysontogenetyczne, bez gleju między naczyniami, dające się dobrze i pomyślnie usunąć na drodze operacyjnej, nawet, gdy wyjątkowo nie są połączone z torbielą.

Angiomatosis retinae, w oftalmologii chorobą Hippela zwana, której 50 przypadków zna piśmiennictwo, nasuwać musi zawsze myśl o rozlanej angiomatozie ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza, gdy się przyłączają objawy mózdkowe, i odwrotnie, niejasne objawy tylnoczaszkowe przy charakterystycznym dnie oka nasuwać winny też samą myśl.

W $\frac{1}{3}$ przypadków ta choroba jest rodzinna, rzadziej dziedziczna, co również ułatwia rozpoznanie. Wyjątkowo punkcja torbieli z następczem wlewaniem masy kontrastowej uwydatnia na radiogramie torbiel. (Słuszna jest uwaga Cushinga co do analogji między tą chorobą Lindaua a chorobą Recklinghausena, jedna i druga może być rozlana i umiejscowiona: izolowany nerwowłókniak n. słuchowego w kącie mostowo-mózdkowym jest odmianą choroby Recklinghausena czyli ogólnej neurofibromatozy, jak izolowany angiomat siatkówki jest odmianą choroby Lindaua czyli rozlanej angiomatozy. Ref.).

Higier.

Medycyna Sądowa

MACHT. Zawodowe zatrucie kwasem arsenowym. (Sammlung von Vergiftungsfällen. Band I.)

Wskutek pęknięcia balonu, zawierającego kwas arsenowy, duża ilość tej trucizny dostała się na nogi pewnego ro-

botnika, przytem obuwiu i pończochy zostały nią przesiąknięte. Człowiek ten pracował dalej, wieczorem zaś po powrocie do domu poczuł się niedobrze: wystąpiło ściskanie w gardle, wymioty, osłabienie i rozwolnienie. W następnych dniach stan się znacznie pogorszył, wystąpiły drgawki i śpiączka (*coma*) (w dwa dni po wypadku), która trwała aż do śmierci na 7 dzień od chwili zatrucia. Przy oględzinach zwłok znaleziono wybitne przekrwienie przewodu pokarmowego, zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, nerek i śledziny, białko w moczu. Przy badaniu chemicznem wątroby, nerek i śledziny znaleziono tylko ślady arsenu. Przypadek opisany jest ciekawy, gdyż niezwykła była droga wprowadzenia trucizny — przez skórę, i wreszcie — znalezienie tylko minimalnej ilości arsenu w narządach, chociaż śmierć bez wątpienia nastąpiła wskutek zatrucia tą trucizną.

W. D.

LIEBERMEISTER. Masowe zatrucie arsenikiem. (Samml. v. Vergiftungsfäll. Bd. I.)

W pewnej fabryce 53 robotników uległo zatruciu arsenikiem wskutek spożycia kawy, przyrządzonej na wodzie, zawierającej, jak wykazało badanie, ok. 0,3 arsenu na 100 cm³ wody. Objawy zatrucia polegały na mniej lub więcej wybitnej zapaści, silnych wymiotach, zaczerwienieniu gardła. Natychmiast zastosowano płukanie żołądka, podano mleko i łyżeczkami sproszkowaną kredę, u wszystkich zatrutych zastosowano lawatwy z liści senesu. Autor oblicza, że każdy z robotników zażył 10 krotnie większą dawkę arsenu, niż przeciętnie śmiertelna, brak zaś przypadków śmierci tłumaczy tem, że wskutek silnej koncentracji trucizny natychmiast wystąpiły objawy zatrucia, co umożliwiło energiczną i skuteczną akcję ratowniczą.

W. D.

BAADER. Zatrucie arsenikiem przy zwalczaniu z latawca szkodników na polach. (Samml. v. Verg. Bd. I.)

Od kilku lat zaczęto niszczyć na polach liszki i gąsienice rozmaitych szkodników w ten sposób, że z latawca część pola wzg. lasu zostaje obrzucona silnie działającym preparatem arsenikowym. W pewnym przypadku pilot rozrzucał na polach preparat arsenowy — połączenie arsenu z węglanem wapnia (*Arsencalciumcarbonat*) w ilości kilku tysięcy kilo, przytem przy zrzucaniu tegoż tworzyły się obłoczki trującego gazu, który był wdychany przez pilota, gdyż jego maska nie była dobrze uszczelniona. Wkrótce wystąpiło rozwolnienie, chrypka, suchość w ustach, napady bolesnego kaszlu, bolesność przy przelatywaniu, bóle w łydkach i t. p. Wskutek wspomnianych dolegliwości pilot ten przez pół roku nie był zdolny do pracy. Obecnie został już skonstruowany specjalny samolot do rozrzucaenia trutek po polach, co na przyszłość zabezpieczy personel od podobnych zatruc.

W. Grzywo-Dąbrowski

DÖRLE i ZIEGLER. Zatrucia arsenem przy stosowaniu środków, używanych do niszczenia pasorzytów roślinnych. (Samml. v. Verg. Bd. I.)

W okolicy Freiburga były przez pewien czas stosowane rozmaite środki w postaci rozpylań w celu niszczenia pasorzytów roślinnych, jak *noprosen* (4, 4 proc. arsenu), *zieleń uranowa* (54 — 56 proc. kwasu arsenowego) i t. p. U robotników, zatrudnionych przy tej pracy, wystąpiły zaburzenia o charakterze zatrucia arsenikiem typu ostrego i przewlekłego: już podczas pracy zjawily się silne bóle głowy, nudności, uczucie palenia w oczach, nosie, szyi i gardzieli. Po paru godzinach dołączyły się gwałtowne wymioty, rozwolnienie i katar. Dolegliwości te ustępowały po 2 — 3 dniach, z wyjątkiem

pieczenia i stanu zapalnego oczu, pozatem zjawilo się silne zmęczenie, niezdolność do pracy, a niekiedy i brak apetytu. Po kilku tygodniach występowało pocenie się wewnętrznej powierzchni rąk i stóp, na kończynach tworzyły się pęcherze, na skórze przy najmniejszym zranieniu — trudno gojące się owrzodzenia. Pozatem zjawiały się ciągnące bóle w członkach, szybkie męczenie się, obojętność, apatja, niemoc płciowa. Wszyscy ci robotnicy dziennie wypijali 9 litrów i więcej wina, co spowodowało osłabienie odporności ich organizmu. Jest ciekawe, że ani we włosach, ani w moczu chorych nie znaleziono wcale arszeniku.

W. Grzywo — Dąbrowski.

OPPENHEIM. Zatrucie arszenikiem, spowodowane farbą ze ściany. (Samml. v. Verg. Bd. I.)

U 52 letniej kobiety na skórze prawie całego ciała wystąpiło zaczerwienienie, obrzęk, pozatem tu i owdzie — liczne czerwone guzki i blaszki, częściowo wybitnie się łuszczące; twarz była blada, włosy łatwo dawały się wrywać, w nocy występowało wybitne swędzenie skóry; we krwi — lekka leukocytoza, w moczu — białka i *pro mit.* Sypialny pokój chorej był pomalowany żółtą farbą, w której przy badaniu znaleziono dużą ilość arszeniku, wszystkie zaś opisane zmiany i objawy były skutkiem przewlekłego zatrucia tą trucizną. Autor wspomina o drugim podobnym przypadku, dotyczącym pewnego szewca, który uległ śmiertelnemu zatruciu wskutek tego, że pracował ze skórą, pomalowaną na zielono barwnikiem, zawierającym arszenik, pracownia zaś jego była pomalowana zieloną farbą, również zawierającą dużą ilość arsenu.

W. Grzywo — Dąbrowski.

HOLZKNECHT. Zawodowe zatrucie arsenowodorem. (Samml. v. Verg. Bd. I.)

Pewien robotnik pracował przy odlewach z cynku, który zawierał ślady arszeniku. Po dwuletniej pracy wystąpiły silna ociężałość, złe samopoczucie, zawroty, bóle głowy, żółciowe wymioty, w moczu — białko, krew i t. p. Po przeprowadzeniu

kuracji w szpitalu chory się poprawił. W moczu znaleziono 0,3 arszeniku na 1400 cm. sz. We włosach i paznogiach — ślady arszeniku. Autor zwraca uwagę, że w tym przypadku zatrucie arszenikiem nastąpiło nie przy zadziałaniu kwasów na metale, zawierające arszenik, jak to zwykle się zdarza, gdyż wydziela się wtedy arsenowódór, lecz przy odlewaniu metalu.

W. Grzywo — Dąbrowski.

STRAUB. Śmiertelne zatrucie fosforowodorem. (Samml. v. Vergiftungsfäll, Bd. I.)

Pewien robotnik, pracując z acetylenowym aparatem do spajania metali, nalał wody na karbit, co spowodowało wydzielenie się acetyleny, zanieczyszczonego fosforowodorem, który jako gaz bardzo trujący w małych nawet koncentracjach może spowodować śmierć. Ten robotnik, czując się źle, pracował jednak na drugi dzień, skarżył się przy tem na duże zmęczenie i pragnienie. Po dwóch dniach położył się do łóżka; wystąpiła sztywność mięśni, drgawki, przypominające tetaniczne, silne bóle mięśniowe, pragnienie; przytomność aż do śmierci była zachowana, zejście wystąpiło w 50 godzin od czasu zatrucia. Przy oględzinach zwłok i przy badaniu chemicznym narządów ciała nic szczególnego nie znaleziono.

W. Grzywo — Dąbrowski.

JAKOBI. Samobójcze zatrucie zielenią schweinfurtską. (Samml. v. Verg. Bd. I.)

Pewien 20 l. mężczyzna w celach samobójczych zażył ok. 1300 gr. zieleni schweinfurtskiej, zawierającej 20 proc. arszeniku. Śmierć nastąpiła w 2 i pół godziny po zatruciu. Przypadek jest ciekawy z tego powodu, że została zażyta ogromna ilość arszeniku, co spowodowało ogólne osłabienie napięcia ścian naczyń: spadek ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna, prawie zupełny bezmocz i t. p.

W. Grzywo — Dąbrowski.

Wskazówki praktyczne

F. V. Novak poleca *Polonium* do stosowania w medycynie. Dobre wyniki dają naświetlania *znamion, telangjektazyj, obfitego uwłosienia*. Nadają się także do tego leczenia nabłoniaki u rentgenologów. W kilku przypadkach toczenia oraz raka, na tle toczenia powstałego, otrzymał N. doskonałe wyniki. (Czas. lek. cesk. 1930 Nr. 36).

—o—

E. Trautmann z powodzeniem stosował nowy przetwór bromowy — *Multibrol*. Lek ten jest dobrze znoszony, a działanie uboczne bromu ma być znacznie słabsze. (M. m. W. 1931 N. 2)

—o—

Domatrin, kombinację domoponu (zespół alkaloidów makowca) z nowatropiną, poleca K. Müller jako środek przeciwbólowy w kardjalgjach, kolce żółciowej i nerkowej, napadach stenokardycznych oraz przeciwko potom nocnym. (W. m. W. 1930 N. 47).

—o—

Jako *środek odżywczy* w gruźliczych zapaleniach stawów u dzieci i dorosłych oraz w okresie zdrowienia po wyczerpujących chorobach dobre wyniki ma dawać, zdaniem K. Reittingera, *Heliosan* (fabr. Cenovius w Monachjum) naświetlany przetwór drożdżowy z dodatkiem słodu. Waga chorych szybko się podnosi, zawartość hemoglobiny we krwi wzrasta. Dzięki kwaskowatemu smakowi lek ten jest chętnie zażywany. (M. m. W. 1930 N. 44)

—o—

Meyer zwraca uwagę na możliwość występowania *objawów mocznicy* (azotemja, bezmocz, a nawet drgawki) w przebiegu *uporczywych wymiotów*, bez jakichkolwiek zmian w nerkach. Insulina, dekstroza i płyn fizjologiczny natychmiast usuwają wspomniane objawy. (Kl. Woch. 1931 N. 4)

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 16 grudnia 1930 roku.

Obecnych członków Towarzystwa 24, wprowadzonych gości 24.

Początek o godzinie 8-mej punktualnie.

1. Protokół z dnia 9.XII 1930 r — przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3. Kol. M. Goldbaum wygłosił odczyt p. t. „*Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gościca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi cutivacciny Paula*” (z pokazem chorych). (Streszczenie własne).

Prelegent zaczął swój wykład od przedstawienia 4-ch chorych, leczonych z zupełnym powodzeniem szczepionką Paula w Warszawskiej Kasie Chorych. Pominąwszy dla braku czasu całą teorię gościca i dny, poruszył prelegent tylko pokrótce sprawę klasyfikacji gościca, jako sprawy niezmiernie doniosłej w nauce, gdyż wszelka klasyfikacja chorób, pozostając w ścisłym związku z ich patogenezą, posiada wielką doniosłość pod względem rokowania i leczenia.

Prelegent przeciwstawia się wszelkim próbom utworzenia klasyfikacji nowej, bardziej złożonej, niż dotychczas przyjęta — acz niezupełnie zadawalająca — ponieważ dotąd nic pewnego o istocie gościca nie wiemy. Dopiero przyszłe badania, oparte na systematycznej zbiorowej pracy wszystkich krajów, mogą rzucić jasne światło na tę sprawę.

Materiał, omówiony przez prelegenta, składał się z *polyarthritidis rheumatica chronica, arthritidis urica, arthritidis deformans, myalgiae, ischias, omarthritidis, polyneuritis postdiphtherica, neuritis n. ulnaris postanginosa, neuralgia n. trigemini, neur. intercostalis i tabes dorsalis*.

Ogółem autor osiągnął na 309 przypadków — 15% wyleczeń, 77% znacznych popraw i 8% pozostało bez poprawy. Przypadków z przedwczesnym przerwaniem leczeniem (52 przyp.), prelegent nie wziął wcale pod uwagę.

Wyliczywszy główne prace z piśmiennictwa obcego i wszystkie, jakie się ukazały w języku polskim (wszystkie w Warszawie), prelegent podniósł wielką skuteczność i zarazem zupełną nieszkodliwość szczepionki Paula, której regeneracyjne działanie rozciąga się i na zwierzęta. Kilka poważnych prac lekarzy weterynaryjnych z Wiednia ukazało się ostatnio w druku.

4. Kol. Filiński. W związku z odczytem wspomina okres sprzed laty dziesięciu, w którym szeroko stosowano leczenie bodźcowe w bardzo licznych cierpieniach. Leczenie cutivacciną należy rozpatrywać, jako odmianę leczenia bodźcowego. Mówca wspomina o badaniach własnych, dotyczących zachowania się morfologicznego obrazu krwi w związku z leczeniem bodźcowem. Zgodnie z mechanizmem działania środków bodźcowych, po pierwszym zastosowaniu powinno wystąpić pogorszenie sprawy miejscowej; prelegent zaś w swoich przypadkach objawu tego wielokrotnie nie spostrzegął.

Kol. Chmielewski uważa, iż prelegent zapstrzeżuje się na działanie cutivacciny zbyt optymistycznie. Istnieje znaczna liczba przypadków, które tego rodzaju leczeniu się nie poddają. Przypadki takie są opisane w literaturze obcej. Mówca również ma w swej obserwacji dość liczne niepowodzenia. Bardzo często poprawa u chorych występuje w związku z porą roku. Mówca uważa, iż jedynym składnikiem działającym cutivacciny jest tuberkulomucyna. Obecnie należy już nie wysuwać na pierwszy plan przypadków, uwieńczonych powodzeniem; należy raczej zwrócić uwagę na przypadki odporne na lecznicze działanie szczepionki i przyczynę tej oporności poddać zbadaniu. Ważna jest opinia kliniki; jeden przypadek, klinicznie opracowany, wart jest więcej, niż znaczna liczba ambulatoryjnych.

Kol. Orłowski W. Słusznie kol. Filiński stwierdza związek z leczeniem bodźcowem. Mówca zaś, słuchając wywodów prelegenta, nie może się oprzeć narzucającej się analogii z wynikami leczenia, podawanymi przez znachorów. Ambulatorjum bowiem, gdzie odgrywa rolę wzajemna sugestja chorych oraz ze strony lekarza, nie nadaje się do przeprowadzania tego rodzaju badań. Poza tem chorzy, jak to widać z historii chorób, otrzymywali leczenie pomocnicze w postaci atofanu, diuretyny, diplosalu, veramonu i innych. Istnieje dość często rozbieżność pomiędzy danymi, przytoczonymi przez prelegenta, a zawartymi w historjach chorób oraz podawanymi przez samych chorych. Na jakich danych prelegent opiera rozpoznanie swoich 27 przypadków „czystej skazy moczanowej”?

W warunkach pracy prelegenta stawianie ścisłych rozpoznaw jest niemożliwe. Co się tyczy opinii klinik, to w obecnym czasie, przy zbyt małej liczbie łóżek, jaką posiadają kliniki, jest niepodobniestwem przeprowadzanie badań chorych z przewlekłymi cierpieniami stawowymi. Stanie się to możliwe dopiero po uruchomieniu specjalnych oddziałów dla tego rodzaju chorych, które będą podporządkowane klinikom wewnętrznym uniwersytetów.

Kol. Goldbaum. To, że cutivaccina oparta jest na leczeniu bodźcowem, schodząc obecnie z widowni, nie może dyskwalifikować leczenia cutivacciną. Najbardziej miarodajna jest wymowa faktów, które są oczywiste. Środki kojące ból prele podawał tylko łącznie z pierwszym szczepieniem, później zaś tylko wtedy, gdy obawiał się obostżeń. Jeżeli prelegent leczył osobnika kiłowego cutivacciną, to czynił to wtedy, gdy był przekonany, że pacjent cierpi jednocześnie na gościec. Równocześnie osobnik taki przechodził leczenie przeciwiłkowe.

5. Po dwuminutowej przerwie i opuszczeniu zebrania przez gości, kol. Prezes przedstawił wniosek Zarządu o organizacji wyborów Władz Towarzystwa na rok 1931 (Uchwała Zarządu z dnia 9 grudnia 1930 roku). Sprawa organizacji wyborów Władz Towarzystwa.

Na wniosek kol. Prezesa uchwalono:

W celu ułożenia listy kandydatów Władz Towarzystwa powołuje się w grudniu każdego roku Komitet, składający się z tych członków Towarzystwa, którzy są kierownikami oddziałów szpitalnych, klinik i wogóle zakładów naukowych. Z członków Zarządu Towarzystwa mogą brać udział w Komitecie tylko dożywotni. Te instytucje, na których czele stoją członkowie Zarządu, mogą być reprezentowane przez innych członków Towarzystwa, pracujących w odpowiednim zakładzie. Powyższy Komitet ma prawo kooptowania innych członków Towarzystwa.

Ustalona przez Komitet lista kandydatów do Władz Towarzystwa zostaje przedstawiona na posiedzeniu Wyborczym Towarzystwa.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Kryński i Grzanowski, podkreślając słuszność i celowość wniosku. Zebranie Komitetu Wyborczego naznaczono na dzień 22 grudnia 1930 r.

Posiedzenie zakończono o godzinie 10 min. 20.

Prezes:
Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny:
Jan Roguski.

Związek Przeciwweneryczny.

Posiedzenie Zarządu z dnia 19 grudnia 1930 r.

O b e c n i :

Prof. Franciszek Krzysztalowicz
Dr. Jan Adamski.
Doc. Dr. Gustaw Szulc,
Dr. Henryk Szczodrowski,
Dr. Leon Wernic,
Dr. Jerzy Reise
Dr. Wiktor Borkowski.

- 1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 7 listopada 1930 r.
- 2) Uchwalono podnieść składkę członkowską dla Magistratu miasta Stryja do 100 zł. na r. 1931.
- 3) Uchwalono zwrócić się listownie z prośbą o; wpłacenie składek członkowskich do tych członków Związku Przeciwwenerycznego którzy nie wpłacili składek za r. 1930.
- 4) Sekretarz zdał sprawę z delegacji do Torunia, Gdyni i Skierniewic.
- 5) Uchwalono przyjmując do Związku Towarzystwo „Polski Czerwonoy Krzyż”.

Sekretarz:
(—) Dr. W. Borkowski.

Przewodniczący:
(—) Prof. Fr. Krzysztalowicz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na styczniowym posiedz. tow. biolog. w Paryżu (Pr. méd. № 9) Levaditi i Li Yuan Po zdawali sprawę z dalszej serii swych doświadczeń nad *wapniejącem działaniem naświetlanego ergosterolu na zmiany gruźlicze*. Poprzed-

nie ich badania wykazały, że podawanie do wewnątrz ergosterolu w dawkach nietrujących powoduje silne zwapnienie zmian gruźliczych w jądrach, płucach i wątrobie. Wówczas szczepiono uprzednio królikom żywą hodowlę prątka gruźliczego. Obecnie powtórzono próby z ergosterolem u królików, którym wstrzykiwano do jąder zabite hodowle prątka gruźliczego. Wyniki były te same, co dowodziłoby, że żywotność zarazka gruźliczego nie jest warunkiem niezbędnym do wytworzenia się zmian wapniejących w tkance gruźliczej.

Bertoye na posiedz. stycz. tow. lek. szpitali ługduńskich (Pr. med. № 9) zwraca uwagę na świetne wyniki *stosowania insuliny u niemowląt źle odżywionych*. W ciągu miesiąca zastrzykiwano insulinę co 2 dni. Dzieci pod wpływem insuliny bardzo przybierały na wadze. Bardzo być może, że przyczyną tego było lepsze zużytkowanie węglowodanów.

Breton (północnofranc. tow. lek. — Pr. méd. № 9) zastosował w jednym przypadku *powikłania wywołanego dopełnieniem odmy sztucznej acetylcholinę*. Objawy polegały na prawostronnem porażeniu bez objawu Babińskiego, z niemotą i ruchami drgawkowymi górnych kończyn i lewej dolnej. Natychmiast po wystąpieniu tych objawów zastrzyknięto dożylnie bardzo małą dawkę acetylcholinę, a wkrótce potem domięśniowo jeszcze 0,4 acetylcholinę i 1 cm. morfiny. Leczenie to powtarzano w ciągu 3 dni; drgawki ustąpiły szybko, wszystkie zaś objawy ustąpiły w ciągu 3 tygodni.

Couvy i Popow zalecają ponownie (Paryska Akad. Lek. — Pr. méd. № 11) *dożylnie wprowadzanie 1 gr. salicylanu sodu w rozcieńczeniu 1:30 w przypadkach zapalenia płuc*, powtarzając je 1—2 razy dziennie.

O d c i n e k

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego
(Kierownik: profesor W. Grzywo-Dąbrowski)

Listy samobójców.

Podąła

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA (Warszawa).

(c. d. p. Nr. 9).

Pozwolę sobie teraz omówić te przypadki, w których samobójstwo zostało spowodowane przez śmierć osoby, ukochanej nadewszystko. Przyczyna, która tu działa, w chwili danej jest rzeczywiście w grozie swej nieubłagana, żadnej nadziei na lepsze jutro nie zostawia. Lecz śmierć porywa ofiary swe bez wyboru, nie oszczędza nawet parjasów życia, chwyta nawet tym, dla których cierniem i grudą żywot się ściele, istoty, które były jedynym ich szczęściem, jedynym promieniem w szarem, smutnym ich życiu. I cóż? Pozbawieni nieraz w ten sposób jedynej racji istnienia, żyją jednak, bo... muszą. Czyżby zatem w duszy tych, co z powodu straszliwej pustki, jaką czują wkoło siebie i w sobie, gdy grób zamknął istotę, nad wszystkie inne drogi rwą nic swego życia znajdował się jakiś specjalny podkład, może to, co wieje ze śpiewanej niegdyś w Moulin Rouge piosenki „Moulin rouge, moulin rouge, dis, pour qui tu mouds ton grain? pour l'amour ou pour la mort?” Zaznaczę jednak, że, mojem zdaniem, podkład ten nie musi być z konieczności rzeczy cechą anormalną. Oto krótki list, zaadresowany do władz policyjnych, nie wykazujący nic, coby nasuwało tu jakieś podejrzenia:

„Popełniłam samobójstwo z premedytacją, a bardzo kochałam męża, abym mogła żyć bez niego“.

Gdy kobieta list ten pisała, minął już dłuższy okres czasu od śmierci jej męża, wyraz „premedytacja” usuwa przypuszczenie chwilowego nastroju. Nasuwa się jednak myśl, czy rzeczywiście jedyną przyczyną samobójstwa tej kobiety było to, że zbyt silnie kochała męża, czy nie zawiń tu brak powściągu i opanowania, które są pierwszym warunkiem przetrwania ciężkich chwil życia, co się często w rozmaitych sytuacjach spotyka i doprowadza do groźnych nieraz następstw?

Inne uwagi nasuwają się przy czytaniu listu młodej dziewczyny (prostytutki), która na wieść o beznadziejnej chorobie narzeczonego, w przedwczesnej rozpacz z powodu grożącej mu śmierci, za pomocą trucizny pozbawia się życia.

„Z powodu tego, że ja kocham Janka, dłużej żyć nie mogę, bo ja jestem jego. Dłużej żyć nie mogę. Tak dużej krzywdy niewinna. Żegnam was wszystkich“.

Ból wygnał wszelką nadzieję, wprowadził zamęt do zrozpaczonego mózgu, w którym świdruje tylko myśl straszliwa: jego nie będzie. Nie może więc czekać, bo bólu jej nie głuszy na chwilę nawet myśl, że jeszcze nie wszystko stracone. Mała kartka pożegnalna roi się od błędów (ortografii nie zachowałam), a słowa: „tak dużej krzywdy niewinna” rozumieć należy: nie zasłużyłam na tak ciężką krzywdę.

Przed chwilą powiedziałam, że śmierć, w grozie swej nieubłagana, nie pozostawia osieroconemu żadnego cienia nadziei. Jest jednak coś, co się jej niszczycielskiej sile ostać potrafi, jest to wspomnienie. Prawda, może ono szarpać krwawym bólem, być raną piekącą, może doprowadzić do szału, kazać szukać śmierci, jako wybawienia... Jeśli jednak najpotężniejszy ze wszystkich lekarzy, czas, ześle ukojenie, wspomnienie, pozbawione ostrości bólu, nie przeszkodzi rozsądkowi wziąć następnie góry i myśl: „nędzarzem jestem” nasunie inną: byłem moczarnym, wszystko ma swój kres, skończyć się musi... Więc też straszniejsze chyba katyże przechodzi ten, na kogo oczy, umiłowane nad wszystko w świecie, zaczynają spoglądać obojętnie, a czasem nawet wrogo. Trzeba o głowę całą przerosnąć tłum, by zachować spokój i rezygnację po stracie podobnej. Bo do bólu wspomnień dołączmy się straszliwa wątpliwość, czy nie było kłamstwem to, co w snach cudownych na jawie zostało prześnione, czy nie złudnemi blaski mieniły się barwy tęczowe, w jakie miłość postać ukochaną spowiła. Oto zmęczony straszną a bezowocną pracą mózg spocznie na chwilę. Zbudzi się do ponownych cierpień, gdy zazdrość, ten najwierniejszy towarzysz opuszczonego, kły koło serca zaciśnie. Urażona miłość własna potęguje cierpienie.

Być może, są to natury o wrażliwości, granice normy przekraczającej, lecz czy jest rzeczą łatwą mówić o normie w sferze uczuć? Dla istot podobnych życie łatwiej, niż to się dzieje zazwyczaj, może stać się torturą, wyzwolenie wtedy ukaże śmierć. Osoby o podkładzie bardziej egoistycznym starają się przed swą śmiercią odebrać życie temu, kto był przyczyną ich męczarni, inni odchodzą samotnie.

„Kochana Marto, ja przez ciebie życie tracę i przez ciebie życie kładę i przez ciebie warjacji dostał. Kochałem ciebie, a że ty mnie już nie kochasz, to trudno, przez ciebie życie tracę, przez ciebie zwarjowałem. O ile mnie nie pochowasz ładnie, przyjdę i ciebie uduszę, bo będę do ciebie chodził tak samo, jakem chodził za życia“.

List ten jest jasnym dowodem, że podobne typy spotykać można niezależnie od środowiska.

Zdeptana miłość, którą odczuwa boleśnie zarówno sercem, jak i ambicją młody żołnierz, zdradzony na dni kilka przed ślubem, stanowi dla niego tak straszny wstrząs, że zachwiał on, a właściwie złamał śmiertelnie to wszystko, co z życiem łączyło nieszczęśliwego. List, a raczej listy, które przytoczę za chwilę w całości, świadczą o rozpacz i uczuciu miłości, a słowa ostatnie, które, acz później zostały napisane, pomieszczam przed listem, wykazując zranioną ambicję i dyszą zemstą oraz zazdrością.

„Nie ginę dla serca wstrętnej kobiety, lecz dla uniknięcia wstydu i hańby. Ach, podła kobieta, nigdy ci tego nie przebaczę, jeżeli pokochałaś innego i pragniesz żyć. A tylko wtenczas będziesz miała przebaczenie, jeżeli będziesz żyć samotna na tym świecie. A tak niech cię dręczą wyrzuty sumienia za wyrządzoną mi krzywdę.“

Wzrastający stan duchowy udręki, niepewności, rozpacz, zupełnego zwątpienia w możliwość szczęścia, podrażnioną ambicję nakoniec wykazują wymienione przed chwilą listy.

„Zochol!!!

Po przeczytaniu otrzymanego listu od ciebie doszedłem do wniosku, że chcąc dać odpowiedź na niego, nie wystarczy na to kawałek papieru listowego. Ja więc po dłuższym namyśle zabrałem się do wypisania na dość dużym arkuszu papieru kancelaryjnego. Zochol! czy ty drwisz sobie ze mnie, pisząc mi w ten sposób. Wszak wiesz przecież, że to, co ty piszesz jest teraz niemożliwe. Pod pozorem, że żałujesz mnie i mówisz, żebym w ten sposób mógł zaoszczędzić pieniędzy na ślub, a z drugiej strony budujesz dla mnie przepaść.

Bo sama powiedz: ja będąc już na tyle przygotowany, że już posiadam wszystko co mi jest potrzebne prócz ślubu, a Ty mi każesz odłożyć jeszcze na parę miesięcy. Zochol! czyś się zastanowiła nad tem coś napisała? Wierz mi, że jak ludzie żyją na świecie i kochają się, nic podobnego do siebie nie piszą. Ja wiem tylko to, że młodzi którzy rzeczywiście się kochają i oboje dążą do jakiegokolwiek przyszłości, w ten sposób się nad sobą nie zwierniają. Ach, Boże, czy wszyscy tak cierpią, którzy mają narzeczone, czy ja tylko jestem tak nieszczęśliwym. Ale przypuszczam, tak przynajmniej się dowiedziałem, że tylko ja jeden jestem tym, który za swą gorącą miłość odbiera taką zapłatę. Zosieńko! jeżeli mię kochasz, dlaczego tak mię męczysz, wszak wiesz, że tylko opryszek i wyrzutek społeczeństwa może znieść to wszystko. Ale nie człowiek który pragnie mieć jakąś przyszłość przed sobą.

Zochol! Mnie się zdaje, że ów pan, o którym wspominasz był u ciebie i ty dlatego mi tylko tak piszesz, dając mi powód do zerwania, a wiedząc że jestem na takie rzeczy nerwowym. Przyznaj się więc otwarcie a ja będę wiedział jak postąpić.

Zochol! Piszę ten list a płakać mi się chce, pomimo, że jestem mężczyzną, ale znieść tego nie mogę. A tembardziej nie mogę sobie wytłumaczyć tego, iż kobieta, która ma wkrótce zostać dozwonną przyjaciółką mego życia, zatruwała mi je i daje powód zaprzestania dalszego życia. Zosieńko! czy nie masz ojca, matki, że ty musisz na ślub zarabiać. A chociażbyś i nic nie miała i to na coś podobnego bym się nie zgodził. A może rodzice Twoi nie chcą ci zrobić wesela i to cię zmusiło do napisania tego wszystkiego. Jeżeli tak to ja wszystko sam zrobię, a tylko chcę Cię mieć przy sobie, bo cię kocham prawdziwą miłością, jaką młodzi powinni się kochać. A też zaznaczyłaś w tym liście, że mi nie sprawi przyjemności, jeżeli będę prosił swego ojca o środki materialne czyli pomoc, zaznaczam, że ojciec mój nie jest gburem i poczuje do obowiązku dopomóc swemu dziecku, jak nawet i to uczynił, nie potrzebowałem jechać do niego ale załatwiłem przez pocztę. Zosieńko! List ten nie będzie zawierał tematu czyli rzeczywistej treści, jak list powinien zawierać, gdyż piszę go jak więzień, który ma dozwolę parę sekund czasu na pisanie listu i nawet go niema czasu przestudjować. Ja również piszę ten list a głowa mię rozboleła z tego wszystkiego, bo odrazu bym chciał dużo napisać a nie mogę i tylko męczę się.

Po przeczytaniu tego listu sama zrozumiesz, że nie był on pisany tak, jak się zwykle pisze, ale z wielkiem roztargnieniem. Wiem dobrze, że śmiać się będziesz czytając ten list, co cię mogą te niezgrabne i nietrzeźwo stawiane litery obchodzić na tym zimnym kawałku papieru. Zochol! droga, po otrzymaniu tego listu odpisz mi zaraz i wszystko prawdę.“

„Milczenie twe na me listy zmusza mię do rozpacz. Zochol! czy ty chcesz być moją morderczynią? Wszak wiesz, jak bardzo cię pokochałem i to co robię i staram się to wszystko dla ciebie. Ty jednak zaczynasz drwić ze mnie i nawet słowa mi marnego nie napiszesz. A wiesz dobrze jak się niepokoję, nocami spać nie mogę i nic mi na świecie nie jest miłym. Przez te dni chodzę jak obłąkany, a wyglądam jak po chorobie.

Zochol! Przypuszczenia moje są rozmaite. Myślę że już zapomniłaś o mnie i zadrwiłaś z mej pracy i miłości mej dla ciebie.

Bo powiedz, miałaś przysłać zaświadczenie jako dałaś na zapowiedzi, jednak i o tem nic nie słyhać.

Zosieńko. Nie mogę tego wszystkiego wytłumaczyć sobie co ty ze mną robisz. Nie mogę sobie wytłumaczyć również tego, że ta, z której ust piłem nektar słodczy, może być tak wielką zgubą dla mnie. Nie spodziewałem się również po tobie, abys była zdolną do doprowadzenia do tego, co myślę uczynić i uczynię. Zosieńko! wszak kocham cię i twą niewinność młodą i mię chcesz pozbawić życia Twoim postępowaniem. Przez ciebie narobiłem sobie wstydu i hańby na całe życie. Bo teraz to wszyscy mie wyśmiejają, gdyż przygotowałem wszystko co potrzebnem jest dla małżeństwa. Teraz to mi tylko wszystko wypada sprzedać i urlop, który dostałem na zawarcie małżeństwa poświęcić.

Zochol! Nie mogę ci tego wszystkiego opisać co się dzieje w mem sercu, bo ręka mi drży i pióro mi

z ręki wypadła. Proszę więc odpisz mi natychmiast co to wszystko ma znaczyć. Jeżeli ci się odmieniło, to przygotuj wszystkie moje rzeczy, które są u ciebie, a ja jak będę jechał do Warszawy to wszystko zabiorę.

Pamiętaj tylko, że wszystko będzie pomszczone, jednak nie przezemnie, bo ja żyć zaprzestam.

Oczekuję odpowiedzi."

Pokrewną nieco sylwetkę duchową wykazuje następujące pismo:

„Wybaczcie mi, że popełniam samobójstwo, bo nie mam innego wyjścia. Mam żyć bez ślubu i opinię sobie szastać, to wolę umrzeć. Bo chciałeś, abym to zrobiła i będziesz miał co chciałeś, chciałeś mnie udusić i to ci się nie udało. A ja będę prosić Boga na tamtym świecie, żeby twoja matka obleciała z ciała i żebyś tak usechł, jak liść na drzewie. M. N. żeby byli trędowaci. A matka moja niech się nie martwi i wcale mnie nie żałujcie, żeby chochołów tak ludzie mijali, jak trędowatych, a jak będę umierała, to życzę sobie mieć męża przy mej śmierci. Tobie inne smakuja a mnie to nie..."

List ten mówi bardzo dużo: poza afektem gniewu i chęcią zemsty, co, zaslepiając nieszczęśliwą, dyktują jej straszne wyrazy przekleństwa, przegląda z niego duma i zraniona miłość przez człowieka, dla którego ona, dziecko prawie, opuściła męża, a któremu teraz „inne smakuja”. Zbyt późno widzi różnicę między mężem, a uwodzicielem, nie śmie już wrócić do opuszczonego, pragnie go jednak ujrzeć choć w godzinie śmierci, chce, by ta kartka, na której nie położyła nawet adresu, doszła rąk jego... Straszne słowa przekleństwa dyktuje przedewszystkiem ból i rozpacz, nie można jednak wyłączyć przypuszczenia, że była to natura mniej społeczna i bardziej egoistyczna, niż przeciętnie. Kilku osobom w kartce ostatniej życzy ona źle-musiały zatem te osoby być względem niej wrogo usposobione, co nie było najprawdopodobniej bez przyczyny z jej strony. Ginie, bo oparcia na zewnątrz nie posiada, a w samej sobie ona, dziecko prawie, znaleźć go nie potrafi.

Przytoczone ostatnio listy noszą po części charakter patologicznego afektu, nie nasuwają jednak myśli, że autorami ich byli psychopaci, w przeciwieństwie do pisma, które obecnie podaję:

„Moje najdroższe Bóstwo, dzisiaj spełnią się wyroki boskie, ślepy los, który mnie prowadził, a ja szedłem zahipnotyzowany nie mogąc się ocknąć z tego. Myślałem, że ty mnie wyrwiesz z tych odmětów, bo byłem za słaby, aby podołać losowi, któremu uległem, aż do dzisiejszego wypadku. Dopiero silny wstrząs to jest nasze rozejście otworzył mi oczy, chciałem się ratować, a tu było zapóźno, nie miałem ciebie, tej podpory i upadałem coraz niżej w odměty, lecz charakter i sumienie pozostały czyste, jak łaza, zostałem ci wierny, bo kochałem i kocham do szaleństwa, a tyś nie wierzyła, bo syty głodnemu nigdy nie uwierzy i uległaś wpływom złych ludzi, jak ja uległem, lecz zdradzie nie uległem i mogę spokojnie umierać, bo sakrament małżeństwa wypełniałem tak, jak przysięga na mnie obowiązek położyła. Nie kochałem cię, a ubóstwiałem, a takiego człowieka wiernego i kochającego nie miałaś i mieć nie będziesz. I nie żałuję

mojego postępkę, bo miłość gorąca mi to nakazała: nie możesz podołać wymaganiom żony, usuń się, zwróć jej wolność póki młoda i tyś to mówiła. Rozkaz twój spełniam, jak żołnierz na posterunku tylko dla twego szczęścia, a na sądzie Bożym się spotkamy i Bóg osądzi czym postąpił szlachetnie, czy też nie. Poślubiając ciebie widziałem świat w innych kolorach, widziałem, szczęście i rozkosz, lecz los pokierował inaczej, dał ciernie i skalistą drogę, jemu uległem... Godzina pół do 5-ej, piję drugą halbkę, myśli lawirują, krew uderza do skroni, humor wesoły, waham się, ręka drży reputuję broń, papierosa palę jeden za drugim, chcę być pijanym, bo nie mam odwagi. Czekam uspokojenia nerwów. Widzę ciebie, jak przez mgłę, żoneczkę jedyną, którą muszę opuścić na zawsze. Może inny będzie ciebie pieścił i całował, o Boże, to straszne, nerwy się rwą, nie mogę w głowie pomieścić, kocham ponad życie. Piję trzecią halbkę, nie mam odwagi, wódka musi mi ją dać. Czekam, nie przychodzisz.

Nie wierz (nieczytelnie) bądź samotna, ufaj swemu rozumowi, a będziesz szczęśliwa, To są rady i prośby umierającego za chwilę. Godzina 5-ta minut 5, nie jestem pijany, nie mam więcej pieniędzy, tylko na halbkę czwartą i ostatnią. Kazałem, wypilem, nie wiem co się ze mną robi, mgła, nic nie widzę, umysł lawiruje, bujam w obłokach. Pięć minut dzieli od śmierci, nadziei niema, całuję na odległość, pieszczę, bądź wierną jak ja tobie. Ubóstwiam, kocham nad życie. Nie gniewaj się, nie wiem co piszę. Czekałem, nie przysłaś, wyrok wydany, piję czwartą halbkę. Ukojenie, rozkosz-alkohol, wesołość i radość, śmierć i smutek.

Proszę cię, nie cierp i nie miej wyrzutów sumienia, ja cię rehabilituję, tyś niewinna, zostajesz wdową samobójcy, bo umarł przez miłość. Dla mnie byłaś piękną, z tobą ja milionowy, bo za ciebie niema sumy pieniędzy, tyś skarb mój jedyny. Może niedługo inny cię posiadać będzie. Kochaj mnie choć po śmierci, jak ja ciebie za żywota. Chciałem być szczęśliwy, a moim szczęściem byłaś ty, którejbyś nie sprzedał za cały świat, bom ubóstwiał. Podeptałaś to szlachetne uczucie. Jam nie materialista, a entuzjasta, tyś mnie nie poznała. Jestem trwożny, pić nie mogę, bo nie mam pieniędzy. Żegnaj. Bądź szczęśliwa, bądź wierna jak ja tobie. Ręka na broni. Umieram".

List ten, pozostawiony przez 27-letniego samobójcę, przedstawia dość obszerne pole do przypuszczeń. Zdaje się niewątpliwą rzeczą, sądząc z tonu ślamazarnego i czułościowego, z paradoksów, a właściwie nielogiczności, oraz ze zdań „byłem za słaby, szedłem jak zahipnotyzowany” i t. d. że był to psychopata, z drugiej znów strony wpływ „halbek” niewątpliwie również rolę odegrał. Uderza tu także jakby lubowanie się w rozpamiętywaniu swego nieszczęścia i samoobserwacja w chwili śmierci. Naogół wzięwszy list ten wykazuje brak równowagi psychicznej i słabość charakteru, które czyniły, że ulegał on „ślepemu losowi”. Zaznaczyć także trzeba, że horyzont jego myśli w ostatnich chwilach życia był omal cały wypełniony żoną i swym do niej stosunkiem; nic godnego wzmianki choćby, jeśli nie żalu, pozatem nie znajdował.

Ból opuszczenia, beznadziejność tęsknoty i smu-

tek rozpaczliwy biją z każdego słowa młodej samobójczyni, która pisze:

„Życie sobie odbieram z tego powodu, że tę osobę, którą kochałam z całego serca, pożegnałam na zawsze. Nie wiem, co się stało, że on mnie porzucił, nic nie zawiniłam. Już z pewnością nigdy do mnie wróci, cóż mi życie bez niego, wolę pójść do grobowej ciszy, bo już do mnie nie wróci nigdy, wiem z pewnością, nic nie pomogły słowa, me szczere odrzucone serce. Dla niego porzuciłam wszystko, on po jakimś czasie (nieczytelne)... Więc żegnam cię, bo już idę w głąb ciszy grobowej, wszak wiesz, kogo zawsze oczekiwałam i już nigdy oczekiwać nie mam kogo, bo już nigdy nie przyjdiesz i ja już nie mogę żyć. Żegnam“.

Drugi list, pozostawiony przez tę samą dziewczynę do pośredniego sprawcy samobójstwa, brzmi:

„Kochany Julku, przyjdź do mnie do grobu, tam na ciche miejsce, tam, gdzie mnie zaprowadziłeś i każesz iść, więc idę. Nikogo nie mam“.

Nietylko uczuciowość, także i pewna domieszka sentymentalizmu wyziera z tych bezpretensjonalnych słów, a bolesna skarga „nikogo nie mam“ nasuwa myśl, że gdyby samotna ta i opuszczona dziewczyna miała w chwili załamania się obok siebie kogoś, ktoby ją podparł i podtrzymał, ktoby jej dopomógł przetrwać najstraszniejsze chwile ostrej tęsknoty, pogoda i wiara w możliwość szczęścia wróciłyby do duszy.

Pozostawiona jednak sama sobie, odchodzi ze świata, być może, się łudząc, że ten, kogo

„pożegnała na zawsze,” będzie ją po śmierci, wspominał, że przyjdzie do jej grobu „na ciche miejsce“.

Podobne uwagi nasuwają się także przy czytaniu listu 19-letniej dziewczyny:

„Kochany Antosiu, skreślałam do ciebie te parę słów, ponieważ jestem do tego zmuszona, ponieważ ta twoja obojętność do tego mnie zmusza. Raz na zawsze rozłączyć się nie chce, stoczyć się w czarną przepaść, nie chcę splamić swego nazwiska, ponieważ za bardzo cię kochałam i żyłam tylko twoją miłością, która mi serce wypełniała. Lecz niech ci ta moja twarz utkwi w pamięci i to ciało grzeszne, które cię tak bardzo kochało i chociaż na grobie złóż choć jedną modlitwę za mnie grzeszną, która tak strasznie kocha, że aż do grobu (dalej idą wyrazy nieczytelne). Życzę sobie tam, gdzie moja matka. Przed śmiercią posyłam ci ostatni pocałunek“.

Tak więc ginąc, opuszczona przez kochankę dziewczyna nie znajduje ani słowa wyrzutu dla niego, śle mu ostatni pocałunek... „*Ave Caesar, morituri te salutant*“.

Poddanie się losowi, opanowanie bólu i psia niemal wierność wyzierają z krótkich słów 20-letniej dziewczyny. Jeśli nawet czuje żal do niewiernego, nie uzewnętrznia go:

„Żegnam cię już po raz ostatni, bo się już nigdy nie zobaczymy. Życzę ci wszystkiego dobrego i życzę ci żebyś dostał dobrą żonę. Narazie nic ci nie piszę, pozostaję tą samą X. V.“

(C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przebieg chorób zakaźnych w roku 1930.

Podał

Dr. H. PALESTER (Warszawa).

Naczeln. Wydz. Chor. Zakaźnych D. Śl. Zdr.

Rok 1930 należy uważać pod względem epidemiologicznym za stosunkowo pomyślny, zwłaszcza, że groźniejsze choroby, jak dur osutkowy, dur powrotny i brzusznym i czerwotka, wykazują spadek; natomiast zaznaczył się wzrost prawie wszystkich chorób wieku dziecięcego, mianowicie, płonicy, błonicy i odry. Wzrost ten znajduje nietylko wytłumaczenie w zwiększeniu się liczby chorych dzieci, ale głównie w perjodycznym nasileniu tych chorób, które w roku 1930 spotykamy, zresztą, prawie we wszystkich krajach europejskich.

Rejestracja chorób zakaźnych poprawia się z roku na rok, zwłaszcza w miastach, mających własne urzędy sanitarne, natomiast w miasteczkach i po wsiach rejestracja pozostawia jeszcze wiele do życzenia, szczególnie tam, gdzie sieć lekarzy rejonowych lub okręgowych jest niedostateczna, względnie, gdzie rejon lub okręg są bardzo rozległe, jak to ma miejsce na kresach i w Małopolsce wschodniej. Sprawa utworzenia gęstszej sieci tych lekarzy napotykała w roku

1930 na znaczne trudności wobec braku funduszy na te cele.

Przystępując do omawiania pojedynczych chorób zakaźnych, zaznaczam, że czynię to w porządku, w jakim one podane są w ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych z 25.VII.1919 r. (Dz.U. Nr. 57 poz.402).

O s p a. Na chorobę tę zapadło w roku 1930—21 osób, co czyni 0,078 zapadalności na 100,000 mieszkańców (w roku 1929 było 12 zachorowań i 1 zgon). Przypadków śmierci z ospy w roku bieżącym nie było. Terytorjalnie rozdzielają się przypadki zachorowań w następujący sposób: w powiecie radomskim—1 przypadek, kolneńskim — 2, baranowickim—3, drohiczyńskim — 7, stolińskim — 7, kartuskim — 1.

Wobec tego, że niektóre, na szczęście, bardzo nieliczne Starostwa nie dość energicznie przeprowadzają doroczne szczepienia przeciw ospie, Departament Służby Zdrowia wydał polecenie dopilnowania należytego przeprowadzenia tej akcji zapobiegawczej celem zupełnego zwalczania tej choroby. Jak corocznie, tak i w roku 1930 zaszczepiono przymusowo około 1.800,000 dzieci, przyczem nie zauważono żadnych szkodliwych komplikacji poszczepiennych, ani też chorób następczych.

Przypadku cholery azjatyckiej w roku 1930, jak i w latach poprzednich, nie było żadnego

Dur brzuszny. Rok 1930 daje nam najmniejsze nasilenie duru brzuszego za okres od 1920 r., największe za ten przeciąg czasu było w roku 1921, kiedy zarejestrowano 30067 przypadków.

Do połowy marca krzywa wykresu nasilenia duru brzuszego przewyższała odpowiednie krzywe z lat ubiegłych, począwszy od okresowego nasilenia duru brzuszego w 1927 roku, a wybitne zmniejszenie nasilenia duru brzuszego występuje od 2-ej połowy sierpnia r. b., zwłaszcza zaś w okresie jesiennego nasilenia, a więc już od połowy sierpnia nasilenie duru brzuszego w roku 1930 zaczyna się znacznie obniżać. Po 40-ym tygodniu obniżenie liczby zachorowań na dur brzuszny w porównaniu z rokiem 1929 w szybkim tempie wzrasta, dając w końcu roku różnicę o 3489 przypadków mniej. Jesienne nasilenie duru brzuszego w roku 1930 trwa krótko, obejmując wszystkiej mniej więcej miesięczny okres czasu, gdy w latach ubiegłych rozpiętość tego nasilenia była znacznie większa. Największa liczba przypadków podczas jesiennego nasilenia duru brzuszego w roku 1930 przypada na połowę września i wynosi 422 przypadki (tydz. 38 od 14 do 20.IX), gdy w roku 1927 największa tygodniowa liczba zachorowań wynosiła 896 przypadków, w roku 1928—543 przypadki i w roku 1929—783 przypadki.

Śmiertelność na dur brzuszny w 1930 r. wynosiła 7,6% w stosunku do liczby zachorowań. Śmiertelność w latach ubiegłych od 1920 r. wahała się w granicach: największa w roku 1920 — 9,19%, najmniejsza w roku 1929 — 6,8%.

Zachorowanie i zgony na dur brzuszny w poszczególnych województwach przedstawiają się jak następuje:

WOJEWÓDZTWO	Liczba zachorowań	Liczba zgonów.	Śmiertelność w % stosunku do l. zach.
1. m. Warszawa	1292	96	7,4
2. Kieleckie	1932	88	4,6
3. Warszawskie	1444	125	8,7
4. Łódzkie	1446	141	9,8
5. Pomorskie	496	42	8,5
6. Wileńskie	434	29	6,7
7. Krakowskie	804	62	7,7
8. Białostockie	521	27	5,2
9. Lubelskie	799	41	5,1
10. Wołyńskie	426	6	1,4
11. Lwowskie	750	96	12,8
12. Poznańskie	501	46	9,2
13. Stanisławowskie	341	48	14,1
14. Śląskie	269	33	12,3
15. Nowogródzkie	179	8	4,5
16. Tarnopolskie	206	20	9,7
17. Poleskie	100	2	2,0
O g ó ł e m	11940	910	7,6

Jak widać z powyższego zestawienia, największe nasilenie duru brzuszego, jak i w latach ubiegłych, dały województwa centralne, t. j. m. Warszawa, Woj. Kieleckie, Warszawskie i Łódzkie. Największa zapadalność w mieście Warszawie tłumaczy się przede wszystkim wielkiem przeludnieniem w tem mieście. Dość duże nasilenie duru brzuszego daje Województwo Pomorskie.

Według grup terytorjalnych województw nasilenie duru brzuszego przedstawia się następująco:

1. Województwa Centralne: 7434 przypadki, zapadalność 66,2.
2. „ Zachodnie: 1266 „ „ 31,4.
3. „ Południowe: 2101 „ „ 28,2.
4. „ Wschodnie: 1139 „ „ 27,7.

Śmiertelność w poszczególnych województwach daje bardzo duże wahania.

Tak wielkie różnice, jak śmiertelność 1,4^{0/0} w Woj. Wołyńskim i 14,1 w Woj. Stanisławowskim świadczyć mogą tylko o dokładniejszej rejestracji zgonów w województwach południowych, zachodnich, a następnie w centralnych, niż w województwach wschodnich, tudzież o niedokładnej rejestracji przypadków zachorowań w niektórych województwach.

Z większych lokalnych epidemij na terenie Rzeczypospolitej należy wymienić epidemję w mieście Toruniu. Epidemja wybuchła w połowie lipca, dając od 13 — 19 lipca odrazu 19 przypadków zachorowań. W następnych tygodniach zarejestrowano nowych 13 przypadków. Dzięki energicznej akcji epidemja została opanowana. W następnych tygodniach notowano już tylko po kilka przypadków zachorowań kontaktowych. Masowe zachorowania w ciągu jednego tygodnia odrazu skierowały wywiady na właściwe tory. Pobrano próby wody ze zbiorników, na stacji wodociągowej i z różnych punktów miasta do badania bakteriologicznego. Wynik badania był zupełnie ujemny, t. j. nie wykazano w pobranych próbach ani laseczników duru, ani okrężnicy. Nie woda więc była przyczyną epidemji. Droga dalszych wywiadów ustalono, iż przyczyną epidemji było mleko, pochodzące od 2 dostawców z Grębocina, miejscowości, położonej o 8 klm. od Torunia, gdzie byli chorzy na dur brzuszny. Mleko to nabywały rodziny chorych na dur brzuszny w sklepie spożywczym w Toruniu.

We wsi Michałiszki pow. Wileńsko-Trockiego wybuchła w tyg. 28 (od 6 do 12. VII) epidemja duru rzekomego, stwierdzonego bakteriologicznie. Zarejestrowano w tygodniu tym 20 przypadków zachorowań i w następnych 3 tygodniach jeszcze 4 przypadki. Przyczyną epidemji była woda z 2 studzien, z których prawie wszyscy chorzy korzystali (miano coli 0,1).

W tyg. 40 (od 28. IX do 4. X) wybuchła epidemja duru brzuszego we wsi Pawełki pow. Sokólskiego. W tygodniu tym zarejestrowano 19 przypadków duru brzuszego. Epidemja trwała do końca listopada. Za cały ten okres zarejestrowano 31 przypadków zachorowań i 1 zgon. Wieś Pawełki położona jest nad bagnem, studnie mają wodę zaskórną. Woda we wszystkich studniach podejrzanych była badana, jednak prątków durowych ani razu nie stwierdzono. Źródło epidemji upatrywano w starych studniach, ko-

panych nie we właściwych miejscach (wysoki poziom wody). Badania serologiczne były przeprowadzone prawie w każdym przypadku, przyczem odczyn Widala był zawsze dodatni, posiewy dawały również w wielu przypadkach wynik dodatni. Trudności w zlikwidowaniu ogniska tego spowodowane były wyjątkową ciemnotą mieszkańców tej wsi.

W tyg. 38 (od 14 do 20.IX) wybuchła epidemia duru brzusznego w Piekarach Wielkich pow. Świętochłowskiego. W tyg. tym zarejestrowano 13 przypadków duru brzusznego, w następnym 20 przypadków, w 40-y tyg. 11 przypadków, a w następnym do 49-go tygodnia włącznie notowano już tylko pojedyncze przypadki. Ogółem za cały okres czasu odnotowano 54 przypadki zachorowań i 7 zgonów.

Zaznaczyć należy, że według sprawozdania lekarza powiatowego w Świętochłowicach za czasów niemieckich prawie rokrocznie panowała w Piekarach epidemia duru brzusznego lub czerwoni, a przypadków zachorowań liczono wówczas setki. Piekary Wielkie, miejscowość, licząca przeszło 12 tysięcy mieszkańców, przeważnie ubogiej ludności robotniczej i małorolnej, za polskich czasów została przy głównej ulicy skanalizowana, wybrukowana i robi wrażenie zupełnie europejskie. Natomiast wszystkie boczne uliczki i zakamarki są jeszcze w stanie bardzo opłakanym i noszą charakter zapadłej wsi. Największą bolączką gminy jest zaopatrzenie w wodę, które było powodem wybuchu epidemii, gdyż jest ona jedyną miejscowością powiatu świętochłowskiego, która nie jest przyłączona ani do wodociągu państwowego, ani powiatowego.

Do czasu wojny światowej dostarczały ludności wodę prywatne studnie i jedna wielka studnia publiczna gminna, którą w roku 1918 ujęto w solidną cembrowinę, zaopatrzoną w zbiorniki wody, nakryto szczelnie murowaną nadbudówką i stworzono przez system pomp tłoczących lokalny wodociąg, zaopatrujący w wodę znacznie większą część gminy. Ta studnia gminna o wydajności wody 200 metrów sześciennych na dobę znajduje się prawie w centrum gminy, w kotlinie, otoczonej zewsząd wzniesieniami terenowymi.

W odległości 30 — 50 metrów od niej jest kilka dołów kloacalnych, gnojowisk, a również w odległości nie większej, niż 10 mtr., przebiega główny kanał kanalizacyjny. Ponieważ studnia ma wodę zaskórną, istnieje zawsze niebezpieczeństwo, że do studni tej mogą dostać się z bardzo zanieczyszczonego terenu zarazki chorobotwórcze, co też potwierdzały w latach ubiegłych analizy wody, stwierdzające obecność prątków okrężnicy. Szczęśliwie jednak przez kilka lat studnia ta epidemii żadnej nie spowodowała. W związku z ostatnią epidemją duru brzusznego przeprowadzona w Krakowie analiza bakteriologiczna wykazała w wodzie obecność w znacznej liczbie prątków okrężnicy, i woda uznana została za niezdatną do użytku. Również badanie wód z 8 prywatnych studzien wykazało obecność *bacterium coli*. Badanie bakteriologiczne mleka z miejscowych mleczarni, jakoteż badanie robotników w mleczarniach dały wyniki ujemne. Źródłem więc epidemii była woda. Studnie,

których woda została uznana za niezdatną do użytku, opieczutowano, a studnię gminną i wodociąg gminny oczyszczono i odkażono chloraminą stosownie do przepisów, zawartych w okólniku Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) L. Z. I. 393/29, pod ścisłym nadzorem lekarza powiatowego. Wszyscy chorzy na dur brzuszny byli umieszczeni w szpitalach w Szarleju, Tarnowskich Górach, Hajdukach Nowych i Nowej Wsi. Badanie krwi chorych, dało bez wyjątku silne reakcje Widala, a w kilku przypadkach dodatnie posiewy. Przeprowadzono masowe szczepienia metodą B e s r e d k i. Pierwsza porcja szczepionki na 3000 osób, według słów lekarza powiatowego, została momentalnie rozchwyтана.

Tych kilka sprawozdań o większych lokalnych epidemjach w roku 1930 daje nam obraz akcji walki z durem brzuszny na terenie powiatów i świadczy, że akcja ta naogół stoi na wysokości zadania.

Nasuwa się pytanie, jakie główne przyczyny złożyły się na to, bądź co bądź, znaczne obniżenie się nasilenia duru brzusznego w roku 1930, pomimo dużych jeszcze braków, utrudniających walkę z chorobami zakaźnymi (niedostateczna liczba łóżek szpitalnych dla chorych zakaźnych: 38 powiatów na terenie Rzeczypospolitej nie posiada wcale szpitali; braki w urządzeniach sanitarnych, przeludnienie, ciężkie warunki materialne ludności, małe naogół uświadczenie i t. p.).

Wprowadzie rok 1930 przypada na okres zmniejszenia się nasilenia duru brzusznego: rok 3-ci po ostatnim okresie nasileniu duru brzusznego w r. 1927, jednak nie można negować wpływu akcji ze strony władz sanitarnych. Przedewszystkiem należy tu zwrócić uwagę na dwa momenty:

- 1) akcję porządkowo-sanitarną na obszarze całego Państwa,
- 2) znaczne wzmoczenie się akcji szczepień ochronnych, które w roku 1924 wykonano u 28658 osób, w roku zaś 1929 u 182245 osób.

Sprawozdania o szczepieniach zapobiegawczych w roku 1930 jeszcze do Ministerstwa (Departamentu Służby Zdrowia) nie wpłynęły, zorientować się zatem co do rozmiarów akcji szczepień w roku 1930 można do pewnego stopnia na podstawie danych co do ilości wydanych bezpłatnie przez Państwowy Zakład Higieny szczepionek.

Szczepionki tyfusowej płynnej „Tetra” i „Sexta”
wydano 19840 gramów, czyli licząc po 1,5 cm. sz.
na osobę na 13226 osób,
Szczepionki prof. B e s r e d k i 160400 porcyj
Ogółem wydano szczepionek przeciw-
tyfusowych na 173626 osób.

W ostatnich zatem 2 latach akcja szczepień ogromnie się wzmogła, co, należy przypuszczać, również w wydatny sposób przyczyniło się do obniżenia nasilenia duru brzusznego w roku 1930.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Konkurs.

Magistrat m. st. Warszawy na podstawie przepisów zamieszczonych w Dz. Zarządu m. st. Warszawy z dnia 17 kwietnia 1924 r. N. 25/26 ogłasza konkurs na stanowisko ordynatora szpitala Św. Stanisława dla chorych zakaźnych.

Ubiegający się o to stanowisko winni:

a) wykazać dokumentami, iż są obywatelami Państwa Polskiego i posiadają prawo praktyki lekarskiej;

b) w terminie określonym przez Magistrat m. st. Warszawy stanąć do konkursu publicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami (D. Z. M. st. Warszawy Nr. 25/26 z dnia 17 kwietnia 1924 r.).

Podanie udokumentowane i życiorys z wykazem prac należy wnieść do Magistratu m. st. Warszawy (wydział opieki społecznej i szpitalnictwa, Krak.-Przedm. 60, II piętro).

Termin składania podań upływa 14 marca 1931 r.

O terminie i miejscu odbycia konkursu powiadomi kandydatów wydział opieki społecznej i szpitalnictwa.

Kandydaci, którzy się wybitnie wyróżnią na konkursie będą mieli prawo w kolejności stopnia oceny do objęcia stanowisk ordynatorskich w szpitalu Św. Stanisława, o ile takowe zawakują w ciągu najbliższych lat 2-eh.

— Konkurs.

Magistrat m. st. Warszawy na podstawie przepisów zamieszczonych w Dz. Zarządu m. st. Warszawy z dnia 17 kwietnia 1924 r. N. 25/26 ogłasza konkurs na stanowisko ordynatora oddziału Wewnętrznego Szpitala Starozakonnnych.

Ubiegający się o to stanowisko winni:

a) wykazać dokumentami, iż są obywatelami Państwa Polskiego i posiadają prawo praktyki lekarskiej;

b) w terminie określonym przez Magistrat m. st. Warszawy stanąć do konkursu publicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami (D. Z. M. st. Warszawy N. 25/26 z dnia 17 kwietnia 1924 r.).

Podanie udokumentowane i życiorys z wykazem prac, należy wnieść do Magistratu m. st. Warszawy (wydział opieki społecznej i szpitalnictwa, Krak.-Przedm. 6, II piętro).

Termin składania podań upływa 23 marca 1931 r.

O terminie i miejscu odbycia konkursu powiadomi kandydatów wydział opieki społecznej i szpitalnictwa.

Kandydaci, którzy się wybitnie wyróżnią na konkursie będą mieli prawo w kolejności stopnia oceny do objęcia stanowisk ordynatorskich w szpitalu Starozakonnnych, o ile takowe zawakują w ciągu najbliższych lat 2-eh.

— Sprawozdanie z działalności Komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 1930 r.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem r. 1927, na podstawie odezwy skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., Generała Dr. St. Roupperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamięci wielkiej działalności i poświęcenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodległości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — Generał Dr. St. Hubicki; — Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia

wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniw. Warsz., Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Związków Lekarskich, Towarzystw, Polskiego Czerwonego Krzyża i t., d Komitet Główny na swem inauguracyjnym zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez Gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc pomnik — któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądził równocześnie, że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego wśród stanu lekarskiego, farmaceutycznego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę, jak również pierwsze drogi, którymi można było rozpropagować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę.

Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgowych Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgowych Korpusów — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto zbiórkę koniecznych funduszy wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb. laureata Akademii Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów Pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. Wybrany projekt powiększony do 1/3 naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 r. Komitet podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę pomnika według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 r. w pracowni prof. Wittiga. Kosztorys ustalono na sumę 400.000 złotych, w czem roboty rzeźbiarskie 200.000 zł. — odlew w bronzie 80.000 do 100.000 zł., cokolwiek w granicach 40.000 do 50.000 zł., pozostała zaś suma przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość Pomnika — 8 mtr., w tem cokolwiek — 3 mtr. 50 ctm, figury — 4,50 mtr.

Wpływy Kasowe: dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub 1/2% od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania Pomnika; zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto i zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, za pomocą list składkowych. Akcję tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowo większe kwoty. Żywość Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81,465 zł. 34 gr. złożyły się następujące ogólne:

Subwencja Min. Ośw. i W. R.	10.000.—
Cywilna Służba Zdrowia	26.362.75
Wojskowa Służba Zdrowia	45.125.39
% P. K. O.	18.20

Kwota zebrana wśród cywilnej Sł. Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Służby Zdrowia M. S. Zdrowia M. S. Wewn., Nacz. Wydz. Zdrowia przy Województwach i Lekarzy powiatowych, z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie prócz wojskowych składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco:

Centrum Wyszkożenia Sanitarnego (Szpit. Ujazd.) W-wa 18.371.58

Szefostwo Sanitarne:

O. K. I. Warszawa	5.302.18
O. K. II. — Lublin	2.816.67
O. K. III. — Grodno	1.807.56
O. K. IV. — Łódź	678.—
O. K. V. — Kraków	598.80
O. K. VI. — Lwów	2,207.41
O. K. VII. — Poznań	4,266.50
O. K. VIII. — Toruń	2,026.99
O. K. IX. — Brześć n/B.	2,025.84
O. K. X. — Przemyśl	2,505.40
Marynarki Wojennej — W-wa	200.80
Korp. Ochr. Pogranicza — W-wa	1,245.16
Departament Zdrowia M. S. Wojsk. — Warszawa	1,072.50

Wykazaną subwencję z Min. Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w r. 1930.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie 1/4 sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnego Izby Lekarskiej o poparcie akcji Komitetu — drogą apelu ze swego urzędu do wszystkich członków Izby Lekarskiej, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł. płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1,25 miesięcznie. Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się nikogo nadmiernie nie obciąży, a Pomnik stanie własnymi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji, przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych, celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzenie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1 — 3 złotych od poborów na rzecz budowy Pomnika przez przeciąg 2 — 3 lat.

Ta forma zbiórki drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy zaciągniętych wobec art. rzeźb. prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad Pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecięz wojskowej Sł. Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł. 39 gr.) na budowę Pomnika. W takiej też formie Komitet otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych” opodatkowali się na budowę Pomnika do czasu jego ukończenia. Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Bud. Pomnika wybitcie wszelkich druków do 1000 złotych.

Stan robót rzeźbiarskich nad Pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, Pomnik w glinie, w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Sł. Zdrowia zaznajamianie się ze stanem robót nad Pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 r. do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Sł. Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof. E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Sł. Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem, by jaknajszybciej sta-

nęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Sł. Zdrowia chętnie poprą starania Komitetu o uzyskanie koniecznych funduszków, najdalej 2—3 lat.

Jak wspomniano, Pomnik ku czci poległych członków Sł. Zdrowia stanie na otwartym placu w Stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. W-wy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł pomnik stanąć, t. j. plac przy ulicy Jasnej i Zgody i plac Starzyńkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. D-ra Hubickiego stanowiska Ministra Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15.10.30, przewodnictwo Komitetu Głównego objął gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że Pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę” stanął w Stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy Pomnika.— Konto nasze P. K. O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacji w sprawie Pomnika udziela sekretarz Komitetu codziennie w godz. 12 — 14; telefon 523-75 (W-wa — Szpital Ujazdowski).

Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 31.12.1930 r.

P r z y c h ó d:

Wpływy do dnia;

31.XII.1928	—	32,660.32
31.XII.1929	—	24,250.85
31.XII.1930	—	24,554.17

Razem — 81,465.34

R o z c h ó d:

Zaliczki na budowę prof. E. Wittigowi	—	80,250.—
Koszta manipulacyjne w P. K. O. od 27 — 30 r.	—	101.17
Koszta administracyjne	—	1,068.20
Na koncie w P. K. O.	—	45.42

Razem 81,465.34

Przewodniczący Komitetu Głównego

Dr. J. Kołłątaj-Srzednicki
Generał brygady.

Sekretarz Dr. W. Kaliciński.
Skarbnik A. Wróblewski.

— Wycieczka Wielkanocna Towarzystwa Lekarskiego Śródziemnomorskiego od 29.III do 5.IV.1931 r. Punkt zborny w Cannes d. 29.III. Zwiedzenie: Estérel, Corniche d'Or, Frejus, St. Raphaël, Valescure, Ctoulouris, Agay, de Trayas i powrót do Cannes, Zwiedzenie: Super-Cannes, Le Cannet, Grasse, Golfe-Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Venge, Nice. W dalszym ciągu: Observatoire, Grande Corniche, Turbie, Roquebrune, Cap-Martin, Menton, Chateau Grimaldi i pracownia Dra Woronowa, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu i Moyenne-Corniche. Zakończenie wycieczki w Nizy 5.IV. Cena: 1275 frank. Jako dalszy ciąg tej podróży zorganizowane zostaną wycieczki w tygodniu świątecznym: w Alpy z Nizy do Grenobli), na Korsykę i do Włoch (San Remoo,

Genua, Medjolan, jezioro Como, Chartreuse de Pavie, Turyn). Koleje włoskie i francuskie dają na przeciąg miesiąca zniżki 50% w klasach 1-ej i 2-ej. Studenci medycyny i rodziny lekarzy mogą brać udział w wycieczce. Informacje pod adresem: Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi à Nice.

— № 4-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: „Dziecko a rzeczy ważne” Z. Brykalskiej, „Mama bawi się z Dzidzią” Dr. C. Bańkowskiej, „Nie rozumiesz...” J. Korczakowskiej, „Wyprawka niemowlęcia do trzech miesięcy” M. Dobrowolskiej, „Dziecko to nie zabawka”. „Nie kłamać”, „Najstarsze dziecko” w dziale „Ważne drobiazgi”. „Odżywianie niemowlęcia w okresie 3—9 miesięcy” M. Morzkowskiej, „Przebieg i pielęgnacja odry” Dr. Falkowskiej, „Objawy i leczenie gruźlicy” Dr. M. Kłosińskiej.

Liczne zdjęcia, korespondencje Rodziców między sobą oraz porady Redakcji uzupełniają numer.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

28.II. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. N. Pryłucki: Przypadek ropnego zapalenia płucnicy z punktem wyjścia z jamy brzusznej (epikryza). 2. S. Hrom i J. Roguski: Przypadek niemierności w przebiegu choroby wrzodowej żołądka. 3. St. Kaminer, B. Jochweds i R. Pekielis: Dwa przypadki wczesnych nacieków gruźliczych podobojczykowych w przebiegu cukrzycy. 4. J. Eisenfarb i P. Lipsztadt: Przypadek zapalenia wsierdza powikłanego zatorem tętnicy bezimiennej. 5. K. Dąbrowski, N. Berdo i I. Wolframówna: Wpływ przeżytych cierpień płucnych na powstawanie gruźlicy płuc (3 przypadki). 6. Ed. Steffen (jun): Przypadek rozstrzeni oskrzeli z nawrotowymi krwotokami. (Pokaz rentgenogramów).

TREŚĆ: M SZOUR. O wartości praktycznej przeciwalergenowej metody leczenia dychawicy oskrzelowej. — J. PINCZEWSKI i M. WOLFF. O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowym (Dok). — F. TURYN. Stany zapalne prostnicy i esicy (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Listy samobójców (C. d.). — H. PALESTER. Przebieg chorób zakaźnych w r. 1930. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Valeur thérapeutique de la méthode antiallergénique de l'asthme bronchial. — J. PINCZEWSKI et M. WOLFF. Symptômes atypiques de polinévríte (fin). — F. TURYN. Inflammation du rectum et du sigmoïde (Rev. gén. fin.). — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Lettres des suicidés (suite). — H. PALESTER. Maladies infectieuses en 1930.

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 nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 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.

Drukarnia „SIŁA”; Warszawa; Marszałkowska 71. Tel. 8 34-48.

