

# 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, 2 KWIETNIA 1931 R.

Nr. 14

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### O fizjopatologii choroby Basedowa.\*)

Podał

Jerzy GLASS (Warszawa)

Przedmiotem odczytu tego były zagadnienia z dziedziny fizjopatologii, kliniki i leczenia choroby Basedowa. Wartykule tym jednak ograniczę się wyłącznie do omówienia zagadnień fizjopatologicznych, pozostawiając sobie poruszenie innych zagadnień na później.

Pracując przez dłuższy okres czasu na oddziale H. Zondeka w Berlinie, gdzie sprawa choroby Basedowa jest prawie wyłącznym tematem większości prac naukowych, wychodzących z tego oddziału, miałem możliwość zetknięcia się bliższego z tem zagadnieniem. Jeżeli używam tu słowa „zagadnienie“, to czynię to z tego względu, że prawie wszystkie zasadnicze problemy choroby Basedowa są po dziś dzień nierozwiązane ostatecznie. Jedną z zasadniczych przyczyn, które utrudniają rozwiązanie tego problemu, jest przede wszystkim nierozstrzygnięcie ostateczne sprawy prawidłowego, fizjologicznego wydzielania tarczycy.

Wszystkie ciała biologicznie czynne, dotąd z tarczycy wyosobnione, czy to jodotyryna Baumanna, czy to jodotyreooglobulina, czy to tyroksyna Kendallowska, czy wreszcie ostatnio wyodrębniona diiodotyryna Weira, nie są najpewniej prawdziwymi hormonami tarczycznymi, ale jedynie bądź sztucznymi produktami rozpadu i następczej sztucznej kondensacji ciał białkowych (jak jodotyryna), bądź też, jak tyroksyna, jedynie stopniem pośrednim, przejściowym do prawdziwej czynnej wydzieliny tarczycy (Furth, Kendall i inni).

Ostatnio wreszcie zwrócono uwagę na ciała, jodu nie zawierające, a mające być rzekomo wydzieliną tarczycy. Najciekawsze w tej mierze są badania Williamsona i Pearcea, którzy na zasadzie badań histologicznych doszli do wniosku, że tarczycza obok koloidu wytwarza jeszcze inną swoistą wydzielinę białkową, która jodu nie zawiera, a która wydzie-

lana jest nie do naczyń krwionośnych, lecz do naczyń chłonnych, Autorzy ci stwierdzili dalej, że naczynia chłonne tarczycy biegną do grasicy, i że powyższa wydzielina tarczycy przede wszystkim do grasicy się przedostaje. Jeśli zwrócić uwagę na znaczenie grasicy w chorobie Basedowa, na ścisły związek, jaki tu między przerostami grasicy i tarczycy zachodzi—to badania ich są rzeczywiście niezmiernie ważne. W chorobie Basedowa powyższa wydzielina bezjodowa ma być niepomrotnie zwiększona. Tak więc, autorzy ci wprowadzają pojęcie dwoistości hormonu tarczyczego. Jeden hormon, jodowy, zawarty ma być w koloidzie tarczycy, drugi—jodu nie zawierający, — w wydzielinie chłonnej, a zachowanie obu tych hormonów ma być antagonistyczne. Badania ich dotąd nie są jednak jeszcze potwierdzone.

Zagadnienie wydzielania tarczycy, przeniesione na teren patologii ludzkiej, jest jeszcze bardziej powikłane. Zasadniczą trudnością jest tu brak zupełnie pewnej metody biologicznej, pozwalającej zidentyfikować czynne ciała tarczyczne w ustroju, poza tarczycą. Najważniejsza próba biologiczna, a mianowicie wzmoczenie przemiany podstawowej, jak już oddawna wiadomo, nie jest próbą specyficzną i występuje również pod wpływem i innych ciał białkowych oraz hormonów.

Z pozostałych prób biologicznych ani próba Gudernatscha, która polega na przyspieszeniu metamorfozy kijanek przez hormon tarczycy, ani modyfikacje tej próby na innych amfibiach, jak na aksolotlach, bądź na salamandrach, ani próba Reid Hunta, polegająca na wzmoczeniu odporności myszy na zatruciu acetonitrylem przez hormon tarczyczy, ani wreszcie ostatnio podana próba Ashera i Streuliego, która oparta jest na tem, że szczury, znajdujące się pod wpływem hormonu tarczycy, znacznie gorzej znoszą brak tlenu, aniżeli szczury zwykłe, oraz wiele innych prób—mimo swych różnych zalet, okazały się bądź nieodpowiedniami do wykrywania hormonu *in vivo* poza tarczycą, bądź też okazały się próbami niespecyficznymi (Abderhalden, Herzfeld, Klinger, Gellhorn i t. d.). Również i próba Eigera, jak się wydaje, nie jest próbą specyficzną (Csillag).

\*) Wg. odczytu wygłoszonego dn. 7 lutego 1931 r. na posiedzeniu Sekcji klinicznej Pol. Tow. Med. Społ. w Warszawie.

Z tych względów stare zagadnienie wydzielania patologicznego tarczycy w chorobie Basedowa, problemat, dyskutowany jeszcze przez twórcę teorii tarczyczej choroby Basedowa, przez Möbiusa, a mianowicie, czy choroba Basedowa jest hipertyreozą czy też dystyreozą, t. zn., czy chodzi tu o nadmierne wydzielanie hormonu, czy też o hormon, spaczony jakościowo—po dziś dzień jest jeszcze nadal nierozwiązane. Trudności zagadnienia tego polegają przede wszystkim na tem, że, o ile już nawet przy pomocy różnych prób biologicznych udaje się nieraz zidentyfikować hormon tarczyczy w krwiobiegu Basedowia, co zresztą udało się dotąd tylko bardzo nielicznym badaczom (Goldner, Hektöen, Zawadowski)—to wyniki tych prób nie pozwalają bynajmniej wypowiedzieć się co do jakości i ilości tego hormonu.

Dlatego też całe zagadnienie dystyreozy i hipertyreozy w chorobie Basedowa nie jest dyskutowane na płaszczyźnie jakichś zupełnie konkretnych faktów biologicznych lub doświadczalnych, a raczej na podstawie mniej lub bardziej przekonujących rozważań lub też spostrzeżeń klinicznych. Rzecznikami dystyreozy są amerykańanie Plummer, Boothby, Wilson—francuzi Gley, Lucien, Parisot, Szwajcarzy Abelin, Asher, angił Mac Carrisson. W obronie hipertyreozy stoi zwarty obóz snujących tradycje Kochera, prawie wszystkich klinicystów niemieckich, a więc Krehla, Müllera, Biedla, Eppingera, Falty, Bauera i t. d. Na czem opierają się poglądy jednych i drugich?

Za istnieniem czystej hipertyreozy, a więc jedynie nadmiernego wydzielania tarczycy w chorobie Basedowa, przemawiają 3 zasadnicze fakty:— 1) przeciwieństwo całkowite obrazu choroby Basedowa i hipotyreozy, a więc obrzęku śluzowego, 2) analogia wybitna między doświadczalną hipertyreozą a chorobą Basedowa i 3) częste ustępowanie wszystkich objawów choroby Basedowa w następstwie operacyjnego zmniejszenia tarczycy.

Na rzecz dystyreozy, czyli wydzielania spaczonego hormonu, przemawia 1) istnienie t. zw. tyreoz mieszaných, a więc jednoczesne np. występowanie objawów nadczynności i podczynności tarczycy u tego samego osobnika, 2) wspólność niektórych objawów obrzęku śluzowego i choroby Basedowa (jak np. wypadanie włosów, zahamowanie wzrostu, zmiany barwnikowe skóry, obrzęk powiek i t. d.), 3) skuteczność leczenia jodowego w chorobie Basedowa, przytaczana jako argument za dystyreozą przez autorów amerykańskich, 4) częste przypadki choroby Basedowa, w których po zabiegu operacyjnym, mimo cofnięcia się objawów hipertyreozy, pozostają objawy ze strony układu roślinnego (zwłaszcza objawy oczne), 5) trudności w znalezieniu korelacji między podłożem anatomicznym a aktywnością czynnościową tarczycy.

Jednakże dowody, przemawiające na rzecz dystyreozy, nie są, jak się wydaje, dostatecznie przekonujące. Większość tych faktów daje się wytłumaczyć zwykłą nadczynnością tarczycy, o ile uwzględnić jednocześnie rozmaity wrażliwość i różne odczyny poszczególnych tkanek w stosunku do hormonu oraz obniżanie się ich progów pobudliwości w stosunku do tyreoidyny, co jest faktem prawie ustalonym, jeśli uwzględnić dalej nie wzajemną zależność, ale raczej współrzędność objawów tyreotoksycznych i roślinnych

w chorobie Basedowa oraz stopniowe wyczerpywanie się tarczycy w przebiegu trwania choroby.

Zresztą, pojęcie dysfunkcji jest czysto hipotetyczne w endokrynologii i nie ma dotychczas konkretnego precedensu ze strony innych gruczołów dokrewných.

Ostatnio wreszcie, w świetle badań Williamsa i Pearcea nad dwoistością hormonu tarczyczego, wydaje się, że poglądy sprzeczne dotąd dadzą się pogodzić. A mianowicie pojęcie dystyreozy dałoby się sprowadzić do zmiany jedynie wzajemnego stosunku ilościowego między obu hormonami wydzielanymi, co spowodować musiałoby powstanie mieszaniny obu tych hormonów już o nieprawidłowym składzie (pogląd Mac Carrissona).

Prawie wszystkie dotąd wyodrębnione hormony tarczycy zawierają jod, który jest tu organicznie z ciałami białkowymi związany. Jodu nieorganicznego w tarczycy zdrowej niema (Kendall). Jednakże jodu w tarczycy jest więcej, aniżeli by to wynikało z ilości jodu, zawartego w hormonach, z niej wyosobnionych. Świadczy to o tem, że jod jest tu jeszcze inaczej związany, jak? — nie wiadomo.

Z wyjątkiem małej ilości jodu, związanej z nabłonkiem tarczycy (Aschbacher), prawie cały jod tarczycy zawarty jest w jej koloidzie.

Wole, zawierające dużo jodu, zawiera jednocześnie dużo koloidu, (Kocher, Marine i Leenhardt), ale nie odwrotnie, albowiem istnieje również i koloid w jod ubogi, jak np. koloid Basedowików.

Jaki jest stosunek koloidu do jodu oraz jaki jest stosunek, zachodzący między zawartością koloidu i jodu w tarczycy a jej aktywnością czynnościową—nie jest jeszcze dokładnie dotąd wyjaśnione. Jak to słusznie określił znany chirurg szwajcarski De Quervain, z ilości koloidu w tarczycy równie nie można wnioskować o jej aktywności biologicznej, jak z ilości pieniędzy, znajdujących się w kasie banku, nie można wnioskować o obrocie domu bankowego.

Wydaje się jednak, że najczynniejsze biologicznie są wole, zawierające mało jodu i koloidu, jak to ma miejsce w wolu Basedowików. Przeciwnie, wole koloidowe, bogate w jod—jest biologicznie najczęściej nieczynne.

Jeśli idzie o stosunek, zachodzący między zawartością jodu w tarczycy, a jej wielkością, to przyjmuje się naogół, że wielkość tarczycy jest odwrotnie proporcjonalna do stężenia w niej jodu (Aschoff).

Jak to wynika z badań Marine'a i Leenhardta, oraz Schmitza i Mormana, wole przerasta, o ile stężenie jodu w tarczycy opada poniżej 1½ mgr. na 1 gr. suchej substancji tarczycy (zamiast liczby prawidłowej około 3·ch mgr.). Przeciwnie, o ile przy wolu przerostowym stężenie jodu w niem udaje się doprowadzić do tej liczby granicznej—wole przestaje przerastać i zmniejsza się. Badania te stoją w ścisłym związku z zagadnieniem powstawania wola nagminnego, endemicznego i rzucają światło na t. zw. Jodmangeltheorie, na znaczenie niedoboru jodowego w powstawaniu wola nagminnego.

W chorobie Basedowa, zaburzenia gospodarki jodowej są wielce charakterystyczne.

Otóż, mianowicie, tarczycza Basedowików jest na szczycie choroby uboga odsetkowo w jod (Janzen, Spatz i t. d.). (Tyczy się to jedynie prawdziwej, samoistnej choroby Basedowa, w Jodbasedowie bowiem stężenie jodu w tarczycy jest zwiększo-

ne). We krwi natomiast chorych na chorobę Basedowa istnieje wybitne zwiększenie zawartości jodu. Zamiast prawidłowych liczb, nie przekraczających 12 gamma, czyli 12 tys. mgr. na 100 ccm. krwi, we krwi Basedowika spotyka się liczby, wynoszące 50, 100, a nawet i 200 gamma (Hirsch, Jansen, Veil, i Sturm, Bier, Holst i Lunde i inni).

Zaznaczyć tu muszę jeszcze, że jod we krwi składa się z 2-ch frakcji: z t. zw. frakcji organicznej, stanowiącej około 80%, i frakcji nieorganicznej, stanowiącej około 20% jodu krwi. Otóż w chorobie Basedowa zwiększenie poziomu jodemji dotyczy zwłaszcza frakcji organicznej, a więc tej, która powszechnie uchodzi za frakcję czynną, hormonalną (Holst i Lunde).

Powyższe zwiększenie zawartości jodu we krwi Basedowika idzie w parze ze zwiększeniem wydalania jodu w moczu.

Zaburzenia gospodarki jodowej w chorobie Basedowa sprawiają więc takie wrażenie, jakby jod z tarczycy został wypłukany i krążył we krwi we wzmożonej ilości, a nadmiar jego zostawał z ustroju wydany z moczem.

Leczenie jodowe, oparte względnie do niedawna na czystej empirji i mające jeszcze przeciwników, wprawdzie nielicznych, znalazło swe uzasadnienie oraz wyłomaczenie w nowych badaniach nad gospodarką jodową Basedowika.

O.óż, jak to wynika z badań Holsta i Lunde, podanie nieorganicznego jodu choremu na chorobę Basedowa powoduje paradoksalne napozór zmniejszenie poziomu jodu we krwi u niego.

Dzieje się to dzięki temu, że mimo, że frakcja nieorganiczna jodu we krwi, pod wpływem nadmiernego jego dowozu, się zwiększa, to jednak frakcja jodu organiczna, a więc ta, która uchodzi za frakcję czynną, opada niewspółmiernie silnie. Dzieje się to dzięki temu, że jod organiczny zostaje pod wpływem leczenia tego ponownie zmagazynowany w tarczycy, a więc następuje tu pod wpływem dowozu jodu nieorganicznego przyduszenie, jakby przytłumienie krążenia jodu hormonalnego w krwiobiegu Basedowika.

Jednocześnie, pod wpływem dowozu jodu nieorganicznego do ustroju tarczyca zaczyna gromadzić jod. Tarczyca Basedowika, dotąd w jod zubożała, odzyskuje na nowo swe utracone własności śpichrza jodowego i zaczyna na nowo jod gromadzić.

Pod wpływem leczenia jodowego zaczyna się w tarczycy Basedowika zbierać koloid, to też nieraz widzi się w klinice, że u chorych, oddziaływających dobrze na leczenie jodowe, tarczyca początkowo się powiększa.

Jest już obecnie faktem niezbitym, że *struma Basedowiana*, o której cechach histologicznych mówić będę dalej, pod wpływem długotrwałego leczenia jodowego zamienia się w wole koloidowe.

Pod wpływem leczenia tego nabłonek cylindryczny *struma Basedowiana*, zamienia się w prawidłowy nabłonek sześcienny, naczynia się zwężają, a w pęcherzykach gromadzić się zaczyna koloid (Marine, Renhoff, Merke, Joyce i Steward).

Na materiale Zondeka u Basedowików, długo leczonych jodem, w 100% prawie przypadków stwierdzono histologicznie w wolach, usuniętych operacyjnie, wole koloidowe, podczas gdy w erze przedjodowej odsetek wola koloidowego u Basedowików był bardzo mały.

W fakcie tym mamy już podkład morfologiczny skuteczności leczenia jodowego w chorobie Basedowa. Fakt powyższy jest niezwykle ciekawy. Tenże sam jod, który jest w stanie nieraz wywołać basedowikację zwykłego wola koloidowego, wystąpienie t. zw. jod-Basedowa, tenże sam jod podawany choremu na chorobę Basedowa powoduje unieczynnienie *struma Basedowiana*, przeistoczenie wola tego w wole nieczynne, koloidowe.

To też słusznie mówi Breitner, że jod działa przeciwnie do kierunku czynnościowego tarczycy. Wole nieczynne, koloidowe zostaje pod wpływem jodu często zmobilizowane, uruchomione, a wole czynne, zostaje jakby unieruchomione i pod wpływem jodu nabiera utraconej zdolności gromadzenia koloidu i jodu. Jod jest więc jakby regulatorem czynnościowym tarczycy.

Nowsze badania nad gospodarką jodową pozwoliły zrozumieć jeszcze jeden fakt dotąd niejasny, a mianowicie, mechanizm obostrzenia objawów basedowalnych, które nieraz się zjawiają w następstwie operacyjnego usunięcia tarczycy, a więc mechanizm t. zw. choroby pooperacyjnej Basedowika. Przyjmowano dotąd, że nasilenie wszystkich objawów basedowalnych, które występuje nieraz u chorych, niedostatecznie jodem przygotowanych po *strumectomy subtotalis*, zależy od wyciśnięcia mechanicznego hormonu do krwiobiegu w czasie zabiegu. Z badań Biera z oddziału Zondeka wynika jednak, przeciwnie, że na szczycie tej choroby występuje gwałtowny spadek poziomu jodu we krwi, co przez niego nazwane zostało przez analogię do wstrząsu hipoglikemicznego — wstrząsem hipotyroksemicznym. Następuje tu mianowicie bowiem nagle wyczerpanie wszystkich rezerwarów jodowych ustroju, powstaje tu nagły niedobór jodu w organizmie, który zależy od usunięcia operacyjnego tarczycy, będącej przecież największą rezerwą potencjalną jodu. To też rozumiałe jest teraz, dlaczego powyższa choroba pooperacyjna powstaje jedynie u chorych, niedostatecznie jodem przygotowanych, i to tylko u tych, u których usuwa się prawie całą tarczycę; tłoczy to również dobrze, dlaczego chorym tym bezpośrednio przed i po zabiegu należy jod podawać.

Jak widać z tego wszystkiego, co tu o gospodarce jodowej w chorobie Basedowa mówiłem, nowe badania nad problematem jodowym w hipertyreozie pozwoliły już zrozumieć szereg faktów, znanych z empirji, a dotąd niejasnych. Jednakże zagadnienie jodowe w chorobie Basedowa jest jeszcze dalekie od ostatecznego rozwiązania i dokładne mechanizmy tej regulacji, jak również i warunki, w jakich ona występuje, nie są jeszcze dokładnie poznane.

\* \* \*

Przejdę obecnie do omówienia patologji czynnościowej choroby Basedowa. Przewodnim objawem jest tu wzmożenie spalania tkankowego, wzmożone zużycie tlenu przez Basedowika — wzmożenie przemiany podstawowej. Zjawisko powyższe, stwierdzone poraz pierwszy, jak się wydaje, przez Magnusa-Levyego, potwierdzone później przez liczne badania na całym świecie, zajmuje miejsce dominujące w patologji choroby Basedowa.

Jeżeli do niedawna jeszcze przypuszczano, że powyższe wzmożone zapotrzebowanie tlenu ze strony ustroju, znajdującego się w stanie hipertyreozy, świadczy o tem, że w chorobie Basedowa ist-

nieje wzmoczenie rozpadu tkankowego, to obecnie sprawa ta jest ujmowana inaczej.

Z badań Meyerhoffa i Hilla wiadomo, że przemiana materji tkankowa składa się z 3-ch faz. Pierwsza faza, t. zw. faza rozpadu, i trzecia faza, t. zw. faza odbudowy odbywają się anaerobiotycznie, to znaczy, są fazami beztlenowymi, przebiegającymi bez zużycia tlenu. Obie te fazy przedzielone są fazą pośrednią, fazą tlenową, fazą utleniania. Powyższa faza tlenowa jest jakby łącznikiem między beztlenowymi fazami rozpadu i odbudowy, i tylko ona jedyna jest dostępna naszym metodom badania.

Zwiększenie powyższej fazy, zwiększenie zużycia tlenu przez tkanki świadczy jedynie o zaburzeniu przemiany materji tkankowej i występować może zarówno przy nasileniu rozpadu tkankowego, jak i przy uszkodzonej odbudowie tkanek.

To też obecnie przyjmuje się, że wzmoczenie powyższej fazy tlenowej, wzmoczenie zużycia tlenu przez ustrój Basedowika świadczy nietyle o zwiększeniu rozpadu tkankowego, ile raczej jedynie o zaburzeniu wzajemnego stosunku między rozpadem tkankowym a odbudową.

Powyższe zaburzenie oddychania tkankowego w chorobie Basedowa wiąże się powszechnie i, zresztą, słusznie z hormonem tarczyczym. Najlepszym dowodem słuszności tego jest możność wywołania analogicznych zmian u ludzi zdrowych i zwierząt doświadczalnie, drogą nadmiernego dwozu hormonu tarczycznego.

Działanie hormonu tego jest rzeczywiście potężne.

Powoduje on tak wybitne zaburzenia w przemianie materji tkankowej, że udawało się nawet drogą zastrzyknięcia hormonu tego budzić zwierzęta ze snu zimowego, w którym pogrążone były od szeregu miesięcy (A dler.)

Na czem polega jednak to potężne, pobudzające oddychanie tkankowe działanie hormonu — nie wiadomo dokładnie. Przypuszcza się, że odgrywa on tu rolę katalizatora. Działanie jego związane jest ściśle z życiem ustroju, z całością, z nieuszkodzeniem błon komórkowych, albowiem np. dodanie hormonu *in vitro* do izolowanych tkanek nie wywiera żadnego wpływu na ich oddychanie (Anselmino, Eichler i Schlossmann, Paasch i Reinwein). Zwiększenie przemiany podstawowej w chorobie Basedowa nie pozwala nam zdać sobie sprawy dokładnie z tego, jakie zaburzenia utleniania zachodzą w poszczególnych tkankach. Wskazuje ono jedynie

sumarycznie na to, że zapotrzebowanie tlenu przez ustrój Basedowika jest wzmoczone, i że chory na chorobę Basedowa zużywa więcej tlenu na procesy przemiany materji tkankowej, aniżeli człowiek zdrowy.

Powyższe wzmoczenie zapotrzebowania tlenu, powoduje jego wzmoczone zużycie, a co za tem idzie wzmoczone doprowadzanie go do płuc. Żeby ten przewieźć do tkanek, ustrój chorego na chorobę Basedowa zmuszony jest wprowadzić w grę szereg mechanizmów, mających na celu umożliwienie mu tego nadmiernego transportu.

Jakież są to mechanizmy, które umożliwiają choremu na chorobę Basedowa przetransportowanie w tę że jednostkę czasu tych wzmoczonych ilości tlenu do tkanek?

Pierwszym z tych mechanizmów jest rozszerzenie tętnicznych kapillarów obwodowych. Znajduje to swój wyraz zarówno w obrazie kapillaroskopowym, jak i klinicznie w ciepłej różowej skórze Basedowika. Dzięki powyższemu rozszerzeniu kapillarów wzmoczona ilość krwi, a za nią i tlenu, dopłynąć może do tkanek.

Pociąga to jednak za sobą skutki niewygodne.

A mianowicie, wskutek rozszerzenia kapillarów wzrasta prężność cząsteczkowa tlenu w tkankach. Wskutek tego spadek prężności tlenu między kapillarami tętnicznymi a tkankami jest mniejszy, aniżeli w warunkach prawidłowych, co pociąga za sobą gorzejże zużytkowanie tlenu na obwodzie. Dowodem tego jest niedostateczne odtlenienie krwi żyłnej u Basedowika.

Utylizacja obwodowa, czyli różnica w zawartości oksyhemoglu biny krwi tętnicznej i żyłnej, która w warunkach prawidłowych wynosi około 30%, w chorobie Basedowa wynosi przeciętnie tylko około 20% (Bansi), co znaczy, że krew żylna jest tu lepiej utleniona, aniżeli w warunkach normalnych.

Podczas gdy 1 litr krwi u ludzi zdrowych przy przejściu z kapillarów tętnicznych w kapillary żyłne oddaje przeciętnie około 60 cm. tlenu, to u Basedowika tylko 30—40 cm. Powyższa zła utylizacja obwodowa tlenu u Basedowika jest wyrazem nieekonomiczności jego ustroju, o czem mówić będę dalej.

Tak więc w chorobie Basedowa istnieją już 2 przyczyny, które utrudniają zaopatrzenie tkanek w tlen: 1) Wzmoczone zapotrzebowanie tlenu w tkankach i 2) złe zużytkowanie tlenu w krążeniu obwodowym, niedostateczne odtlenienie krwi żyłnej. Wymaga to wielkich wysiłków ze strony krążenia, żeby te zaburzenia wyrównać. (C. d. n.)

## Z klinik, szpitali i pracowni

Ze szpitala żydowskiego w Białymstoku.  
(Kierownik: Dr. M. Fejgin)

**Objaw niedrożności jelit w okresie przedśpiączkowym zatrucia kwaśnego w cukrzycy.**

Podał

Mieczysław FEJGIN (Białystok).

Obraz śpiączki cukrzyczej dobrze jest znany naogół, ale często większe trudności rozpoznawcze

przedstawia t. zw. okres przedśpiączkowy, w którym spostrzegać nieraz można objawy, mogące nawet doświadczonego lekarza wprowadzić w błąd.

Jeden z takich niecodziennych zespołów przedśpiączkowych miałem sposobność spostrzegać ostatnio,

O godz. 3-ej w nocy przywieziono na oddział chirurgiczny naszego szpitala chorego z postawionem przez lekarza na mięście rozpoznaniem „ileus”. Zaalarmowany przez dyżurną pielęgniarkę, zastałem obraz następujący. Mężczyzna lat 27 z wyrazem przestrachu i cierpienia na zapadłej o zaostro-

nych rysach twarzy, pokryty zimnym potem, rzuca się niespokojnie na łóżku i jęczy z bólu. Z ust chorego czuję wyraźny zapach acetonu. Od przerażonej rodziny dowiaduję się, że pacjent od 3-ich lat cierpi na cukrzycę, miał już i aceton, od 2-ich lat stosuje insulinę, p. zatem zaś na nic nie chorował, specjalnie zaś ze strony jamy brzusznej nie miał nigdy dolegliwości. Krytycznego dnia pracował, jak zwykle. Jest z zawodu kamasznikiem. Od rana tego dnia insuliny nie otrzymał, o 2-iej po poł. nagle dostał gwałtownego bólu w dołku; ból ten szybko rozszerzył się na cały brzuch, równocześnie wystąpiło zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów a także i moczu, aczkolwiek było wyraźne burczenie i przelewanie w kiszkiach. W ciągu tego czasu wymiotował kilkakrotnie zielonkawą treścią, o 8-iej wieczorem dostał zastrzyknięcie morfiny, a w nocy, ze względu na nieustępujące objawy i ciężki stan został skierowany do szpitala. W moczu, badanym dnia poprzedniego, było 4,3% cukru bez acetonu i kwasu acetoctowego. Ciepłota 36,4 od początku napadu.

Przy badaniu zwracał uwagę stan ogólnej zapaści, naczyniowej: tętno 140/min., nitkowate, ledwo wyczuwalne, kończyny i nos sine, zimne, rysy twarzy zaostrome, przytomność jakby zlekka zamroczone; źrenice dość wąskie, na światło oddziałują opieszale; język obłożony, ale wilgotny, w płucach nic szczególnego; tony serca dość głośnie, czyste, galki oczne nie wykazują specjalnej miękkości, charakterystycznej dla stanów śpiączki cukrzyczej. Jama brzuszna: brzuch wzdęty raczej w okolicy pępkowej, podczas gdy nadbrzusze leży nawet poniżej poziomu klatki piersiowej, tępość wątroby zachowana, napięcie powłok całego brzucha wyraźnie wzmożone, chociaż nie o charakterze deskowatym, ale raczej przypomina mocno napiętą ścianę jakiegoś elastycznego pęcherza; cały brzuch wybitnie bolesny na ucisk — przy odejmowaniu ręki jednak bolesność nie zwiększa się, bolesność może nieco wybitniejsza w obrębie prawego dołu biodrowego; przy osłuchiwaniu brzucha stwierdza się niezbyt liczne, ale dość grube i dźwięczne przelewanie w jelitach — stawiania się jelit stwierdzić nie udaje się; pęcherz moczowy wypełniony, nieco przekracza spojenie łonowe, bolesny nieco przy ucisku.

Sytuacja była rzeczywiście bardzo trudna: z jednej strony objawy jakiejś ostrej sprawy w jamie brzusznej, wymagającej, być może, natychmiastowej interwencji chirurgicznej, z drugiej zaś — ciężki stan chorego, przede wszystkim spory cukromocz i niewątpliwa kwasica wyłączały, przynajmniej w chwili obecnej, możliwość jakiegoś większego zabiegu operacyjnego. Nadmiar nasuwał się szereg wątpliwości natury różniczkowo-rozpoznawczej, od których rozstrzygnięcia zależało, w pierwszym rzędzie dalszy plan postępowania. Z czym więc mamy tu, a raczej — możemy mieć do czynienia? Nagły początek z objawami niedrożności przy zachowanych jeszcze ruchach perystaltycznych jelit nasuwa myśl skrętu esicy. Przeczy temu jednak wygląd brzucha — wzdęcie przeważnie w obrębie jelit cienkich przy braku wyraźniejszego wypełnienia okrężnicy, dalej — przewaga bolesności raczej w okolicy prawego dołu biodrowego; dziwne się wydaje także jednoczesne porażenie pęcherza z zatrzymaniem w nim moczu.

Czy nie mieliśmy tu do czynienia z przedziurawieniem żołądka?

Przeciwko temu przemawia jednak brak wszelkich dolegliwości dyspeptycznych w wywiadach, a przede wszystkim zachowana tępość wątroby, a więc brak wolnego gazu w jamie otrzewnowej, brak objawów wolnego płynu, wreszcie nieobecność tego de-

skowatego napięcia powłok brzusznych, jakie zwykle w tych przypadkach spotykamy.

A więc sprawa w okolicy ileocekalnej, ostry napad zapalenia wyr. robaczkowego? Ale piorunujący początek sprawy z gwałtownym bólem w dołku, który natychmiast rozszerzył się na całą jamę brzuszną i nie dał najmniejszego nawet wzniesienia ciepłoty (leukocytozy z przyczyn natury technicznej zbadać nie można było), pozbawienie wszelkich skarg z tej strony w wywiadach, aczkolwiek nie wyłączało bezwzględnie tego rozpoznania, czynił je jednak mniej prawdopodobnym.

Z innych możliwości, które tu należało brać pod uwagę, można było myśleć o krwotoku wewnętrznym — brak jednakże wyraźnego źródła takiego krwotoku (*ulcus*, pęknięcie śledziony?), brak objawów wolnego płynu w jamie brzusznej, brak krwawych stolców i wypróżnień w wywiadach i obecnie nie pozwalało zatrzymać się na tej myśli.

Z rzadszych wreszcie możliwości należało rozważyć *diverticulitis Mekeli* — co do którego da się to samo powiedzieć, co i do przypuszczenia zap. wyrostka rob., wreszcie jakąś przepuklinę (uwięźlą) wewnątrzbrzuszną — tej oczywiście na podstawie samego tylko badania klinicznego wykluczyć, ani rozpoznać niepodobna było. Ale pozostawała jeszcze jedna sprawa chorobowa, która mogłaby dać obraz podobny, a mianowicie, jakaś ostra sprawa w trzustce — wylew krwawy, wzgl. zawał, czy też martwica B a l c e r o w s k a np. Przypuszczenie jakiejś sprawy, wychodzącej z trzustki zdawało się tem bardziej prawdopodobne, że mieliśmy tu wszak do czynienia z osobnikiem, chorym na ciężką cukrzycę. Rozważając wszystkie te możliwości różniczkowo-rozpoznawcze, przypomniałem sobie przeczytaną niedawno w *Presse Médicale* pracę, w której autorzy przytoczyli kilka przypadków ostrych zespołów otrzewnowych, występujących w przebiegu śpiączki cukrzyczej, a raczej jako wstęp do niej, które zupełnie przypominały ostry napad zap. wyrostka robaczkowego. Zespoły te częściowo miały wraz z opisaną kwasicą, niektóre zaś były tak alarmujące, że doprowadzały do zabiegu operacyjnego nie tylko zupełnie niepotrzebnego, ale także niebezpiecznego w stanie ciężkiej kwasicy. Z drugiej jednak strony ostry napad zap. wyrostka u chorego na cukrzycę spowodować może nasilenie kwasicy aż do śpiączki — wówczas, oczywiście, nasuwa się konieczność natychmiastowego zabiegu na co również zwracają uwagę wyż. wspomniani autorzy. Widzimy więc z tego, jak delikatną i odpowiedzialną rzeczą bywa w tych przypadkach postawienie właściwego rozpoznania i wskazań leczniczych. Co się zaś tyczy tych „pseudoappendicytów” spostrzeganych w stanach przedśpiączkowych, to zależą one najprawdopodobniej od zmian naczyniowych w trzustce, wylewów, wzgl. zawałów.

Otóż możliwość takiej właśnie sprawy nasunęła mi się w omawianym przypadku, a że ciężki stan chorego wyłączał narazie wszelką interwencję chirurgiczną, więc zarządziłem wstrzyknięcie insuliny, wypuszczenie cewnikiem moczu i odesłanie do zabądania, odkładając do rana naradę z chirurgiem.

Badanie następnego rana wykazało, iż w stanie chorego nie zaszła żadna zasadnicza zmiana: tętno drobne, nitkowate, 120 min., objawy zapaści naczyniowej trwają w całej pełni, napięcie i bolesność powłok brzusznych niezmiennione, ruchy perystaltyczne, które w nocy wysłuchiwały się jeszcze zupełnie wyraźnie, obecnie są niesłyszalne, po założeniu. H e g a r a

odeszło trochę gazów i kilka kawałków zbitego kału; moczu i nadeł samoistnie nie oddaje. Nadmiar, podczas narady z chirurgami dr. Federowiczem i Rozentalem stwierdził śmy, iż pacjent — dotychczas raczej nieco podniecony i niespokojny — zaczyna najwyraźniej zasypiać, otwierając tylko od czasu do czasu oczy i wydając głębokie westchnienia. Jednym słowem, jasnym się stało, że mamy do czynienia z początkiem zdeklarowanej śpiączki kwasicznej. Wobec tego kwestja operacji stała się oczywiście nieaktualna a rozpoznanie przechyliło się ostatecznie na korzyść przypuszczenia jakiejś sprawy ostrej — najprędzej wylewów, wzl. wybroczyn na tle zmian nacyniowych w trzustce. Zaleciłem więc po awanie choremu co godzinę po 20 jednostek insuliny angielskiej AB, dwukrotne wlewanie w ciągu dnia po 500 ccm. 5% glukozy podskórnie oraz tak zw. „głodówkę owocową“ wprowadzoną i stosowaną przez dr. A. Landaua, — polegającą na podawaniu choremu w ciągu całego dnia, a czasem 2-ch lub 3-ch nawet, jedynie około 500 gr. owoców, filiżanki buljonu, czarnej kawy i herbaty oraz wina lub konjaku.

W międzyczasie otrzymaliśmy wynik badania moczu z laboratorium (porcji, otrzymanej przy zgłębnikowaniu pacjenta zrana): zawierał on 2,7% cukru, aceton i kwas acetoocowy.

Wieczorem tegoż dnia chory czuł się o tyle lepiej, że śpiączka minęła zupełnie, bolesność brzucha za ięjszyła się znacznie, natomiast za rzymanie w atrów i stolca oraz porażenie pęcherza i wzdęcie brzucha utrzymywały się nadal. Mocz, wypuszczony cewnikiem tegoż wieczora a także następnego ranka, nie zawierał już cukru, ani acetonu. W ciągu następnych dwóch dni objawy stopiowo ustępowały, ale porażenie pęcherza i zatrzymanie perystaltyki jelit całkowicie znikły dopiero w ciągu czwartej doby po przywiezieniu do szpitala.

W międzyczasie jednak mieliśmy z naszym chorym jeszcze je no dramatyczne przeżycie. A mianowicie: następnego dnia po odcukrzeniu, kiedy i w moczu z poprzedniego wie-

czora i z tego ranka, jak już zaznaczyłem, nie okazało się cukru zupełnie, kazałem wstrzymać wstrzykiwania insuliny, pozostawiając chorego na poprzedniej „głodówce z owocami“. Wieczorem jednak, ażeby zabezpieczyć go przed wzrostem glikemji i ew. nawrotem kwasicy w ciągu nocy, poleciłem podanie 20 jednostek insuliny ze spożyciem soku z dwóch pomarańczy następnie. Pacjent jednak, jak się okazało, dnia tego jeszcze miał wymioty kilkakrotnie. I oto w godzinę po zastrzyknięciu insuliny nastąpił klasyczny i wielce alarmujący wstrząs poinulinowy: sprowadzony na gwałt do szpitala, zastałem pacjenta nieprzytomnego zupełnie, rzucającego się na łóżku niespokojnie, zgrzytającego zębami, pokrytego niezwykle obfitym potem, ze skórą wilgotną, ale ciepłą, co stanowi ważny szczegół różniczkowy ze śpiączką kwasyczną, w której skóra jest sinawa i pokryta zimnym potem; tętno było przyspieszone, miękkie, niemiernowe, tony serca b. gluche — jednym słowem, obraz bardzo ciężki. Z wielkim trudem, przy pomocy wstrzyknięcia adrenaliny podskórnie oraz 50 ccm. 20% glukozy wśródzynie i 500 ccm. 5% glukozy podskórnie udało się opanować ten wstrząs. Przypadek ten dowodzi, jak należy być ostrożnym nieraz z podawaniem insuliny — nie ulega najmniejszej wątpliwości, że, gdyby podobna sytuacja zdarzyła się nie w szpitalu, gdzie wszystkie potrzebne zabiegi i środki można był, zastosować niezwłocznie, lecz na mieście, pacjent byłby zginął.

Dalszy przebieg naszego przypadku nie odbiegał już w niczem od zwykłego przebiegu przypadków cukrzycy, leczonych djeją i insuliną — i po dwutygodniowym pobycie w szpitalu pacjent wypisany został do domu.

Bądź co bądź, przypadek ten zasługuje na uwagę, albowiem ilustruje dosadnie, jak wielkie trudności różniczkowo-rozpoznawcze i lecznicze przedstawiać może nieraz sprawa, zdawałoby się, tak dobrze już znana, jak stany przedśpiączkowe i śpiączkowe w cukrzycy.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

#### Znaczenie kliniczne bębnicy,

Podał

F. GLEICHGEWICHT (Warszawa),

(Dok. — p. № 13).

Dotychczas mówiliśmy w ogólności o bębnicy spowodowanej zmianami żołądkowo-jelitowymi, teraz należy wspomnieć o tych postaciach nagromadzenia się gazu, które występują z powodu rozmaitych schorzeń ogólnych.

Podobny do niedrożności jelitowej obraz choroby widzimy w zatorze lub zakrzepie naczyń kręzkowych, w czerwienicy, w miażdżycy tętnicy głównej lub innych cierpieniach nacyniowych, między innymi też w guzkowatości tętnicy (*periarteriitis nodosa*). Objawy polegają na ostro występującej, często nieobjętej całego brzucha bębnicy; objawach otrzewnowych i ewentualnie krwawej biegunce. Jeżeli biegunka jest obfita, to rozpoznanie daje się łatwo ustalić, jednak tam, gdzie biegunka nie występuje,

tego rodzaju przypadki często z rozpoznaniem niedrożności dochodzą do operacji. W zakrzepie i zapaleniu żyły wrotnej (*pylethrombosis et pylephlebitis*) może ostro wystąpić wybitne wzdęcie. Tego rodzaju stary przebiegają jednak z wysoką gorączką, bólami, umiejscawiającymi się w wątrobie, żółtaczką i krwawą biegunką. Przyczyna bębnicy w tych cierpieniach polega na utrudnieniu wchłaniania gazu oraz na zaburzeniu krążenia w nacyniach jelitowych. Tę samą przyczynę mamy w nagłym przerywanem wzdęciu brzucha w stanach skurczowych naczyń kręzkowych, które są opisane przez Ortnera jako *dyspragia intestinalis intermittens angiosclerotica*. Charakterystyczna dla tych stanów jest znaczna zmienność objawów oraz występowanie wzdęcia po spożyciu pokarmów, t. zn. wtedy, kiedy jelito ma rozwinąć wzmoczoną pracę. Także przewlekłe zaburzenia w krążeniu prowadzą do bębnicy z powodu utrudnionego wchłaniania gazów. Chorzy z rozpoczynającą się zastoiną sercową skarżą się często na pełność w brzuchu, jako jedyną swą dolegliwość, która obiektywnie wykazać się daje jako bębnicą. Objaw ten rzadziej spo-

tykamy w wadach zastawkowych, częściej w niedomodze mięśnia sercowego, w której jednocześnie występują uszkodzenia w naczyniach obwodowych, a więc u palaczy tytoniu, u luetyków, w stanach t zw. nadciśnienia samoistnego (*hypertonia essentialis*). Miejscowa zastoja wątroby może być jednocześnie źródłem dla bębnicy. Dlatego też prawie zawsze spotyka się bębnicę w żółtaczce nieżytowej (*icterus catarrhalis*), która jest bezwzględnie uwarunkowana nie tylko zastoja, lecz także zmianą chemizmu jelitowego i niedowładem ściany jelitowej, jako skutkiem żółtaczki. Bębnicą jest często wczesnym objawem rozpoczynającej się marskości wątroby, i tu jednocześnie uważać należy na inne współistniejące objawy (żółtaczka, bóle i rozpieranie w dołku podsercowym, krążenie oboczne żyłne na skórze brzucha — *caput medusae*, puchlinę brzuszną i t. p.).

Obniżenie napięcia powłok brzusznych jest bardzo częstą przyczyną bębnicy brzucha. Już fizjologicznie widzimy u dzieci często niewspółmiernie duży brzuch, który bezwzględnie tylko częściowo można złożyć na karb cienkich powłok brzusznych, częściowo na względną długość jelita, albo na znaczną ilość tłuszczu brzusznego. Niemniej przyczynia się do tego stanu wzdęcie brzucha. Również u niektórych dorosłych znajdujemy bębnicę, którą w braku innych przyczyn i przy obecności innych anomalii kontytucjonalnych musimy wytłumaczyć jako stan dziecięcy (*infantilismus*). Słabe napięcie mięśni brzucha jest przyczyną wzdęcia, które spotyka się, jako częściowy objaw, w opadnięciu jelit (*enteroptosis*) z rozstępem (*diastasis*) mięśni prostych. Charakterystyczny jest dla tego stanu, który szczególnie często widzimy u wieloródek, podział brzucha na trzy części przy napięciu mięśni tłoczni brzusznej.

Bębnicę obserwuje się często w stanach neura-stenicznych z powodu zwiotczenia wszystkich mięśni jelitowych. U niektórych nerwowych kobiet regularnie w czasie miesiączki bywa wzdęcie brzucha. W rzadkich przypadkach na podłożu czysto nerwowym, w obawie przed zająciem w ciąży, może dojść do dłu gotrwałego, w znacznym stopniu zaznaczającego się wypuklenia brzucha, spowodowanego bębnicą, stan ten często idzie w parze z brakiem miesiączki (*amenorrhoea*) i jest określany jako ciąża rzekoma (*pseudograviditas*).

Bębnicę, wywołaną przez porażenie jelit, spotyka się często po operacjach brzusznych. Takie odruchowe wzdęcie brzucha widzi się w różnych stanach chorobowych, jak zapal. wyrostka robaczkowego, kamica żółciowa, zapal. pęcherzyka żółciowego, w chorobach narządów rodnych. Po sporych upustach płynu w przypadkach puchliny brzusznej widuje się znaczne wzdęcie brzucha. Można przypuszczać, że chodzi tu o osłabienie mięśniówki jelitowej wskutek długotrwałego opłukiwania przez płyn — *ascites*. W wyjątkowych przypadkach bębnicą powstaje na drodze odruchu nerwowego w chorobach płucnych. W. Neumann twierdzi, że wskutek gruźliczo zmienionych lub złośliwych gruczołów może powstać obraz porażenia jelit, stan podobny do niedrożności. Bálint ogłosił dwa przypadki bębnicy wago-tonicznej, w której schorzenie pnia nerwu błędnego wywoływało wzdęcie brzucha. Często występuje bębnicą jako zwiastun napadu dychawicy oskrzelowej, jako objaw podrażnienia nerwu błędnego. W zniekształcającym zapaleniu stawów części lędźwiowej kręgosłupa (*spondylitis de-*

*formans*) ma miejsce zespół objawów brzusznych (bóle, odbijania, nudności, wymioty, zaparcie stolca), którym może towarzyszyć bębnicą. Obok przytoczonych spraw chorobowych należy też wymienić jako źródło wzdęcia brzucha toksyczne porażenie jelit. Stwierdzenie bębnicy w durze brzuszny oraz w niektórych przypadkach ciężkiego zapalenia płuc należy ująć jako skutek działania toksycznego. Wiadomem jest, że niekiedy można prawostronne w dolnym płacie umiejscowione zapalenie płuc, wskutek występujących objawów brzusznych, wziąć za zapalenie pęcherzyka żółciowego lub za ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. W przewlekłej bębnicie mocznicy występuje znaczna bębnicą naskutek zatrucia mocznikiem, co doprowadza do porażenia jelit i następnie już do wzdęcia brzucha. Z powodu obecności krwawych stolców (*colitis uraemica*), niekiedy można w podobnym przypadku pomyśleć o nowotworze złośliwym jelit, lecz pozostałe objawy, wskazujące na chorobę nerek, wyjaśniają rozpoznanie. Największą toksyczną bębnicę znajdujemy w różnych postaciach ostrego ropnego zapal. otrzewny, szczególnie zaś w sprawach poporodowych, gdzie zwiotczałe powłoki brzuszne poddają się najbardziej ciśnieniu od wewnątrz. Widuje się też bębnicę naskutek niedowładzie mięśni jelit przez podrażnienie otrzewny w zapaleniach pozaozrownych, od wiązadła pachwinowego aż pod przepoń, jakoteż w schorzeniach wielu gruczołów chłonnych, np. w ziarnicy złośliwej brzusznej (*lymphogranulomatosis abdominalis*).

Przytoczone zostały najważniejsze sprawy chorobowe, w których spotyka się bębnicę, pokrótce zostały omówione objawy, towarzyszące wzdęciu brzucha. Zaznaczyć trzeba, że nieskomplikowana bębnicą nigdy nie daje wyraźnie zaznaczonych bólów, tylko uczucie pełności i znaczne wzdęcie brzucha. Czasem przebieg bębnicy daje zupełnie inne objawy. Brak wzdęcia brzucha w bębnicie przy dobrze rozwiniętych powłokach brzusznych powoduje niekiedy silne klucie w bokach i duszność wskutek wysokiego ustawienia przepony. Jeżeli przytem znajduje się miejsce niedodmowe (*atelectasis*) w dolnych częściach płuc, to łatwo bardzo pomieszać to cierpienie ze schorzeniem płucnym. Niekiedy przez jednostronne wysokie ustawienie przepony wskutek rozszerzenia żołądka znacznego stopnia w raku odźwiernika (*ca. pylori*), zwężającym odźwiernik, można stwierdzić znaczną niedodmę lewego płuca ze znacznym stłumieniem i osłabieniem oddechu, tak, że obraz chorobowy może być pomieszany z lewostronnym wysiękiem opłucny. W podobny sposób powiększona śledziona w durze brzuszny ze znaczną bębnicą niekiedy tak dalece wpukla się w lewą kopułę przepony, że nie daje się wykazać przy obmacywaniu, przytem warunkuje znaczne podniesienie granicy dolnej lewego płuca.

U starszych osobników może bębnicą przebiegać pod postacią schorzenia sercowego. Obserwuje się u tego rodzaju chorych bicie serca, częstoskurcz, ekstrasystole, czasem wyraźne stany stenokardjalne. Przy badaniu klinicznym serce, wskutek uniesienia przez przepoń, wydaje się, jakby było w poprzek położone i dlatego pozornie rozszerzone. Znajduje się również głośne szmery skurczowe, bezwzględnie uzależnione od położenia chorego, tak, że często myśli się o cierpieniu organicznym serca. Jednak przy ustąpieniu bębnicy cofają się nie tylko dolegliwości podmiotowe, lecz także i objawy przedmiotowe, dające się przed-

tem na sercu wykazać. W innych znów przypadkach prowadzi bębniaczka wraz z zaparciem stolca przez intoksykację drogą jelitową do ciężkich stanów mózgowych (zamroczenie, wymioty, mroczki przed oczami), może nawet wystąpić w bębniaczce obraz, przypominający udar mózgowy (*apoplexia cerebri*). — Pomyłka w rozpoznaniu organicznego cierpienia ośrodkowego układu nerwowego jest tem możliwsza, że w ciężkiej bębniaczce brak również odruchów brzusznych.

Przechodząc do omówienia leczenia bębniaczki, zaznaczyć musimy, że jest ono uzależnione od przyczyn, ją wywołujących, gdyż leczenie tych spraw musi być przyczynowe. A więc bębniaczce pokarmową leczymy musimy odpowiednią dietą. Przez usunięcie pożywienia, obfitującego w błonnik, przez ograniczenie podawania skrobi, w pewnych przypadkach wogóle węglowodanów, przez ograniczenie ilości białka, przez zmniejszenie dodatków tłuszczu, otrzymamy poprawę, o ile chodzi o fermentację błonnika, względnie węglowodanów, gnicia białkowego albo nadmiernego wytwarzania się kw. tłuszczowych. — Także należy zwracać uwagę na leki i pewne trucizny. Jeżeli nie udaje się przez same zabiegi dietetyczne zwalczyć bębniaczki, to istnieje jeszcze jeden sposób usunięcia bębniaczki pokarmowej: adsorbcja gazów. Przeprowadza się to przez podawanie substancji koloidalnych, które przez działanie powierzchniowe łądzą się gazem. Tutaj należy węgiel zwierzęcy i roślinny, glina, *bolus alba*, kaolin, sole bizmutu, preparaty taninowe i t. d. Dalej przez zmianę flory bakteryjnej, przez zmianę diety tłuszczowej na węglowodanową, mięsnej na jarzynową i t. p. Wreszcie przez doprowadzenie bakterji, jak np. bakterje kw. mlekowego (kiefir, yoghurt, laktobacyllina). W końcu przez podanie środków dezynfekcyjnych, które niszczyłyby zarodki bakterji, jak np. tymol w postaci perełek tymolowych (0,02—0,03), mentol (0,05), rezorcyna, wreszcie przez podawanie środków obojętnych, które zmieniają środowisko procesów fermentacyjnych, np. parafina. Czasem zachodzi potrzeba wzmocnienia działalności gruczołów przewodu pokarmowego, wiemy bowiem, że czasem podanie kw. solnego z pepsyną znosi bębniaczce pokarmową, to samo czynią preparaty trzustki, żółciowe, które przez pobudzenie wydzielania żółci i soku trzustkowego działają przeciwbębniaczco. Środki czysto fizyczne, jak termofor, diatermia, okłady błotne, okłady szlamowe, pomagają wraz z zarządzeniami dietetycznymi w zwalczaniu tego rodzaju bębniaczki. Bębniaczka mechaniczna daje się usunąć tylko drogą mechaniczną. Tutaj zabiera głos chirurg, a tyl-

ko przez współpracę internisty z chirurgiem zostaje ustalone wskazanie do zabiegu i przeprowadzony zabieg w odpowiednim czasie. Często bardzo niewinne mechaniczne zabiegi mogą usunąć taką bębniaczce mechaniczną, jak np. zmiana ułożenia chorego (położenie na brzuchu), ręczne odprowadzenie przepukliny, lawatywy z oliwy, płukanie żołądka — te wszystkie zabiegi mogą uchronić niekiedy od wkroczenia operacyjnego. Lecz w ogólności dziedzinie bębniaczki mechanicznej należy w większym lub mniejszym stopniu do kompetencji chirurga. W przeciwieństwie do tego bębniaczka dynamiczna często przedstawia trudności w leczeniu, albowiem ma się tu do czynienia z porażeniem jelit, względnie ze skurczowo ściągniętymi częściami zwieraczy, więc przez pobudzenie perystaltyki na drodze a) krwionośnej (wstrzykiwanie hipofizyny, fizostygminy, ( $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  mg.)), b) w niektórych przypadkach przez zniesienie leżdywiowe (5% nowokaina 2-3 cm<sup>3</sup>), c) przez środki przeczyszczające, jak: olej rycynowy, *aloë*, *podophyllum*, preparaty senesowe, przez odpowiednie roztwory soli (*Natr. sulfuricum*, *Magn. sulfurica*) wspomnę tu sól Morszyńską, d) przez użycie prądu faradycznego (*per rectum*), staramy się pobudzić ruchy robaczkowe jelit. Również kw. żółciowe są silnymi środkami, pobudzającymi ruchy robaczkowe. Postacie spastyczne staramy się usunąć za pomocą preparatów atropinowych, papaweryny, olejków eterycznych, *terpinum hydratum* i t. p. Działanie preparatów choliny zdaje się być jeszcze niepewne.

Widzimy, że bębniaczka może występować pod rozmaitemi obrazami klinicznymi, z drugiej strony należy podkreślić, że najrozmaitsze stany chorobowe mogą ją wywołać. W poszczególnym przypadku jest często trudno odnaleźć z całą pewnością pierwotną przyczynę bębniaczki. Zawsze należy zapatrywać się na bębniaczce jako na ważny objaw, często sprawdzający groźne zjawiska, które wymagają od lekarza natychmiastowego wkroczenia.

#### PIŚMIENNICTWO.

1. — H. Kahler — Über Meteorismus W. kl. W. Nr. 29 1926
2. — K. Glaessner — Meteorismus und seine Behandlung. W. kl. W. Nr. 40. 1927
3. — Knud Faber — Die Krankheiten des Magens und Darmes
4. — S. Boas — Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten
5. — M. Matthes — Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten. — 6. — W. Zweig — Darmkrankheiten 7. — Spec. Pat. und Ther. innerer Krankh. F. Kraus u. Th. Brugsch. V. B. 1921 Störungen der Motilität. L. Kuttner 8 — E. Feer. Lehrbuch der Kinderheilkunde 9. — O. Küstner. Lehrbuch der Gynäkologie.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Medycyna społeczna, Higjena, Epidemiologia i Statystyka.

■ Prof. CHAJES B. Kompendium der sozialen Hygiene. Dritte vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. (str. 167, Leipzig 1931. Georg Thieme.)

Niewielka ta praca, obejmująca całokształt zagadnień higieny społecznej, znana jest już naszym czytelnikom z wydania polskiego tłumaczenia Dr. Br. Handelsmana.

Obecne wydanie jednak różni się znacznie od pierwszego, jest dość gruntownie przerobione i doprowadzone do

ostatnich czasów, tak, że np. znajdujemy daty już za rok 1928. Najszczegółowiej i najstaranniej opracowany jest dział higieny pracy i ochrony zdrowia mas pracujących. Natomiast brak higieny macierzyństwa, jaglicy, brak i innych spraw, włączanych u nas zwykle do higieny społecznej. Słabą też stroną jest, że całe niemal dzieło poświęcone jest zagadnieniom higieny społecznej w Niemczech, jest, można powiedzieć, zbyt niemieckie (nie w znaczeniu specyficznie ujemnym), przez co niektóre działy mniej są ciekawe dla Polaka, czy jakiegokolwiek innego cudzoziemca, nie obeznanego z życiem społecznym w Niemczech i mniej się temt sprawami interesując



A wiemy dobrze, że właśnie duża tu jest różnica między higieną społeczną, wszędzie różną i higieną doświadczalną, która zawsze jest jednakowa. Pomimo jednak tego braku, który, zresztą, wypływa więcej z istoty samego zagadnienia, niż z traktowania go przez autora, książka Chajesa może być polecona, jako niewielki podręcznik, wszystkim, którzy się zagadnieniem higieny społecznej interesują. Z nielicznych małych podręczników, jakie istnieją w literaturze europejskiej, ten, prawdopodobnie, jest najpełniejszy i najlepszy.

M. K a c p r z a k.

## Djagnostyka

■ Dr. Richard WEISS, Berlin. *Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsverfahren zur klinischen Diagnostik für den praktischen Arzt und Apotheker. Vierte vermehrte Auflage mit 51 Abbildungen, Leipzig 1931 Fischers medicinische Buchhandlung. H. Kornfeld. str. 270.*

Jest to skarbnica wiedzy laboratoryjnej dla klinik i oddziałów szpitalnych, wykonywających prace naukowe. Pierwsze wydanie tej cennej książeczki ukazało się w r. 1910 — obecne wydanie czwarte, uzupełnione wieloma kolorometrycznymi i mikrometodami, które znalazły wstęp do kliniki, przekroczyło już zakres kompetencji jednej osoby, tak, iż autor wolał niektóre rozdziały, jak badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, krwi, badania spektrometryczne, powierzyć fachowcom.

Badania laboratoryjne okresu powojennego zmieniły i rozszerzyły się do niepoznania; dotyczy to przede wszystkim mikrometrycznych badań krwi na zawartość w niej cukru, moczynika, kwasu moczowego, barwników żółciowych, chlorków, wapnia, fosforu, kwasu mlekowego i t. d., pozatem badania przynależności krwi do grup, określanie koncentracji wodoro-wjonowej w płynach ustrojowych, wczesne rozpoznawanie raka i ciąży za pomocą odczynu Abderhaldena, liczne spektrometryczne określenia barwników (urobilina, hemoglobina, bilirubina etc.). Liczba reakcji wzrosła niepomniernie, opisy ich rozproszone są po monografiach i czasopismach, najwyższy już czas, żeby zebrano je do jednego podręcznika, opracowanego systematycznie i krytycznie.

Takim właśnie podręcznikiem, w postaci poręcznej książeczki, jest właśnie praca R. Weissa. Obejmuje ona badania: moczu (fizykalne, jakościowe, ilościowe, osadu, konkretów), zawartości żołądkowej, kału, krwi, badania bakteriologiczne, badania czynności nerek i wątroby, płynu mózgowo-rdzeniowego i pokarmu kobiecego.

Każdy z tych działów jest opracowany zwięźle, konspetkowo, ale wyczerpująco; opis reakcji nowych przytoczony z podaniem źródeł, przeważnie czasopism ostatniej doby, a głównie: poprzedzony jest klinicznym wstępem z wyjaśnieniem ważności danych badań dla kliniki. Dla przykładu zwróć uwagę na wstęp, poprzedzający metody badania barwników żółciowych we krwi (stany subikteryczne, rozróżnienie niedokrewności hemolitycznych i niedokrewności innego pochodzenia, odróżnienie białka zastoinowego w moczu w przebiegu wad serca od białka pochodzenia nefrytycznego, wczesne rozpoznanie kamicy żółciowej). Z takich wstępów widać, że książkę opracował klinicysta, co wzbudza tem większe zaufanie.

Z działów szczególnych należy wymienić wszystkie odczyny na gruźlicę wraz z próbą antygenowa Wassermana n adającą możliwość stwierdzenia czynnej gruźlicy; próby alergiczne (na dychawicę, pokrzywkę etc), wszystkie próby serologiczne na kłę (Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke, Dolda).

Książka, wydana estetycznie, wydrukowana starannie, bez błędów, oprawiona w płótno, stanowi cenny nabytek biblioteki lekarskiej i musi być polecona nie tylko oddziałom,

posiadającym pracownie, ale każdemu lekarzowi, który interesuje się postępowaniem medycyny i pragnie należycie zrozumieć obecne publikacje kliniczne.

W. K n a p p e.

## Lecznictwo.

■ Stefan ZWEIG. *Die Heilung durch den Geist*. Lipsk 1931.

Autorem jest, jak wiadomo, nie lekarz, lecz poeta, psycholog, pisarz wielkiej miary, którego utwory dotychczasowe bywały zawsze wydarzeniem literackim pierwszorzędного znaczenia. Z w e i g czytany jest w oryginale i w tłumaczeniach we wszystkich językach. Jego utwory powieściowe, głęboko przemyślane, biografje i psychografje znakomych postaci historycznych, poetów, mężów stanu należą do najwytworniejszych produkcji literatury współczesnej. Niema wśród inteligencji nikogo, kto by z nazwiskiem Z w e i g a nie był dorze oeznany. Można było z góry spodziewać się książki niepowszedniej, dowiedziawszy się, że Z w e i g a zajął problemat psychoterapii. Bo istotnie pod tytułem powyższym mieści się wykład historyczny o psychoterapii, podany w formie tak wykwintnej, po literacku tak doskonalej, a nawet naukowo tak kunsztownej, że więcej nauczyć się zeń można, niż z podręcznika profesora neurologji i psychiatrii. Lecz nie należy się spodziewać, iż znajdziemy tu cośkolwiek o technice psychoterapii. Z w e i g usprawiedliwia i najbardziej przekonywającymi argumentami udowadnia konieczność powstania metody leczenia na drodze „duchowej”. Nie sięgając zbyt daleko w przeszłość, rozpoczyna od M e s m e r a, dłużej rozwodzi się nad „Christian Science” Mary B a k e r - E d d, aż do końca wykładu obszernie, jasno, przystępnie i przekonywająco naukę Zygmunta F r e u d a, którego przynika w najgłębszych warstwach „podświadomości” i rozumie niby niezgodne ogniwo w rozwoju poznawania i leczenia człowieka jako nierozdzielnej całości.

Bliżej treści książki Z w e i g a rozmyślnie tu nie podaję. Pragnę szczerze, aby ją przeczytał każdy lekarz, a pewny jestem, że też każdy z jej czytelników za tę wskazówkę wdzięczny mi będzie. Ta cenna książka jest jeszcze jednym dowodem, jak na najwyższych szczeblach myśli ludzkiej spotykają się z sobą, rozumieją i zbliżają badacze przyrody i artyści, uczeni i poeci, eksperymentatorzy, badający zjawiska przyrody, i myśliciele, których podniętą twórczą zda się być wyłącznie intuicja i natchnienie.

M. F.

■ BAYFR-MEISTER LUCIUS. I. G. Farbenindustrie. *Środki lecznicze*.

Znana firma I. G. Farbenindustrie wydała broszurę zawierającą szczegółowy opis specyfików, surowic i szczepionek, wyrabianych w swoich zakładach farmaceutycznych. Spis ten, podany w porządku alfabetycznym, ułatwia orientację co do składu chemicznego środka, sposobu stosowania, dawkowanie, własności leczniczych i wskazań. Osobny rozdział obejmuje znów w porządku alfabetycznym ułożony przegląd chorób, w których dany lek jest wskazany. Bardzo pożądany w praktyce dodatek stanowią wskazówki praktyczne, dotyczące dawki ważniejszych leków, objawów i leczenia najczęściej zdarzających się otruc, chorób zakaźnych, odżywiania zdrowych niemowląt, kalendarza ciąży, wartości kalorycznej środków żywnościowych, zawartości witamin w pożywieniu i t. d.

X.

CARNOT i LENORMAND. *Wpływ chłodnych kąpeli na wysysanie się puchliny*. (Paris Medical Nr. 52, 1930).

Autorzy zauważyli zmniejszenie się obwodu brzucha

i obniżenie poziomu płynu w jamie brzusznej po zastosowaniu kąpeli, oziębianej od 38 do 30 stopni. Granica stłumienia po takiej kąpeli obniżała się w przypadku marskości wątroby na tle alkoholowym o 3 palce, tak, że wątroba stała się dostępna dla badania. W miejsce płynu zjawiał się odgłos bębnowy. Wskaźnik refraktometryczny krwi, oznaczony przed kąpielą i po niej, wykazał zmniejszenie się ilości białka, co dowodzi rozwodnienia krwi przez wysysanie się płynu puchlinowego. Następnego dnia jama brzuszna znowu wypełniła się płynem, jednak w stopniu mniejszym. Wpływ następnych kąpeli jest również wyraźny, choć nie tak wybitny. Po 10 dniach stosowania kąpeli poziom płynu był o 2 palce niższy. W innym przypadku puchliny na tle marskości wątroby ilość płynu zmniejszyła się o tyle, że można było wymacać wątrobę. Jednocześnie obniżył się wskaźnik refraktometryczny krwi. Tenże wskaźnik, określony w płynie z jamy brzusznej, nie uległ żadnej zmianie, z czego wynika, że pewna część białka, która z płynem przeszła do krążenia, uległa zamaskowaniu przez rozwodnienie.

Rezorbcja płynu z jamy brzusznej niezawsze jest jednakowa, co przypuszczalnie zależy od stopnia zaniku krążenia wrotnego, rozległości krążenia obocznego, rozmiarów puchliny. Naogół nieznaczne zmiany kliniczne idą w parze z małym spadkiem wskaźnika refraktometrycznego. Ochładzane kąpiele nie zmieniają ilości białka w surowicy krwi u osób normalnych.

Autorzy sądzą, że zimna kąpiel ma działanie podobne do diatermji. Pod wpływem zwężenia naczyń obwodowych od zimna rozszerzają się naczynia głębokie. Wsysanie się płynu po kąpeli jest przejściowe, a działanie jej należałoby spotęgować przez dodanie środka moczopędnego w okresie większego rozwodnienia krwi.

Podobne zmiany po kąpeli i dłużej nawet się utrzymujące spostrzeżono również u chorych z puchliną na tle raka i tobieli jajnika. W ostatnim przypadku poprawa wystąpiła po ograniczeniu kąpeli z 38 do 44 st. C. i wtórnem jej oziębieniu do 26° C.

F. Turyn.

W. HEUBNER. W sprawie cofania się objawów zatrucia do dużych dawek Vitasteryny. (Klinische Wochenschrift 1930, Nr. 17).

Schmidtmann doniosła niedawno, że zwierzęta którym podawano Vigantol w zbyt dużych dawkach, nie doprowadzających jednak do śmierci, a jedynie do wystąpienia objawów chorobowych, lub nie doprowadzających nawet do żadnych objawów, po odstawieniu Vigantolu stale znowu zapadały i ginęły w ciągu niewielu dni. Pomiędzy zaprzestaniem podawania Vigantolu a początkiem śmiertelnej choroby mijały często dni, tygodnie a nawet wiele miesięcy bez żadnych objawów. Według autorki zwierzęta, leczone uprzednio Vigantolem, są szczególnie wrażliwe na „najmniejsze nawet banalne zakażenia“. Wobec tego, że Schmidtmann na wszystkich sekcjach badanych zwierząt znajdowała ogniska chorobowe w naczyniach, przypuszcza ona, że istnieje związek między uszkodzeniem naczyń i następczo ujawniającą się chorobą, i uznaje dalszy rozwój działania początkowego na naczynia, doprowadzający do ciężkich stanów chorobowych. Również i Heubner stwierdził, że ogniska chorobowe, występujące w tętnicach — przynajmniej u królika — nie okazują wcale skłonności do cofania się. Heubner wątpi jednak, czy przy zaprzestaniu dalszego dwozu vitasteryny nowe ogniska tworzą się z taką samą łatwością, jak w obecności nadmiaru vitasteryny. Stanowczo przeciwstawia się jednak Heubner pogładowi, że zmiany w tętnicach królików mogą w ciągu podanego przez Schmidtmann czasu, a mianowicie kilku miesięcy, doprowadzić do nowych objawów klinicznych cho-

roby ogólnej zwierzęcia. Nie zgadza się również Heubner na to, że takie zwierzęta, które otrzymały umiarkowaną ilość vitasteryny, są szczególnie wrażliwe na banalne zakażenia, najczęściej zdarzające się u zwierząt, trzymanych w klatkach. Rozumie się samo przez się, że króliki, które poprzednio otrzymały vitasterynę, mogą zapaść na wszelkie nieprzewidziane choroby: zdarza się to jednak w zwykłych warunkach trzymania królików dosyć często, nawet, gdy nie podawano im żadnych leków: w każdym razie w zakładzie Heubnera, gdy zwierzęta otrzymywały vitasterynę, podobne przypadki śmierci nie były wyraźnie częstsze, niż zwykle. Nawet wprost przeciwnie. Heubner obserwował króliki, które mimo uprzedniego podawania vitasteryny i nawet znacznych zmian chorobowych w tętnicach pozostawały przez długi czas zupełnie zdrowe i okazały się bardzo odporne na zakażenia przypadkowe, wskutek których zginęła znaczna część zwierząt doświadczalnych. Jeden z królików np., który w ciągu 10 dni otrzymał ogółem 100 mg. średnio silnego preparatu vitasteryny, schudł przez miesiąc tak, że waga jego wynosiła 68% wagi początkowej, następnie jednak w ciągu 8 miesięcy waga jego doszła do 13% wagi początkowej. Jednocześnie u zwierzęcia stwierdzano bardzo rozległe zmiany w tętnicach. Dwoje innych zwierząt obserwowano po takim samym przygotowaniu przez 3½ miesiąca i cały czas stwierdzano doskonały stan zdrowia, a waga utrzymywała się stale na poziomie początkowym: po zabiciu zwierząt stwierdzano na sekcji rozlane zmiany naczyniowe. Czworo dalszych zwierząt zabito, gdyż jedynie one pozostały przy życiu w całej stajni, którą z powodu ciężkiej epidemji wśród królików należało zupełnie opróżnić, aby przeprowadzić w niej dezynfekcję. Z pośród tych zwierząt jedno otrzymało na 8 miesięcy przed śmiercią stosunkowo dużą dawkę i wykazało bardzo ciężkie i rozległe zmiany miażdżycowe tętnic. Pozostałe zwierzęta otrzymały dawki mniejsze, lecz jednak okazujące wpływ na zwężenie. Jedno z nich żyło jeszcze 7 miesięcy, oboje pozostałe przeszło 3½ miesiąca. Ze zwierząt tych tylko u jednego stwierdzono małe ognisko w aorcie, dwoje innych zaś żadnych zmian chorobowych w tętnicach nie wykazywało.

Spostrzeżenia powyższe dowodzą, że niema powodu obawiać się trwałości zmian, wywołanych działaniem vitasteryny.

J. Typograf.

## Choroby serca i naczyń

PAL. Wzmoczone napięcie ścian tętnic. (D. m. W. N. 52 1930)

Za podstawę wzmoczonego napięcia ścian tętnic można przyjąć zmiany w sarkoplazmie komórek mięśniowych. Spotykamy to wzmoczone napięcie w tętnicach, jako objaw przejściowy skurczów naczyniowych, albo jako zjawisko, powstające na stałe, jednak wzmoczone napięcie ścian tętnic nie jest jednoznaczne z nadciśnieniem. Podczas, gdy dawniej odnosiliśmy twardość ścian tętnic do miażdżycy, ustalono dziś, że zjawisko to *in vivo* zależy od stanu czynnościowego, rzadko zaś jest uwarunkowane zmianami organicznymi.

Wzmoczone napięcie ścian tętnic (*hypertonia*) pierwotne, stałe, zwane także samoistne lub wrodzone, jest chorobą o etiologii mózgowej, względnie ujmowane, jako nerwica naczyniowa. Choroba ta może ulec w wydajny sposób wzmoczeniu dzięki wpływom endogennym w okresie klimakterjum lub naskutek czynników psychicznych.

Druga forma hipertencji ma etiologję toksyczną. Jady zewnętrzne — i zewnątrz pochodne mniej lub więcej szybko atakują sarkoplazmę mięśni narządów krążenia. Częste występowanie wzmoczonego napięcia tętnic o pochodzeniu toksycznym łącznie z kłębuszkowym zapaleniem nerek i wtórna

nerką morską doprowadziło do poszukiwania przyczyny hipertoni w cierpieniu nerek. Jednak dokładne spostrzeganie stanów daleko posuniętego rozwoju wtórnej morskości nerek aż do stanów niewydolności nerek oraz przebieg płonicy nie potwierdza tego w całej rozciągłości.

Przełomy naczyniowe w przebiegu wzmoczonego napięcia tętnic zależą od sperjalnych stanów podrażnienia.

Hipertonja w okresie ciąży jest pochodzenia od wewnątrz. Ostro białkomoc w napadzie rzucałki porodowej należy uważać jako skutki angiospasmów, a nie jako „nephritis”.

Zmiany nerek w przebiegu różnych typów hipertoni pochodzenia toksycznego nie są jednakowe. Cierpienie nerek powstaje z tych samych źródeł, z których powstaje i hipertoni. Zarówno w pierwotnej postaci jak i toksycznej nerki nie są pierwotną przyczyną wzmoczonego napięcia ścian tętnic i nadciśnienia.

Spostrzeżenia kliniczne ustaliły, że w przebiegu tego cierpienia mamy rozmieszczenie krwi trojakiego rodzaju: w pierwotnej hipertoni czerwony wygląd chorego zależy od zastój tętniczego w jakim się on znajduje, w toksycznej postaci bledź skóry uwarunkowana jest zwężeniem układu naczyniowego. Różnie zachowuje się stan psychiczny tych chorych; w pierwotnej postaci są oni drażliwi, pobudliwi, w toksycznej — spokojni, flegmatyczni. Wynika to z różnego zaopatrywania mózgu w krew. Trzecim momentem jest różnie zachowanie się tętnic i żył na dnie oka.

Z powyższego wynika też postępowanie lecznicze. Możemy spotkać przypadki o przebiegu toksycznym i złośliwym, tym ostatnim często towarzyszą przełomy naczyniowe. W pierwotnej hipertoni należy zwrócić baczną uwagę na wywiad, gdyż cierpienie to zaczyna się często we wczesnym dzieciństwie. Chorzy ci b. dobrze reagują na spokój, zmianę otoczenia, klimat wysokogórski, psychoterapię. Wszelkie usiłowania w kierunku obniżenia ciśnienia mogą przynieść początkowo ulgę, następnie zaś szkodę.

Zmniejszenie napięcia sarkoplazmy można osiągnąć przez zastosowanie papaweryny, eupaweryny i innych związków grupy benzylowej, następnie różne nitryty i nitraty działają podobnie.

Stany podrażnienia wymagają zastosowania bromu, walerjany, luminaletek, dalej wodolecznictwo (kąpiele CO<sub>2</sub> i C). Preparaty teobrominowe, jod i połączenia rodanowe mają również swoje uzasadnienie w lecznictwie. Dla zmniejszenia napięcia ważnym czynnikiem jest ciepło. Upusty krwi stanowią swągo rodzaju kłapę bezpieczeństwa.

St. Luxenburg

J. FREUNDLICH, O wpływie ucisku tętnicy szyjnej (Carotisdruck) na wewnątrzkomorowe zaburzenia przewodnictwa. (Dtsch Arch. klin. Med. t. 168, z. 5—6)

Autor podaje opis dwóch przypadków, które w okresie niedomogi serca wykazywały w elektrokardjogramie wewnątrzkomorowe zaburzenia przewodnictwa (blok arboryzacji, rozdrzewienie, wzgl. blok gałązki). Objawy zaburzeń przewodnictwa ustąpiły po ucisku tętnicy szyjnej, wzgl. gałki ocznej. W obu przypadkach zmienił się elektrokardjogram po ustąpieniu objawów niewyrównania; w jednym przypadku przez próbę pracy wywołano nanowo obraz wewnątrzkomorowych zaburzeń przewodnictwa.

Obok zmian organicznych, zdaje się, że i czynniki funkcjonalne (zmęczenie) odgrywają dużą rolę w wywoływaniu wewnątrzkomorowych zaburzeń przewodnictwa, jak to już podnosił Robinsón.

Henryk J. Landau

A. S. KOVERSI. Przyczynek kliniczny do badania węzła czczo-przedsiolkowego. (Arch. des Mal. du coeur N. 6 1930)

Zaburzenia zespołu czczo-przedsiolkowego można podzielić na trzy grupy: uszkodzenia węzła Keith — Flacka, uszkodzenia węzła Pace — Bruniego i uszkodzenia drogi, łączącej oba węzły.

Uszkodzenia węzła Keith — Flacka, powodujące jego zniszczenie, przekazują czynność pace-makera węzłowi Pace — Bruniego, skracają czas przebiegu bodźca od miejsca jego powstania w przedsiolku do komory, t. j. od węzła Pace — Bruniego do węzła Aschoff — Tawary. Sąsiedztwo prawego uszka i tego nowego ośrodka regulującego, jeśli nawet oba węzły są od siebie oddzielone, pozwala na to, że bodziec osiąga oba uszka jednocześnie lub prawie jednocześnie. W elektrokardjogramie uszkodzenie to ujawnia się w skróceniu odstępu P—R, dikrotyzmie wychylenia P lub też rozdwojeniu fali przedsiolkowej w elektrokardjogramie, ale nie w krzywej żylniej.

Uszkodzenia drogi, łączące oba węzły, dowodzą ich niezależności: istnieją dwa odrębne i autonomiczne ośrodki dla pobudzania obu przedsiolków. Doświadczalne badania autora dowodzą, że w tych razach rytmy obu węzłów mają jednakową częstość, lecz różnią się większym lub mniejszym odstępem czasu. Graficznie ujawnia się to w rozdwojeniu fali przedsiolkowej, co można stwierdzić bądź w elektrokardjogramie, bądź w krzywej żylniej.

Uszkodzenia węzła Pace — Bruniego dowodzą współistnienia bodźców wychodzących z węzła Keith — Flacka, nie mogących się przenosić ku dołowi, i bodźców, wychodzących z węzła Aschoff — Tawary. Typowym przykładem takiego uszkodzenia jest przypadek, opisany przez Daniełopolu i Proca.

Te rozmaite uszkodzenia mogą się kojarzyć. W razie zniszczenia obu części zespołu czczo-przedsiolkowego kierowanie rytmem serca przechodzi do niżej położonych ośrodków — węzła Aschoff — Tawary (rytm węzłowy lub lepiej przagrodowy).

Henryk Landau.

### Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

ASSMANN. Wątroba i śledziona w chorobie Basedowa. (Münch. med. Woch. № 6 — 1931).

Żółtaczką może przypadkowo powikłać przebieg ch. B., jako żółtaczką nieżytowa, w kamicy żółciowej lub zapaleniu dróg żółciowych, jako żółtaczką na tle kiły albo innego zakażenia, nie mającego widocznego związku przyczynowego z ch. B.

Niedomoga serca z obrzękami i powiększeniem wątroby jest ciężkim powikłaniem ch. B. Wystąpić tu może żółtaczką na tle zastoinowym, która jest najczęstsza i przebiega zazwyczaj śmiertelnie. Zmiany w wątrobie polegają na nacieczeniu tłuszczowem wątroby (mu-zkatułowe).

Bardzo rzadko żółtaczką zjawia się wśród ciężkich objawów toksycznych, z niepokojem, sennością i t. p., bez żadnych oznak niedomogi sercowej. Tego rodzaju żółtaczką wynika prawdopodobnie z zatrucia na tle nadczynności tarczycy. Jednocześnie zmianom ulegają nerki (białkomoc i wałeczki w osadzie moczowym), mięśnie szkieletu i serca. Najcięższą postacią tego rodzaju zmian obserwuje się jako ostro żółty zanik wątroby. Powikłania tej grupy dają zawsze zejście śmiertelne. W bardzo rzadkich przypadkach poprawę osiągnąć można za pomocą cukru i insuliny. Tyreotoksyzm może doprowadzić do morskoci wątroby, przebiegającej z żółtaczką; jest to prawdopodobnie zejście tłuszczowem zwyrodnienia wątroby.

Mięszone zmiany w wątrobie udaje się wywołać n drodze doświadczalnej przez podawanie zwierzętom gruczołu tarczowego lub tyroksyny. Farraut stwierdził zmiany tłuszczowe w centrum zrazików wątrobowych obok zwyrodnienia tłuszczowego w sercu i w nerkach. Inni badacze znaleźli zubożenie komórek wątrobowych w glikogen. Zmiany czynnościowe wątroby polegają nie tylko na wystąpieniu żółtaczk, ale na zaburzeniu gospodar i węglowodanowej (galaktozurja).

O wiele częściej, niż wątroba, powiększona bywa śledziona, i dlatego między temi dwoma zjawiskami nie może być związku przyczynowego. Przerost śledziony zależy od przerostu tkanki limfatycznej, jakkolwiek nie stwierdza się równoległości pomiędzy przerostem śledziony i grasicy. Balbridge i Peterson uzależniają przerost śledziony od zastojów pochodzenia sercowego lub marskości wątrobowej albo wiążą go z przerostem tkanki limfatycznej. Ostatnie przypuszczenie jest bardziej zgodne z wynikami sekcyjnymi.

Karmienie białych myszy gruczołem tarczowym i wstrzykiwanie podskórne tyroksyny wywołuje u tych zwierząt powiększenie śledziony i bujanie tkanki limfatycznej.

F. Turyn.

**BORNSTEIN.** Wpływ środków nasennych na podstawową przemianę materji w chorobie Basedowa. (D. m. W. № 44, — 1930).

Stwierdzenie przed laty, iż wodan chlorału obniża podstawową przemianę materji u ludzi zdrowych o 8%, skłoniło autora do przeprowadzenia podobnych prób u ludzi z chorobą Basedowa. Okazało się, iż w tej chorobie wodan chlorału obniża podstawową przemianę materji o 40%. Badania podobne, przeprowadzone nad środkiem nasennym innej grupy—somnifenem, wykazały brak działania u ludzi zdrowych, w chorobie zaś Basedowa działanie obniżające tylko w przypadkach ze znacznie wzmózoną przemianą materji. Te wyniki nasunęły autorowi przypuszczenie, że na wzmózenie podstawowej przemiany materji składają się 2 czynniki: nerwowy i toksyczny. Ten ostatni wywołuje zwiększone utlenianie w komórkach ustroju. Środki nasenne działają tylko na czynnik nerwowy.

Wanda Fran z ó w n a.

**O. HIRSCH.** Przyczynki do problematu Basedowa. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 168, z. 5—6).

Autor podaje statystykę obserwowanych w ciągu ostatnich 25 lat na klinice wewnętrznej w Halle przypadków choroby Basedowa według płci, wieku, miejscowości, skąd pochodzili, oraz wpływ pory roku na początek choroby.

Częstość choroby Basedowa przebiega równolegle do zawartości jodu środowiska, a więc t. zw. samoistną chorobę Basedowa należy również uważać za spowodowaną przez od (Jodbasedow). Jednakże autor podkreśla, że zawartość jodu środowiska nie jest z pewnością jedynym czynnikiem, odpowiedzialnym za wybuch choroby.

Możliwe jest, że objawy niedomogi i nadczynności tarczycy przedstawiają odczyn tej samej tarczycy raz na ubogie, drugi raz na bogate w jod środowisko.

Autor podkreśla silny współdziałanie układu nerwowego w chorobie Basedowa; w cierpieniu tem zawartość jodu w płynie mózgowordzeniowym jest względnie i bezwzględnie zwiększona. Również we krwi bywa zawartość jodu znacznie zwiększona—25—50 gamma% (wobec 7,5 gamma%—15,3 gamma% w normie).

Henryk J. L a n d a u.

**GEBELE.** Wypełnienie naczyń tarczycy w chorobie Basedowa przed i po jodowaniu. (Münch. med. Woch. № 6 — 1931).

Tarczycy przed zastosowaniem jodu ma wygląd podobny do tkanki mięsnej, jest wypełniona krwią, krucha, po jodzie

jest błada i bardziej spoista, na przekroju szarawa, błyszcząca. Badanie mikroskopowe nieleczonej tarczycy wykazuje rozciągnięcie i wypełnienie naczyń krwionośnych, szczególnie małych żył i włosniczek w przegrodach międzyzrazikowych. Po jodowaniu wypełnienie naczyń jest mniejsze w stosunku odpowiadającym podanej w czasie leczenia ilości jodu: po większej jego dawce niektóre żyłki i kapilary są nawet miejscami próżne.

Autorowi wydaje się możliwym, że remisje w przebiegu m. B. polegają na zmniejszonym ukrwieniu tarczycy. Giordano na podstawie podobnych stosunków naczyniowych, otrzymanych po przewiązaniu naczyń tarczycy, wnosi, że działanie jodu nie jest bynajmniej swoiste, lecz szybsze i bardziej dostępne. W kanalikach gruczołowych zbiera się szybko większa ilość koloidu, ten zaś uciska na ściany i komórki kanalików gruczołowych, a dalej na cienkościenne żyłki i kapilary, znajdujące się w otoczeniu tych gruczołów. Powyższe zmiany mogą wpływać na zmniejszenie wydzielania i wchłaniania tyroksyny. Tego samego poglądu na działanie jodu trzyma się de Courcy.

Na podstawie powyższych badań autor radzi stosować od przez czas krótki przed operacją i po niej. O ile jednak jod był już podawany przez czas dłuższy, jodowanie przedoperacyjne jest zbędne, a nawet szkodliwe.

F. Turyn.

**PARADE i HAAS.** Wyniki leczenia operacyjnego choroby Basedowa. (Münch. med. Woch. № 6—9, 1931).

Autorzy przygotowali chorych do operacji, podając im 5—20 kropeł dziennie roztworu: *Jodii puri 5,0, Kalii jodati 10,0. Aq. dest. ad 100,0.* Poza tem, od piątego dnia stosowania tego roztworu dodawali 3 razy dziennie: *Verodigeni 0,5, Chinidini 0,2.* Działanie ostatniej wyraża się w regulacji tętna w przypadkach z zaburzeniem w jego miarowości. Tą drogą udało się autorom usunąć trwające od lat migotanie przedsionków z niemiarywością komór i skurczami dodatkowemi. Tej poprawie w stanie pobudliwości serca przypisują zmniejszenie się niebezpieczeństwa operacji. Naparstnica zwiększa siłę zapasową serca, wpływając tem samem na lepsze wypełnienie tętna na obwodzie. Naparstnica i chinidyna skuteczne są dopiero po uprzednim przygotowaniu chorych jodem, sam zaś jod nie daje żadnej poprawy w akcji serca. Ważnym czynnikiem w przygotowaniu chorych z ch. B. do operacji jest więc połączenie tych 3 środków. Chorzy leczeni w ten sposób wykazują spadek przemiany podstawowej do 30%, zwolnienie tętna czasem do normy, a nawet przyrost wagi.

W 20-stu na 22 przypadki operacja dała wybitną poprawę. W 2-ch była bezskuteczna. Ostatnie przypadki dotyczyły nerwic wegetatywnych, połączonych z wolem z mało wzmózoną p. p., która, jak i tętno i inne objawy, nie zmieniły się po zabiegu operacyjnym. W 20-tu pomyślnie operowanych przypadkach przyspieszenie tętna i podniecenie układu nerwowego szybko ustąpiły, wróciło dobre samopoczucie, chorzy przybrali na wadze. Niektóre stany poprawy trwają od 4 lat. Poprawę w akcji serca autorzy sprawdzali na krzywych elektrokardjograficznych.

Nie wszyscy jednak chorzy poprawiają się po tyreoidektomji, i to skłoniło autorów do ograniczenia wskazań do operacji. Powstrzymują też przed zabiegien radykalnym te osoby, u których zmiany w sercu posunięte są zbyt daleko, i u których występują objawy jego niedomogi (wybitne przyspieszenie tętna, niemiarywość, obrzęki). Należy wtedy doprowadzić układ krążenia do stanu, zezwalającego na operację. Nie nadają się również przypadki z niezupełnie wyrażonym obrazem chorobowym, jak brak wola, wzmózenia przemiany podstawowej. Tu wskazane jest wyczekiwanie do czasu, aż choroba rozwine się

całkowicie. Przeciwwskazaniem jest również odporność chorych na jod, co ma miejsce po długotrwałym uprzednim podawaniu jodu.

Wskazówką, czy operację można podjąć, jest obserwacja chorych w okresie przygotowawczym, kiedy stan ich zaczyna się poprawiać.

F. Turyn.

**HERZFELD i FRIEDER. Wyniki leczenia choroby Basedowa ochronną djetą Bluma.** (Münch. med. Woch. № 6—1931).

Z badań doświadczalnych Bluma o roli i czynności ciała przytarczycznych wynika, że we krwi krąży hormon tych gruczołów, a jego działanie wykazuje się również przy karmieniu krwią zwierzęcą. W ten sposób udało się badaczowi uchronić szereg zwierząt przed objawami wypadnięcia czynności ciałek przytarczycznych. Z badań tych wiadomo, że gruczoły te nie zawierają hormonu, tylko ciało hormonorodne, które zostaje uczynnione nazewnątrz gruczołu i we krwi zjawia się już jako hormon. Wapń, jako składnik, brakujący krwi, nie odgrywa tak ważnej roli w profilaktyce u zwierząt, pozbawionych przytarczyczek, gdyż karmienie samem mlekiem nie chroni ich przed tężyczką, ani przed charłactwem; skuteczne natomiast okazało się karmienie krwią i mlekiem. Mięso pogarsza stan zwierząt po paratyreoidektomji.

Djeta ochronna Bluma w leczeniu tężyczki składa się z mleka, jarzyn i pewnej codziennej dawki świeżej krwi lub suchego preparatu krwi — Hämokrinin; zakazane jest mięso oraz wszelkie jego produkty i wyciągi.

Blum wykazał na zwierzętach, że we krwi znajduje się ciało, które hamuje wpływ tarczycy na rozwój zwierząt. Ponieważ, z drugiej strony, krew od chorych na ch. Basedowa źle wpływa na wzrost kijanek, czyniono próby nad leczeniem tej choroby djetą Bluma. Autorzy wyszli z założenia, że o ile preparaty tarczycy skuteczne są w leczeniu tężyczki, to możliwy jest odwrotny wpływ hormonu przytarczyczek na choroby tarczycy, np. ch. B.

W ciągu ostatnich 2 lat stosowali więc djetę Bluma w 6-ciu przypadkach ciężkich ch. B. Leczenie polegało na bezmięsnej djecie mieszanej, przeważnie jarskiej i owocowej i podawaniu 40 tabletek Hämokrinin dziennie. Preparat brany był przez chorych w mleku lub jakimkolwiek innym nieogrzewanym płynie. Wszystkie przypadki dotyczyły osób, bezskutecznie leczonych różnymi odpowiednimi metodami, nieoperowanych ze względu na ciężki przebieg choroby. Chorzy ci poprawili się po djecie Bluma o tyle, że odzyskali zdolność do pracy — przyspieszenie tętna ustępowało stopniowo pomimo nieuchwytanych zmian w wielkości wola. Wypadanie włosów, poty, biegunki, zwłaszcza wytrzeszcz, cofnęły się znacznie. Pomiar podstawowej przemiany materji, przeprowadzone kilkakrotnie, wykazały stopniowe jej zmniejszenie się, czasami powrót do normy. Jednocześnie chorzy przybierali na wadze.

Zdaniem autorów, działanie krwi jest hormonalne. O ile początkowo podawanie Hämokrinin musi być stałe, to po pewnym czasie i po uzyskaniu poprawy może być prowadzone okresowo.

F. Turyn.

## Wskazówki praktyczne

Boisel stosował z powodzeniem *Magnes uim hyposalurosum* w następujących schorzeniach, należących do dziedziny *anafilaksji*: w 2 przypadkach kurczowego nieżytu nosa odpowiadającego nieżytoowi siennemu, zupełne wyleczenie po zażywaniu 4 — 6 pastylek półgramowych dziennie; taki sam skutek w 2 przypadkach nieżytu nosa bez związku z porą żniw; równie dobry wynik w przypadku anafilaksji piekarskiej z napadami kichania, objawami ocznymi i astmą; w 12 przypadkach astmy lek omawiany działał równie szybko, jak adrenalina bez jej cech ujemnych. W astmie zaskługuje na uwagę działanie zapobiegawcze; 10 ctm.<sup>3</sup> 10% roztworu co 4 dni lub 2 — 3 gr. dziennie przez usta w ciągu kilku tygodni. Skuteczne było działanie *M. hy.* także w jednym przypadku padaczki i w 3 przypadkach pokrzywki i wyprysku. W kilku przypadkach dychawicy u gruźlików i wymiotów w pierwszych miesiącach ciąży wynik był ujemny. (Presse méd. 1930 Nr. 40).

— 0 —

Maxwell miał dobre wyniki leczenia *tuberkuliną* uporeczywej *astmy*, która nie ustępowała pod działaniem innych środków. Przed rozpoczęciem leczenia należy za pomocą śródskórnego zastrzyknięcia przekonać się o stopniu wrażliwości ustroju na tuberkulinę. W razie mocno dodatniego odczynu zaczyna się od zastrzyknięcia podskórnego 0,1 ctm.<sup>3</sup> starej tuberkuliny 1:1000000 i, stosując ostrożnie raz na tydzień wzrastające dawki, dochodzi się do rozcieńczenia 1:1000. Następnie w odstępach 14-dniowych, znowu stopniowo podnosząc dawkę, dochodzi się do 0,5 ctm.<sup>3</sup> roztworu 1:1000. Tę maksymalną dawkę można powtarzać w odstępach

miesięcznych, o ileby zachodziła potrzeba. W razie ujemnego odczynu tuberkulinowego można rozpocząć od 0,1 ctm.<sup>3</sup> roztworu 1:1000. Jeżeli chory pozbywa się napadów przed ukończeniem kuracji, to niema konieczności dojścia do dawki maksymalnej, jednak dawki mniejszej nad 0,1 roztworu 1:1000 jako końcowej stosować nie należy. Kuracja trwa przeciętnie 6 miesięcy; ujemnego działania tej kuracji M. nie stwierdził. (Brit. med. J. 1930 Nr. 3618).

— 0 —

E. Egan opisuje nieznanego dotychczas działania uboczne *efetoniny*: u mężczyzny w starszym wieku występuje *wzmocnienie pociągu płciowego oraz potencji płciowej*. W jednym przypadku wybitnego nadmiaru użycia efetoniny (10 pastylek 0,05 naraz!) wystąpiło złe samopoczucie, drżenie kończyn, umiarkowany wzrost ciśnienia krwi, potliwość. Objawy te po 8 godzinach ustąpiły. (M. m. W. 1931 Nr. 10).

— 0 —

B. Buchholz otrzymał zupełne zniesienie dolegliwości w 7 z 11 przypadków *dławicy piersiowej* po podaniu *Lacarnolu* (hormon sercowy). (D. m. W. 1931 Nr. 5).

— 0 —

E. Stettner podaje dobre wyniki stosowania w *krztuścu szczepionki*, wyrabianej przez firmę I. G. Farbenindustrie. (D. m. W. 1931 Nr. 5).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Towarzystwo Patologów Polskich (Oddział Pozn.) i Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie z dnia 23 stycznia 1931 r.

Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki. Obecnych: 58.

W tajem głosowaniu zostają przyjęci jednogłośnie na członków Wydz. Lek. T.P.N. Dr. S. Bylina i Dr. S. Winter.

1) Dr. Szlichciński przedstawia chorego z rozpoznaniem: *pemphigus foliaceus*.

2) Dr. Barlik przedstawia dwa przypadki *gruczolaków jelita ślepego*, jeden typu rdzeniastego, drugi typu zwężającego.

3) Doc. Łabędziński przedstawia rentgenogram klatki piersiowej chorego na *gruźlicę płuc* z osobliwym obrazem zwłóknienia prawie całego obszaru obu płuc, poza zmianami naciekowymi. Niemożność znalezienia prątków Kocha u chorującego chorego spowodowała wątpliwości rozpoznawcze. Zmiany anatomiczne płuc w tym przypadku omawia Dr. Barlik, który stwierdził starą gruźlicę jamisto-serowato-włóknistą górnych części obu płuc z dużymi zmianami pylicznymi. Dolne części płuc wykazują świeże zmiany typu *tbc. acino-nodosa*.

W dyskusji zabierają głos: Dr. T. Alkiewicz i Doc. Łabędziński.

4) Dr. Jan Alkiewicz przedstawia paznokcie, który makroskopowo i mikroskopowo wykazuje zmiany szponowatości (*onychogryphosis*). Przypadek jest tem ciekawszy, że zmiany patologiczne są ograniczone tylko do jednej połowy (lewej), podczas gdy druga jest zupełnie niezmienną. Różnica ta znajduje wyraz w obrazie histologicznym paznokcia na przekroju poprzecznym, gdyż w jednym obrazie widać obok siebie normalne i patologicznie zmienione łożysko paznokcia. W części drugiej referatu rozwodzi się referent nad dynamiką wzrostu normalnego paznokcia, przeciwstawiając ją mechanizmowi powstania patologicznie zmienionej płytki paznokciowej. (Streszczenie własne, referat ukaże się w „Przeglądzie Dermatologicznym”).

5) Dr. Stojalowski omawia przypadek dwóch *uchyłków nabytych pęcherza moczowego* u mężczyzny lat 56. Powstanie ich tłumaczy ref. wzmożonym ciśnieniem wewnątrz-pęcherzowym na tle przerostu gruczołu krokowego, przy czym zwraca uwagę na rolę uchyłków w powstawaniu ropnych zapaleń układu moczowego oraz na różniczkowe rozpoznawanie uchyłków nabytych i wrodzonych. (Streszczenie własne, referat ukaże się w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym”).

W dyskusji zabierają głos: Dr. Witkowski i Prof. L. Skubiszewski.

6) Dr. Barlik omawia: „Trzy przypadki pierwotnego raka wątroby z uwzględnieniem ich pochodzenia i sposobu rozwoju”.

Po przedstawieniu poglądów, panujących w obecnym piśmiennictwie w sprawie powstawania pierwotnych raków wątroby, przechodzi referent do scharakteryzowania trzech własnych przypadków, sekcjonowanych w ubiegłym roku.

Przypadek 1) dotyczy mężczyzny lat 40. Wątroba waży 3500 gr. Zajęta jest przez guzy różnej wielkości, guzy te są miękkie i mają budowę promienistą. Większe z nich wykazują środkowy rozpad. Mikroskopowo składają się z chaotycznie ułożonych tworów gruczolowych, wysłanych nabłonkiem cylindrycznym podobnym do nabłonka małych dróg żółciowych. Widać rozrost jego brodawkowaty w kierunku światła gruczolowego.

Przypadek 2) dotyczy mężczyzny lat 50. Wątroba waży 2750 gr. Prawie cały miąższ zajęty jest przez konglomerat guzów, zlewających się ze sobą, zostawiających gdzieś wąskie pasemka tkanki wątrobowej. Guzy te są dosyć twarde, kolor ich jest szaro-żółty. W tymże przypadku stwierdzono przerzuty implantacyjne w najgłębszym fałdzie otrzewny miednicy małej w postaci 3 guzków wielkości wiśni. Mikroskopowo widać, że opisane guzy składają się z komórek wielobocznych, z dużym jądrem, ułożonych bezładnie, jedna obok drugiej. W protoplazmie można dostrzec kuleczki po wypłukaniu tłuszczu oraz złoży żółci. Na granicy tkanki nowotworowej i wątrobowej widać wyraźne przejście komórek wątrobowych w nowotworowe. W przerzucie otrzewnowym identyczny obraz histologiczny.

Przypadek 3) dotyczy mężczyzny lat 70. Wątroba waży 3200 gr. Cały środek oraz prawie cały płac prawy zajęty jest przez czerwone masy krwiotoczne, na obwodzie więcej szare. Mikroskopowo widać, że komórki nowotworowe mają specjalne powinowactwo do układu krwionośnego. Mianowicie stwierdza się, że masy te zawierają w swym utkanu dość duże jamy wypełnione krwinkami. Jamy te okazują się podczas bliższego oglądania jako rozszerzone naczynie żyłne. Wskutek zbytniego rozszerzenia oraz działania niszczącego samego nowotworu dochodzi, oczywiście, do krwiotoku, który już makroskopowo nadaje całej wątrobie wygląd czerwony.

Pochodzenie raków wątrobowych wysławiają dwa poglądy teoretyczne. Jeden — to pogląd morfologiczno-strukturalny, który zalicza je na podstawie wyglądu mikroskopowego bądź do tak zwanych *hepatomata*, bądź też do tak zwanych *cholangiomata*. Drugi — to pogląd embriologiczny, sprowadzający rozwój raków wątrobowych, jak i wogóle wszystkich nowotworów, do nieprawidłowego rozwoju odpryśniętych komórek zarodkowych.

Na tej podstawie zalicza referent przypadek 1) do t. zw. *cholangiomata*, przypadek 2) i 3) do t. zw. *hepatomata*. (Streszczenie własne).

7) Prof. K. Panek wygłasza referat: „O przesączalnej postaci prątka gruźliczego”.

Zapomocą odpowiedniej metodyki chemicznej zdołał autor otrzymać z prątków gruźliczych swoisty składnik ciał bakteryjnych o charakterze kwasu proteinowego i stałym składzie chemicznym, nazwany tuberkulotenzyną.

Substancja owa, zastrzyknięta w minimalnych ilościach w roztworze wodnym zwierzętom, zakażonym gruźlicą, powoduje odczyn podobne do tuberkulinowych, w postaci gorączki, dłuższy lub krótszy czas się utrzymującej, zaostrzenie procesu chorobowego o charakterze zmian zapalnych, obrzęknięcia gruczołów limfatycznych i śledziony oraz wzmożonego rozpadu ognisk gruźliczych. Objawów miejscowych, w szczególności odczynów skórnych tuberkulotenzyna nie wywołuje.

Badanie mikroskopowe narządów, zmienionych pod działaniem tuberkulotenzyny, nie wykazuje wzmożenia prątków gruźliczych, natomiast uderza obfita ilość ziarniny Gram-pozytywnej, nie kwasotrwałej, lub też według Ziehla się barwiącej.

Zawiesinę, sporządzoną z narządów powyższych świnek gruźliczych, padłych lub zabitych po zastosowaniu tuberkulotenzyny, przesączono przez filtry Chamberlanda L<sub>2</sub> i L<sub>3</sub> i szczepiono świnkom morskim wśródotrzewnowo. Objawy, stwierdzone po szczepieniu, odpowiadają zmianom, opisanym przez licznych autorów, jako cechy zakażenia przesączalną postacią zarodka gruźliczego, w postaci przemijającej gorączki, obrzęknięcia gruczołów limfatycznych i t. p., które to objawy po kilku dniach ustępowały, poczem świnki morskie nie zdradzały żadnych widocznych zmian chorobowych. Podczas obserwacji szczepionych zwierząt przez przeciąg przeszło 2 lat padło, względnie zostało zabitych, z 22 świnek morskich, szczepionych przesączkami, ogółem 12 świnek. Sekcja padłych zwierząt nie wykazała w pierwszych miesiącach zmian typowych dla gruźlicy, stwierdzono natomiast u zwierząt padłych po upływie 24 — 30 miesięcy (u 2 świnek morskich) zmiany gruźlicze w płucach i gruczołach limfatycznych.

Badanie mikroskopowe narządów wewnętrznych stwierdziło z pośród wspomnianych 12 świnek u 5 zwierząt typowe prątki Kocha w skąpej liczbie głównie w gruczołach oskrzelowych. Szczepienie wtórne zawiesiny narządów zwierząt, nie wykazujących obecności prątków Kocha, na szereg świnek morskich zdrowych pozwoliło jeszcze w trzech przypadkach stwierdzić obecność prątków gruźliczych w drugim pasażu.

Zawiesinę rozartych narządów świnek morskich gruźliczych, szczepionych tuberkulotenzyną, przesączono przez świec Chamberlanda i Berkefelda i wysiewano na podłoże stałe i płynne, używane powszechnie do hodowli prątków gruźliczych — z wynikiem początkowo ujemnym. Dopiero po użyciu przywki Martina, z dodatkiem surowicy wołowej, zdołano uzyskać po 3—8 dniach hodowlę postaci przesączalnej prątka gruźliczego niemal w każdym przypadku. W otrzymanych hodowlach stwierdzano stale obecność drobnych tworów o typie dwoinek i krótkich łańcuszków Gram-pozytywnych, dających się po pewnym czasie przeszczać na przywki

stałe, jak agar surowiczy, surowicę skrzeplą i t. p. Na podłożach tych wyrastają kolonie nader drobne, matowe, zlewające się często z sobą szluzowato. Ziarniaki te są nieruchome, zakwaszają podłoże z cukrem gronowym, nie ścinają mleka, nie tworzą indolu, żelatyny nie stapiają. Hodowane na pożywkach płynnych B a s r e d k i, ziarniaki owe przybierają po kilku lub kilkunastu dniach kształty o wymiarach większych, przypominających meningokoki i czwórniaki, obok których zjawiają się niejednokrotnie w dalszym ciągu nitkowate twory, barwiące się słabo błękitem metylenowym, Gram-negatywne. Te ostatnie wreszcie przemieniają się po pewnym czasie w krótkie laseczki mniej lub więcej intensywnie czerwone, według Z i e h l a się barwiące. Próby przesączania hodowli płynnych postaci ziarnistych przez świecę Chamberlanda L<sup>2</sup> i L<sup>3</sup> oraz B e r k e f e l d a dały wyniki pozytywne.

Próby szczepienia świnek morskich i królików zawiesiną hodowli ziarnistych dokonano na większej liczbie zwierząt. Zastrzykiwano stosunkowo duże dawki odnośnych hodowli już to podskórnie i wśródotrzewnowo, już też wśródzylnie, względnie do serca, od końca roku 1927 zaszczepiono ogółem 78 świnek morskich, poddając je stałej obserwacji. Wyniki szczepień były następujące:

1) padło w 2 — 7 dni po szczepieniu wśród objawów podwyższenia ciepłoty i następczego zapadu 13 zwierząt. Na sekcji ani prątków, ani zmian gruźliczych nie stwierdzono;

2) padło, ewtl. zabito w 3 — 6 miesięcy po szczepieniu 12 zwierząt, z tej liczby stwierdzono mikroskopowo u 9 ciu prątki kwasotrwałe, zaś u 3-ch zmiany gruźlicze;

3) padło, wzgl. zabito od 7—30 miesięcy po szczepieniu 23 świnek morskich, z tego u 18 stwierdzono prątki kwasotrwałe, a w 14 przypadkach zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych;

4) z 11-tu padłych świnek morskich, u których ani prątków, ani zmian gruźliczych nie stwierdzono, zdolano w 6-ciu przypadkach zakażać zawiesiną narządów zdrowe świnki, u których po sekcji stwierdzono prątki K o c h a, a w dalszych pasażach rozległe zmiany gruźlicze. U reszty (5 zwierząt) wynik był negatywny;

5) w okresie od 6—30 miesięcy po szczepieniu formą ziarnistą padło 6 świnek morskich wśród objawów ogólnej kacheksji. Mimo ogólnego wychudnięcia, ani zmian chorobowych gruźliczych, ani prątków kwasotrwałych podczas sekcji nie stwierdzono, jak również w dalszych pasażach;

6) z pozostałych świnek morskich, zaszczepionych hodowlą przesączalnej postaci prątka gruźliczego, żyją dotychczas 24. Po pierwszych objawach zakażenia świnki w niedługim czasie wracają do normy i przybierają na wadze, nie okazując żadnych objawów schorzenia. Po kilku lub kilkunastu miesiącach jednak pewna część zwierząt wykazuje nie tylko zahamowanie przyrostu, lecz stopniowo spadek wagi, doprowadzający w ciągu kilku tygodni do wychudnięcia i śmierci. Sekcja takich zwierząt ujawnia zazwyczaj mniej lub więcej wybitne zmiany gruźlicze z obecnością typowych prątków K o c h a. Zmiany anatomiczno-patologiczne różnią się od klasycznej postaci gruźlicy, spotykanej zwykle u świnek morskich, odpowiadając raczej przewlekłej sklerotycznej postaci gruźlicy. Szczególniej wybit-

ne zmiany sklerotyczne stwierdza się w gruczołach limfatycznych. Również w mięszu powiększonej śledziony, w wątrobie i w płucach zauważa się niejednokrotnie silne bujanie tkanki łącznej, nadające zwłaszcza wątrobie charakterystyczny wygląd marski o nierównej, pofałdowanej powierzchni.

Wystąpienie zmian chorobowych u zwierząt, szczepionych przesączalną postacią zarazka gruźliczego, zależy: 1) od ilości wprowadzonego zarazka, 2) od pierwotnej zjadliwości prątka gruźliczego, od którego hodowlę przesączalnej postaci otrzymano, 3) od miejsca szczepienia, 4) od czasu, jaki upłynął od daty szczepienia, a wreszcie 5) od indywidualnej wrażliwości zwierzęcia. (Streszczenie własne).

Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.

Sekretarz Tow. Pat. P.  
(Oddział Poznański).  
J. Zeyland

F. Łabendziński

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wiedeńskiego (d. 13. III. 1931) mówił A. Luger o nowym sposobie rozpoznawania włośnicy, polegającym na *zastrzykiwaniu śródskórnym soku z mięśni ludzkich*. L. zas'osował ten sposób u 3-ch chorych, z których u 2-ch rozpoznanie ustalone było na zasadzie badania mikroskopowego wycinków mięśniowych, u 3-go wszystko za tem rozpoznaniem przemawiało. U wszystkich 3-ch chorych po zastrzyknięciu wystąpił bardzo silny odczyn, dochodzący do martwicy skóry. W 30 przypadkach kontrolnych takie same zastrzyknięcie pozostało bez odczynu. Sok z mięśni zwierzęcych nie wywołał odczynu u owych 3-ch chorych, którzy reagowali dodatnio na sok z mięśni ludzkich. Metoda L. mogłaby oddać usługi w weterynarji.

Med. Klin. 1931 Nr. 12).

Na temże posiedzeniu O. Hirsch przedstawił chorą, *operowaną z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia nosowego*. Zajęte były zatoki szczękowe i klinowe. Scherzenie zatok klinowych najczęściej bywa przyczyną zapalenia opon mózgowych pochodzenia nosowego. W dyskusji O. Mayer przypisuje szczęśliwy wynik operacji małej zjadliwości zarazków w przypadku Hirscha.

(Med. Klin. 1931 Nr. 12).

W Towarzystwie Lekarskim Freiburgskim przedstawił K. Mylins przypadek *pierwotnej gruźlicy łącznicy* u 15-letniego reżnika. Gruczoły chłonne przeduszne i podbródkowe zropiały z przetokami; kilka tygodni przed początkiem choroby pacjent zajęty był wymywaniem narządów perliczej krowy, przychem coś trysnęło mu do oka. Żadnego obarczenia gruźliczego, żadnego podejrzenia dawniejszego zakażenia gruźliczego nie stwierdzono. Rentgenogram płuc dał wynik ujemny. Narządy brzucha bez zmian. Odczyn tuberkulinowy z tuberkuliną ludzką i bydłą wypadł dodatnio. Ze świnek morskich, szczepionych wycinkami z łącznicy oraz ropą z gruczołów chłonnych wyhodowano szczep gruźlicy bydłowej.

(Kl. W. 1931 Nr. 12).

## Z j a z d y

### VII-y międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo.

(c. d. — p. Nr. 12)

Konferenci w liczbie 10-u przemawiali w kolejności alfabetycznej swych krajów. Niemcy tedy (Allemagne) stałe pierwsze miały głos. Z tem większym zaciekawieniem oczekiwano deklaracji niemieckiego świata naukowego co do szczepionek Calmette'a.

Przedstawiciel Niemiec—prof. F. N e u f e l d, Dyrektor Instytutu Roberta K o c h a w Berlinie—ograniczył się do krótkiego, lecz bardzo poprawnego stwierdzenia, że stosowanie i dawkowanie szczepionki BCG może być uważane za nieszkodliwe i daje ono pewne uodpornienie, aczkolwiek wyraźnie ograniczone; szczepienie podskórne okazało się znacznie bardziej czynne, niż doustne. Wyniki konkretne uodpornienia mogą być ustalone dopiero po bardzo długim i bardzo starannem obserwowaniu nie tylko dzieci zaszczepionych, lecz również i niezaszczepionych, służących do kontroli w bezwzględnie jednakowych wa-

runkach; za ostateczną skutecznością szczepień Calmetto-wskich przemawiałoby dopiero stwierdzenie, że dzieci szczepione i kontrolne zupełnie jednako wnoszą wszelkie inne choroby i różnią się jedynie reagowaniem na chorobę i śmierć z gruźlicy.

Duński referent J e n s e n, opierając się głównie na własnych doświadczeniach z BGC na świnkach morskich, stwierdza, że ryzyko, związane ze szczepieniem, jest daleko mniejsze niż pozostawienie nieszczepionych dzieci i dorosłych w środowisku gruźliczym lub w krajach i prowincjach, gdzie gruźlica panuje. Autor wypowiada się na mocy własnego doświadczenia, za podskórnymi szczepieniami, jako dającymi daleko pewniejsze wyniki niż *per os*.

Prof. L. S a y é z Barcelony przytoczył doświadczenia zrobione w Hiszpanji z BCG i na mocy ich potwierdził słuszność poglądu Calmette'a o nieszkodliwości jego szczepionki. Badania anatomiczne i hematologiczne stwierdzają wysanie się szczepionki drogą pokarmową; śmiertelność ogólna i śmiertelność z gruźlicy mniejsza jest wśród szczepionych. Spo-

strzeżenia al'e giczne i radjograficzne wykazują również bezpośrednio działanie szczepionki, dzięki której dziecko staje się prawie zupełnie obojętne na najczęstszą postać zakażenia — nielicznymi bakterjami — i bardzo odporne na zakażenie masowe. Autor, na mocy wielkiego zainteresowania tą sprawą wśród władz sanitarnych, lekarzy i publiczności, przewiduje w przyszłości znaczne rozpowszechnienie tej metody w Hiszpanii.

Prof. W. Park z New Yorku stwierdza, że doustne podawanie BCG jest nieszkodliwe i daje dzieciom pewną odporność przeciwko zakażeniom w przyszłości.

Bardzo ciekawe było przemówienie nestora lekarzy włoskich słynnego prof. Maragliano. Dzieli on swe wywody na dwie części: o szczepieniach ochronnych człowieka w celu zabezpieczenia go od gruźlicy, oraz o BCG, jako jednym ze środków proponowanych w tym celu. Co do szczepień ochronnych przeciwgruźliczych Maragliano podkreśla, że pierwszy je obmyślił i wprowadził w życie przeszło przed 30 laty, o czym złożył sprawozdanie w 1903 r. w Madrycie na Zjeździe Międzynarodowym Lekarskim. W 17 lat potem w 1920 r. prof. Calmette potwierdził tę możliwość. Maragliano stwierdza, że jego sposób szczepienia „pomimo poważnych podstaw naukowych, dość iadczalnych i klinicznych” nie zdołał zwrócić na siebie uwagi narodów i rządów. Zjawienie się BCG nakoniec wywołało ten ruch „ludzkość będzie za to wdzięczną p. Calmette o wi”. Po tem podkreśleniu swego pierwszeństwa w szczepieniach przeciwgruźliczych Maragliano kategorycznie oświadcza, „że możliwość szczepienia ochronnego przeciwko gruźlicy znajduje się obecnie poza wszelkimi wątpliwościami teoretycznymi, i zastosowanie go do obrony człowieka powinno zająć pierwsze miejsce w walce naukowej i społecznej z gruźlicą”. Z tego punktu widzenia — a więc wyników uodparniających u człowieka — rozpatruje Maragliano szczepionkę BCG, stwierdza on tedy, że BCG zdolna jest zabezpieczyć człowieka przed zachorowaniem gruźliczem, że droga wprowadzenia szczepionki proponowana przez Calmette'a jest dobra, że wyniki skuteczności szczepionki BCG, podane przez Calmette'a są bardzo przekonujące, a jednak, jak dotąd, są to dane tylko statystyczne; co do możliwości wywołania gruźlicy za pomocą szczepionki, która ma jej zapobiec, niebezpieczeństwo jest sporne, lecz rozstrzyga tu spostrzeżenie kliniczne, a nie bakterjologia. Najważniejsze jednak w przemówieniu Maragliano było podkreślenie, że teoretyczne uzasadnienie BCG przez jej twórcę jest tylko doktrynerską koncepcją, i że BCG nie jest bynajmniej jedyną możliwą szczepionką, a do środków, służących do szczepienia ochronnego, należą stosowane szeroko martwe bakterje. Tu Maragliano przytacza, że we Włoszech podług tej jego metody zaszczepiono już około 60 tys. osób, że Stowarzyszenie Włoskie do badań naukowych nad gruźlicą, złożone z 200 ftizjologów włoskich na zjeździe w 1928 r., jednomyślnie zalecało szczepienie martwymi prątkami, które w ciągu ćwierci wieku wykazało swą nieszkodliwość i skuteczność. Mówca przytacza dane statystyczne w niczem nieustępujące wynikom BCG, a tem bardziej, zdaniem jego, wartościowe, że oparte na 25 latach obserwacji (w przychodni przeciwgruźliczej kliniki wewnętrznej uniwersytetu w Genui, gdzie pracuje prof. Maragliano, szczepienia stosuje się od 1902 r.). Maragliano twierdzi, że ani klinika, ani anatomja patologiczna nie upoważniają do mówienia, że bakterje żywe lub prawie żywe są niezbędne do wytworzenia odporności. Powołuje się on dalej na szczepionki Ferrana, Rapin, Shiga, Pondorffa i kończy, że trzeba przyjąć wielorakość szczepionek przeciwgruźliczych. Decydować o skuteczności szczepionek będzie tylko klinika, a nie czysta bakterjologia.

Przemówienie prof. Maragliano, wypowiedziane po mimo sędziwego wieku wielkiego uczonego z niezwykłą siłą i namiętnością południowca było ośrodkiem dyskusji; spotkało się ono z żywą repliką Calmette'a, któremu ponownie odpowiedział Maragliano, obstając przy swoich wywodach, będących zaprzeczeniem podstaw naukowych, na których opierał się Calmette.

Z następnych mówców dr. Scheel, naczelny lekarz wielkiego szpitala Ullevaal w Oslo, podał wyniki szczepień ochronnych podskórnych, stosowanych w Norwegii od 1926 r. Opierały się one na fakcie, stwierdzonym przez Heimbecka, że połowa uczennic szkół pielęgniarskich w Oslo w wieku około 20 lat, miała ujemny odczyn Pirqueta, i że te właśnie uczennice zapadały na gruźlicę po zetknięciu się z chorymi w czasie swej pracy zawodowej. Zarówno tedy pielęgniarkom, jak studentkom medycyny rozpoczęto szczepić BCG podskórnie. Z Oslo szczepienia te przeszły na okręgi wiejskie. Ogólna suma zaszczepionych podskórnie od 1926 r. wynosi w Norwegii 2973 dzieci i dorosłych. O wynikach — ze względu na świeże zaszczepienia w połowie przypadków — sędzić można tylko

u 1477 osób: u wszystkich ich odsetek śmiertelności z gruźlicy jest minimalny (0 — 3,5%), gdy wśród nieszczepionych z ujemnym odczynem Pirqueta, % wynosił (wśród pielęgniarek) 30,6. Jedyne powikłaniem szczepień podskórnych jest występowanie nacieków i ropni miejscowych, które zjawiają się najczęściej w okresie od 6 tygodni do 3 miesięcy po zaszczepieniu. Częstość tych powikłań wynosi od 74% do 56%; występowanie ich, zwłaszcza o ile chodzi o ropnie, jest tem częstsze, im powierzchowniej pod skórą zrobiono zastrzyknięcie szczepionki. Autorzy zamierzają rozszerzyć szczepienia ochronne u dorosłych i młodzieży, zwłaszcza w wieku 15—25 lat.

Dr. Heynsius van den Berg (Holandia) opiera się na materiale 365 dzieci, zaszczepionych BCG w Amsterdamie od początku 1926 r.; ogólna śmiertelność ich po roku wyniosła 3,5%, żadne z tych dzieci nie zmarło na gruźlicę; autor uważa, że obowiązkowe oddzielenie zaszczepionych niemowląt od źródła zakażenia nie może być krótsze od 12 dni.

Prof. Michałowicz (Warszawa) w obszernym referacie, pięknie wypowiedzianym i bardzo przychylnie przyjętym, podał wyniki szczepień przeciwgruźliczych w Polsce od 1926 roku. Liczba zaszczepionych dzieci wyniosła 6937, w tej liczbie w Warszawie 5200 osób — w Poznaniu 1737. Autor podaje zestawienie dr. Wierzbowskiej-Prokopowicz i oraz wyniki badań anatomiczno-patologicznych drów J. Zeylanda i S. Piaseckiej-Zeylandowej w Poznaniu i dochodzi do wniosków, że BCG jest nieszkodliwa, że bakterje, podane per os, mogą przejść przez nieszkodzone ściany dróg pokarmowych (wbrew opinii Nobla), dłuższe przebywanie BCG wewnątrz ustroju dziecięcego nawet osłabionego przez choroby, nie powiększa żywotności szczepionki; BCG może sama powodować alergję tuberkulinową a wreszcie należy obowiązkowo ochraniać dziecko zaszczepione w ciągu 4 tygodni po zaszczepieniu, aż do chwili powstania odporności przeciwgruźliczej. Z obserwowanych w Warszawie bardzo ściśle 648 dzieci zaszczepionych 56 zmarło wskutek rozmaitych chorób, u 15 zrobiono oględziny pośmiertne, u żadnego z nich nie znaleziono gruźlicy; pozatem zmarło na gruźlicę 6-oro dzieci, które były w stałej styczności z gruźliczymi. W Poznaniu zrobiono 66 sekcji dzieci szczepionych i zmarłych na choroby niegruźlicze; w jednym tylko przypadku stwierdzono nieznaczne zmiany gruźlicze. Szczegółowe badania histologiczne i bakterjologiczne kolegów poznańskich ogłoszone zostały drukiem w Annales. de l'Institut Pasteur w 1929 r.

O wynikach szczepień w Rumunji w zastępstwie prof. Cantacuzene mówił dr. Veber. Zaszczepiono w ciągu 4 lat około 30 tysięcy dzieci, powtórne szczepienia były robione u 5370 dzieci (po 1-ym i 3-im roku życia). Ogólna śmiertelność u szczepionych 2-3 razy słabsza była, niż u nieszczepionych. Szczepienia w Rumunji dokonywane były niezależnie od tego, czy rodzice cierpieli na gruźlicę, czy też nie; przeszło tysiąc dzieci szczepionych pozostało w środowisku gruźliczem, i odosobnienie stosowane było tylko wyjątkowo. Śmiertelność z gruźlicy u dzieci szczepionych wyniosła 1,3% (u nieszczepionych 25%).

Ostatni z koreferentów — dr. Naeslund (Szwecja) przytacza wyniki szczepień u 4009 noworodków w Norbotten. Śmiertelność ogólna wśród zaszczepionych wynosiła 2,8%, wśród nieszczepionych 10,9%, śmiertelność z gruźlicy w wieku do 2 lat u szczepionych była 1,5%, u nieszczepionych 2,7%.

Autor stwierdza, że szczepienie w żadnym przypadku nie okazało się szkodliwe, śmiertelność wśród dzieci szczepionych jest daleko mniejsza, niż między nieszczepionymi; sądzi on jednak, że niema żadnych dowodów oczywistych, któreby potwierdzały lub zaprzęcały teorii specjalnego uodpornienia, wywołanego przez BCG. Autor uważa dotychczasowe wyniki szczepień za pomocą BCG za zachęcające do dalszego ich stosowania. Wywody swe potwierdza licznymi tablicami statystycznymi, opartymi na źródłach urzędowych.

Po oficjalnych 10 koreferatach prof. Calmette stwierdził, że wyniki, we wszystkich tych krajach otrzymane, przemawiają na korzyść szczepionki BCG.

Na popołudniowym posiedzeniu 13 sierpnia, gdy dyskusja była szersza, nie podawana z wczasu do wiadomości prezydium, — nastroj nie był już tak zgodny, jak uprzednio. Znamieniem było, że ani sam Calmette, ani nikt z oficjalnych koreferentów nie poruszył ciężącej nad całą sprawą szczepionek Calmette-owskich afery w Lubece ze śmiercią kilku dziesiątków dzieci.

W celu też uprzedzenia krytyki Niemców oficjalny ich reprezentant w Komitecie Wykonawczym Międzynarodowego



Związku Przeciwgruźliczego dr. Hamel, prezydent Państwowego Urzędu Zdrowia Rzeszy Niemieckiej, zabrał głos przed otwarciem dyskusji popołudniowej i wyraził prośbę w imieniu Komitetu Wykonawczego, by nie wciągano do dyskusji „nieszczęścia, które stało się w Lubece”, nieszczęścia, które „wszyscy my tak szczerze oślakujemy”. Dr. Hamel zaznaczył, że Rząd Lubeki, zarówno jak Rząd Rzeszy Niemieckiej zarządziły gruntowne badania celem wyświeślenia tego zdarzenia; z powodu jednak długości i trudności metod zastosowanych, badacze nie mogli jeszcze dojść do ostatecznego wniosku. Rząd Rzeszy opublikował ostatnio deklarację, w której można wnioskować, że na mocy dotychczas przeprowadzonych badań uważa należy, iż hodowla BCG dostarczona przez Instytut Pasteura w Paryżu, była bez zarzutu (irréprochable), i rozpatruje się możliwość zanieczyszczenia (contamination) w czasie przeszczepiania pierwotnego szczepu. Dr. Hamel zapowiada że dochodzenia będą dalej prowadzone z szybkością możliwą do osiągnięcia przy jednoczesnej ścisłości, i po zakończeniu badań ostateczne wnioski zostaną podane do wiadomości.

Na dyplomatyczne to oświadczenie dra Hamela zareagował przewodniczący delegacji francuskiej Senator Honnorat, który w bardzo zręcznej formie podkreślił, że wszyscy członkowie Zjazdu podzielają uczucia, wyrażone przez dra Hamela, gdyż wszyscy narówni z Francuzami mają zaufanie do wiedzy i sumienności uczonych, którym Rząd Rzeszy powierzył dochodzenia w sprawie „bolesnych wyderzeń” w Lubece, by nie odczuwać, że najważniejsze, co winni jesteśmy tym uczonym, to jest wstrzymanie się od wszelkiej dyskusji nad temi zdarzeniami. Senator Honnorat wyraża przysiężenie, że, jeśli nawet zabronione jest uczestnikom wnieść te zdarzenia do dyskusji, to jednak jest prawem i obowiązkiem naszym wyrazić głębokie wzruszenie, które one wywołały. To też w imieniu kolegów francuskich oraz — jak sądzi — w imieniu wszystkich uczestników zjazdu prosi mówca dra Hamela o przyjęcie żywego i szczerego współczucia i o wyrażenie tego roszczenia, które zostały tak okrutnie dotknięte, jak również ludności Lubeki i całemu narodowi niemieckiemu. Mówca sądzi, że z tych bolesnych wyderzeń wyciągniemy pożyteczną naukę nie tylko dla ludzi nauki, lecz i dla całej ludzkości. Widocznym będzie dla wszystkich, że w krajach, gdzie będą dokonywane szczepienia BCG nieodzowne jest otoczenie tych szczepień wszelkimi ostrożnościami i wszelakimi środkami kontroli, jakie władze sanitarne uznają za niezbędne, żeby uniknąć powtórzenia takich bolesnych wypadków.

Przemówienie Senatora Honnorat, wypowiedziane z galijską elokwencją, przyjęte zostało okłaskami, przewodniczący zaś, prof. Harbitz, uznał, że jednomyślne okłaski pozwalają mu stwierdzić, iż piękne słowa p. Honnorat przyjęte zostały przez całe zgromadzenie, jako wyrazy jego uczuć.

Na tem wyczerpana została oficjalna strona niesłychanych wydarzeń w Lubece, znalazły one jednak echo w debatach popołudniowych.

Jeśli oficjalnie Niemcy przez usta uczonego wszechświatowej sławy, jakim jest prof. Neufeld, Dyrektor Instytutu imienia Roberta Kocha w Berlinie, dały przytoczoną już bezstronną ocenę, w której podkreślono nieszkodliwość szczepionki Calmettea, to mówcy poszczególni Niemiec wypowiedzieli się wręcz przeciwnie. Sekundowali im niektórzy inni delegaci, zśród których kompanję gwałt wną przeciwko Calmettowi rozpoczął bakterjolog kanadyjski dr. Watson. Wygłosił on dłuższe przemówienie, kilkakrotnie przerywane przez przewodniczącego z powodu przekroczenia terminu, i podał wyniki badań swych w Ottawie nad świnkami; badając trzy różne odmiany szczepu BCG otrzymał on od 36 do 22% lekkich zmian gruźliczych i od 2 do 7% posuniętych zmian, opierając się również na doświadczeniach Petroffa, stwierdza on powrót zjadliwości szczepu BCG.

Prof. Calmette z miejsca replikował w sposób niezwykle namiętny, przeciwstawiając się wywodom Watsona i powołując się na doświadczenia Neufelda, Rankina, Saenza, Tsekowitzera i Gerlacha, potwierdzające spostrzeżenia Calmettea.

Po Watsonie zabierali głos liczni mówcy, jak Neufeld, L. Bernard, Armand-Delille, Brinchmann, Kerészsturi, Schick, Rudzki, Blümel, Kirchner, Zeyland, Schröder, Derscheld, Duthoit, Valtis, Löwenstein, Simeonow, Greil, Legros, Fontés, Nohlen, Saenz, Ascoli, Constantini, Israeli, Ilvento, Bocchetti, Weill-Hallé.

Francuzi wypowiedzieli się za skutecznością i nieszkodliwością szczepionki Calmettea. Równie przychylnie oceniali szczepionkę BCG Belgowie, Włosi, Norwegowie, Grecy przedstawiciele Ameryki Południowej. Z polskich mówców

płk. dr. Rudzki podkreślił, że pierwszy przypadek szczepienia BCG w Polsce dokonany został 4 stycznia 1926 r. w szpitalu szkolnym Wojskowej Szkoły Sanitarnej (Szpitalu Ujazdowskim), którego był wówczas komendantem; naogół zaszczepiono w Szpitalu Ujazdowskim około 200 niemowląt i prelegent omawiając ich losy, stwierdza, że niemamy wiadomości o zgonie żadnego z tych dzieci, zapadanie zaś ich na gruźlicę należy do wielkich rzadkości, pomimo obcowania z matkami prątkującymi i przebieg gruźlicy u tych dzieci, które zachorowały był pomyślny; mówca przytacza spostrzegany przez siebie przypadek wyleczenia ciężkiej gruźlicy płuc u 7-miesięcznego dziecka, zaszczepionego w swoim czasie w szpitalu szczepionką BCG.

Dr. J. Zeyland (z Poznania) opisał wyczerpująco wyniki badań swych na zwierzętach pracownianych, szczepień bydła rogatego i szczepień dzieci. Badania laboratoryjne mocno popierają tezy Calmettea. Z 217 cieląt szczepionych ze współudziałem lekarza weterynarii Zeńczaka, żadne nie zachorowało, i wszystkie one rozwijają się prawidłowo; na 1737 zaszczepionych dzieci zmarło 227, oględziny pośmiertne wykonano w 66 przypadkach: żadne z tych dzieci nie zmarło na gruźlicę. W 14 przypadkach udało się z narządów wewnętrznych wyhodować bakterje, posiadające właściwości biologiczne BCG. Badania dra Zeylanda dowodzą, że BCG, podana drogą doustną, przechodzi do ustroju dziecięcego. Mówca uważa, że naogół niema żadnych przeciwwskazań do szczepień BCG. Szczepionkę tę znośzą dobrze nawet wątłe nimeowłeta. U dzieci limfatycznych może być dość silny odczyn, nie przedstawiający jednak większego niebezpieczeństwa dla dziecka. Wyniki swych badań autor ogłosił w druku w prasie francuskiej (Annales Pasteur, Bulletins Inst. Pasteur, C. R. Soc. de Biologie, Revue de la Tuberculose).

Wbrew powyższym opiniom mówcy niemieccy zajęli naogół nieprzychylny stanowisko w stosunku do BCG. Nawet prof. Neufeld, który na porannym posiedzeniu wypowiedział się zyczliwie, jako oficjalny koreferent, — popołudniu robił zastrzeżenia co do sposobu określenia skuteczności BCG za pomocą porównywania śmiertelności ogólnej szczepionych i nieszczepionych. Inni zaś już wprost krytykowali szczepionkę BCG i jej działanie. Między innymi Schröder twierdził, że nie zostało ułowodnione, że prątek BCG nie może odzyskać swej zjadliwości, ani że BCG lepiej uodparnia, niż bakterje zabite. Löwenstein (Wiedeń) kategorycznie głosił, że szczepienie bakterjami żyjącymi jest tylko złudzeniem. Obok tej akcji mówców niemieckich, powołujących się na takie lub inne przesłanki naukowe, przygotowywana była akcja bardzo daleka od nauki w postaci referatu d-ra med. barona von Seld z Hamburga; referat ten zdjęty został przez prezydium z porządku dziennego; z treścią jego jednak zapoznali się uczestnicy, dzięki masowemu rozrzucaniu go w przerwie na sali obrad; zawierał on gwałtowne napaści na szczepionkę BCG i jej wynalazcę; co więcej — w imieniu związku chorych gruźliczych w Niemczech (Deutscher Tuberkulosebund), którego Seld jest „członkiem honorowym” zapowiada on jaknajstrzejszą walkę ze szczepieniami metodą Calmettea, a jednocześnie zaznacza, że akcja „Związku gruźliczych niemieckich” skierowana jest przeciwko Calmettowi i jego współpracownikom, a bynajmniej nie przeciw „Tuberkulosebekämpfungswerk des Berliner Prof. Friedmann”. Ta daleka od nauki akcja zwolenników Friedmanna na szczęście została unieszkodliwiona na zjeździe w Oslo, ajenci jednak Friedmanna uważali za stosowne rozesłać uczestnikom Zjazdu już do ich krajów rodzinnych odbitki elukubratów p. Selda i innych zwolenników metody Friedmannowskiej, potępionej przez samych Niemców w osobie poważniejszych przedstawicieli ich nauki.

Rozdźwięk jednak pewny, który wprowadzony został na Zjeździe w sprawie szczepionki BCG, spowodował, że prof. Calmette na ogólnym posiedzeniu Związku w d. 15 sierpnia (na które wstęp mają tylko członkowie doradczy i tytularni) postawił wniosek, żeby powstrzymano się od zaproponowania Zjazdowi rezolucji w sprawie BCG.

Prof. Calmette podkreślił, że zarówno referaty, jak koreferaty i prawie jednomyślne komunikaty, które pochodziły od przedstawicieli naukowych wielu narodowości wypowiedziały się za rozszerzeniem badań doświadczalnych i za użytkowaniem praktycznym BCG. Prof. Calmette uważa, że wnioski te są dostatecznie ścisłe, i że bezużytecznym byłoby dodawać jakiegokolwiek rezolucje lub życzenia, które mogłyby dać pozor kępowania swobody działań różnych czynników administracyjnych sanitarnych. Wobec tego profesor wypowiedział tylko życzenie, żeby wszędzie, gdzie wyrażonoby chęć użycia BCG dla zapobiegania gruźlicy ludzkiej, — przygotowanie i rozdanie

bezpłatny szczepionki były powierzone możliwie ograniczonej liczbie pracowni pod kontrolą władz sanitarnych każdego kraju.

To znamienne, a tak ostrożne przemówienie wynalazcy BCG, spotkało się z jednomyślnym uznaniem audytorjum, czemu dał wyraz przewodniczący prof. Frölich.

Na tem zakończyła się tak brzemienna w skutki i refleksje dyskusja nad pierwszym tematem Zjazdu.

(c. d. n.)

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa).

## O d c i n e k

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

### Listy samobójców.

Podawa

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA (Warszawa).

(c. d. p. Nr. 12).

Względy natury politycznej i związane z niemi przykrości natury moralnej kładą broń samobójczą w rękę emigrantowi rosyjskiemu, który przed śmiercią pisze:

„Byłem zmuszony wyjechać z sowdepji, gdyż byłem przeciwnikiem władzy bolszewickiej. Zdawało mi się, że Polska przyjmie przychylnie wszystkich kontrrewolucjonistów, przeliczyłem się głęboko: w Polsce byłem zmuszony przecierpieć więcej przykrości, niż tam, żyć bez dokumentów, jak w więzieniu. Więcej nie jestem w stanie znosić tych przykrości i dlatego zdecydowałem się zabić, lepiej samemu się zastrzelić, niż być wysłanym do sowdepji i być rozstrzelanym przez bolszewików. Jedynie tylko żałuję, że mem samobójstwem spowoduję przykrość memu kochanemu bratu, proszę go nie obwiniać, rewolwer ja mu ukradłem, proszę wierzyć mym ostatnim słowom”.

Szczegółów bliższych nam brak, jeśli jednak brat jego, przypuszczalnie również emigrant, mógł sobie zorganizować możliwie życie, prawdopodobnie obiektywnie nie było to tak znów trudne, jak pisze samobójca.

Względy natury moralnej, być może, wyrzuty sumienia z powodu samobójstwa kobiety, z którą utrzymywał stosunek miłosny, ambicja podrażniona z powodu zwróconej przeciw niemu opinii publicznej, być może, i tęsknota za zmarłą powodują, że na życie swe targnął się 24-letni robotnik, który zostawił kartkę następującą:

„Między ludźmi są bydłeta, przez których zginęła św. pamięci XY.; tak samo i mnie do tego doprowadzają, niech będzie. Nikogo proszę nie posądzać. Jej śmierć a także i moja, wszystko się przebacza. Jedną prośbę mam: chcę i pragnąłbym być pochowany obok XY. Grzesznikiem wielkim nie jestem, byłem u spowiedzi wielkanocnej. Żegnajcie”.

Niekiedy sam samobójca zdaje sobie sprawę, że w walce z przeciwnościami życiowymi musi paść, między innymi, i dlatego, że jest mniej od innych uzbrojony, opancerzony.

„Kochany braciszku, śpieszę z rozdarciem sercem i zażawionem pożegnać się z tobą. Te pieniądze, które przysłałeś oddam dla biednych, a ja muszę zakończyć marne życie swoje: wciąż w domu robią mi przykrości, ja dalej nie mam sił cier-

pieć tego, dosyć. Ach, braciszku, ile się naciierpiałam przez życie niesprawiedliwych posądzeń, spytaj się mojego małżonka, czy on mnie wziął kurwą z burdelu, czy niewinną dziewczyną? Naprawdę, najgorszy zbrodniarz nie cierpi tyle, co ja, jedno wszystkim mogę ustąpić, już wszystkim mogę ustąpić, już ojciec i macocha zostaną się spokojnie; już im nie będę przeszkadzać, już będą spokojni, że do nich nie wrócę. Żegna cię słaba braciszku i prosi przebaczyć mi mój tak niezrozumiały postępek...”

Przyczyny natury moralnej i materjalnej kładą broń samobójczą w rękę człowiekowi, który pisze:

„Nie miejcie żalu do mnie, wyjścia innego nie miałem. Poraniony zostałem we wtorek przez kochankę żony, szukałem pracy i nic nie mogłem znaleźć na razie. Rzeczy proszę odesłać rodzinie”.

Przystąpię obecnie do omawiania listów, których autorowie nie wyjawiają przyczyny śmierci. Stanowią one około 13% wszystkich przeze mnie przejranych. Brzmia one mniej więcej w ten sposób: „Powód mnie tylko znany, proszę o śmierć mą nie oskarżać nikogo”, lub „Powód zabieram do grobu” albo „Tak chciałem, tak zrobiłem”, „Innego wyjścia nie mam” i t. d. Zarówno w tych listach, jak i w większości listów wogóle znajduje się tam jeszcze prośba o przebaczenie. Niekiedy chęć jaknajbardziej cichego zniknięcia ze świata, dyktowana, być może, lękiem przed ludzką ciekawością, jaką zazwyczaj wzbudza rzecz niecodzienna i nieoczekiwana, przyjmuje nieomal chorobliwą formę. Jeden samobójca, kończąc życie w gęstwinie leśnej, pisze kartkę, w której prosi tego, kto go wypadkowo odnajdzie, by go zakopał w ziemi, nie zawiadamiając o tem nikogo; inny zostawia na stole kawałek papieru z treścią depeszy, jaką należy posłać pod wymienionym adresem: „Przyjeżdżaj, Władek nie żyje”. I znów nasuwa się na myśl ostatnie życzenie Płoszowskiego, by „tu, gdzieśmy się tyle naciierpieli, zostało po nas tylko milczenie”.

Listy tego rodzaju przypuszczalnie zostawiają ludzie o naturze zamkniętej i opanowanej, lecz wrażliwej, a być może, i głębszej, niż przeciętna. Są one naogół pozbawione zabarwienia uczuciowego, charakter ich jest raczej obiektywny, ponieważ informacyjny, nic nie wskazuje na to, by afekt chwilowy je dotykał.

Czasem się zdaje, że list samobójcy jest w jego przekonaniu wyrazem jego stosunku do samego życia. Tak mogłoby się często wydać i innym przy powierzchownym badaniu. „Życie mi zbrzydło, na tak podłym świecie lepiej nie żyć”. „Pozbawiam się życia dlatego, że mi się przykrzy żyć na świecie” i t. p. Zachodzi jednak pytanie, czy słowa te są odbiciem stosunku samobójcy do samego ży-

cia, jako całości, czy też do poszczególnych zjawisk, czy zdarzeń. Autorem jednego z podobnych listów był człowiek młody, zdrowy, zarobkujący niezłe, nie posiadający jakoby specjalnych zmartwień, jednak z życia niezadowolony. Myślę, że w grę tu wchodzi częściej przyczyny poszczególne, które, czy to poniekąd nieświadomie wsiąkają w całość życia, dając mu naogół zabarwienie przykre i ciemne, czy też, jak to ma miejsce u natur skłonnych do drobniogowego roztrząsania, acz nie stanowią naogół wielkich nieszczęść, powtarzając się często, zniechęcają do życia. Kiedy indziej pod tą ogólną niewyraźną przyczyną kryje się właśnie decydująca, nieujawniona — w jednym z podobnych listów po zdaniu „życie mi się sprzyrzyło“ następuje „bo na tak podłym świecie nie warto żyć“ i „innego wyjścia nie mam“.

Chwilami przy odczytywaniu tych krótkich słów nasuwa się myśl, że samobójca uważa może poniekąd jakby za swój obowiązek czy tylko formę grzecznościową, opuszczając świat w sposób, nie przyjęty naogół, wytłomaczyć się przed pozostającymi, podać jakąkolwiek przyczynę. Czy jest ona rzeczywista w danym wypadku, czy też sumą najróżnorodniejszych przeżyć, czy wybiegiem lub wprost celowym wprowadzeniem w błąd, ukryciem, że życie przyjmuje groźne kontury i szare barwy — trudno dociec.

„Moi drodzy, sprzyrzyło mi się już żyć na świecie, nie ze względu na tę małą (córeczka) tylko z innych przyczyn. Chciałabym koniecznie ją wychować, ale są takie okoliczności, że nie mogę. Już Zosia jest tak duża, że chyba bez mamy się wychowa. Nie wiem, kogo on weźmie do niej, pewno naszą gosposię, a ona taka dobra dla niej, że myślę, że będzie miała dobrze. Tylko kochajcie ją, bo ona jest bardzo biedna: taka mała a już nie będzie miała matki“.

Widzimy, że kobiecie tej trudno jest odejść od córki, chciałyby „koniecznie“ ją wychować, a jednak ją opuszcza. Muszą tu więc w grę wchodzić siły potężniejsze, niż miłość do dziecka, poczucie obowiązku względem niego, niż instynkt życia na koniec, nie wyjawia ich jednak.

Niekiedy listy, pozostawione przez samobójców, są jakby dalszym ciągiem rozmowy, prowadzonej z otoczeniem, czy też z sobą samym. Wyobraźnia jest tak wypełniona tematem, który ją wyłącznie zajmuje, że słowa, rzucane na papier, kończą myśl wyciśniętą mocno, ale tylko w mózgu.

„Wszystko mi jedno, co sobie ludzie pomyślą, tylko nie chcę cierpieć. Matko, gdybyś ty wiedziała, wiele nocy ja wyszlochałam, tobyś mnie nie potępiała. Dlatego nie poszłam do domu, że nie miałam pieniędzy, że bałam się i nie miałam odwagi ci tego powiedzieć. Bo ja cię rozumiem. Ojczy, nie przeklinaj, siostry, wszystko mi jedno; tak mi dobrze, tak spokojnie myślę o wszystkim. Zrozumcie, muszę wyznać, boby mi było żal“.

„Mój ukochany, żegnaj i przebac. Nie byłabym w stanie żyć dłużej, uczyniłabym ci życie jedną męką. Dzięki za twą szlachetność i twoje serce. Módl się za mnie. Dzieci moje najdroższe, już was więcej nie ujrę. Nie opuszczaj ich... Czas zagoi rany i odetchniesz innym życiem. Mój najukochańszy, nie dałam ci szczęścia i nie dałabym nigdy. Nie wiń nikogo, ja sama winna...“

„Wybaczcie, że wam zmartwienie sprawiam, ale tak będzie lepiej i mnie i wam. Życie mi się sprzyrzyło, zresztą, mała strata was spotka, przebaccie i zapomnijcie. Proszę was, oddajcie, co na mnie mieliście wydać, wydajcie na Kasię, niech się kształci, lre łatwiej będzie wyjść zamaż, proszę raz jeszcze, wybaczcie za kłopot i zmartwienie, które wam sprawiam. Gdybym żyła, możebym więcej sprawiała. Liczyłam się tak długo, dopóki się nie dowiedziałam, że mama się spodziewa, więc sędzę, że przyjmie to z rozwagą, bo cios spodziewany przestaje być raczej ciosem“.

Następnie przechodzi do spraw życia codziennego, żegna się z rodziną i prosi, by jej nie potępiali, że „ze swą zwarjowaną duszą żyć nie może“ w obecnych warunkach. Kończy słowami: „niczego się nie lękam, jestem spokojna, jedynie myśl o was psuje mi ten spokój“. Czy miała ona duszę zwarjowaną? nie można o tem sądzić na podstawie listu, przypuszczać należy, że raczej buntowniczą, że nie potrafiła się ona zamknąć w danych warunkach. Przyczyny samobójstwa nie wymienia. List ten jest jeszcze ciekawy i ze względu na okoliczność, że wykazuje, jak wątpliwa może być niteczka, łącząca człowieka z życiem: „Liczyłam się tak długo, dopóki się nie dowiedziałam, że mama się spodziewa... cios spodziewany przestaje być prawie ciosem“.

Niekiedy zniechęcenie do życia, nie wywołane przeciętnie spotykanymi temi czy innymi przyczynami, tak silne, że prowadzi do samobójstwa, spotyka się w okresie dojrzewania i wczesnej młodości. Widząc, że życie i ludzie dalecy są od tego ideału, jaki sobie wyśniła, czując w sobie zmaganie jakichś sił nieznanymi, perywy, których się nieraz przed sobą wstydzi, nie znajdując w sobie i obok siebie oparcia, dziewczyna czy chłopiec zadaje sobie pytanie: czy żyć warto? i niekiedy nieznaczej nawet przyczyny: powieści, której bohater popełnia samobójstwo, w pieśni, w której drga tęsknota do śmierci, samobójstwa, które popełnia ktoś z otoczenia może starczyć, by odpowiedź wypadła przecząco.

Na podobnym tle wypadek zniechęcenia do życia był przypuszczalnie przyczyną zamachu samobójczego dwóch dziewcząt, 17 i 18-letniej, czego dowodem znaleziony przy nich wiersz, który tu przytaczam:

„Ponad przepaścią stoję na grani,  
A śmierć tak do mnie mówi z otchłani:  
Nie jestem straszna, wy życiu wierzycie,  
A wszakże lepszą jestem ja, niż życie,  
Ono was pędzi przez ból i zawody,  
We mnie kojąca krynica ochłody.  
Pójdź tu, krok jeden... to trwa krótką chwilę,  
Nie bardzo boli, potem ciszy tyle  
Nie chcesz? Ha, trudno, jeszcze ci się śmieje  
Życie, szaleńcze, jeszcze masz nadzieję?  
Więc idź ją stracić, poznaj, że nie mieści  
Życie nic w sobie, krom łez i boleści.  
Śnij, wierz i kochaj, łudź się jeszcze chwilę  
Aż na ostatniej zawyjesz mogile...  
A potem wróć tu, ja jestem cierpliwa,  
Przyjmę cię zawsze, jako matka tkliwa.  
Pachną, mdleją od woni te białe,  
Te mrące kwiaty w glinianym dzbanku“

Na moim stole.

W mem sercu płaczą dziwne wspomnienia,  
Myślą czuję woń upojną tych mrących kwiatów  
I sen, jakiś przedwczoraj zerwany, biały,  
          pachnący sen wędnących kwiatów  
Cicho na oczy mi spada, jak narcyzowe  
  chłodne, lekkie listki

Dobrą ręką rzucane...

Jutro te kwiaty zwiędną i zielony (nieczytelne)  
  ...na mym stole."

Do tej samej kategorii odniosę samobójstwo ucznia 7-ej klasy gimnazjum; powodem były jakoby nieporozumienia z matką, przyczyny jednak należy szukać w indywidualności chłopca. Ciekawe jest zestawienie przytoczonego wiersza z listem, jaki on zostawił — tam nastroj uczuciowy, tu podkład filozoficzny. A jednak i tu i tam działały wstrząsy życia na pierś „jeszcze niezbrojną”.

„Dziwna rzecz, ostatni raz siedzę na ławce szkolnej, ostatni raz widzę kolegów (którzy co prawda mnie nie rozumieją) i nie robi to na mnie żadnego wrażenia. Może moje postanowienie nie zdoła oblec się w czyn? Na samą myśl o tem przejmują mnie dreszcze, tak już jestem zmęczony, że już dłużej bym nie wytrzymał. Dwa dni zaledwie egzystencji, a potem nieznanie. Albo nicosis, albo jakaś nieznaną transformacją pierwiastka niematerjalnego w innej postaci bądź świata organicznego, bądź nieorganicznego. Te przemiany wcielenia mogą być wynikiem siły świadomej, mogą też być skutkiem zorganizowania się wypadkowego siły fizycznej i kosmicznej. Ciekawym, czy moja świadomość przetrwa osobowość fizyczną (jeśli istnieje inna) i czy w związku z tem jażn moja zachowa pamięć życia wcześniejszego, a przedtem czy będzie zdawała sobie sprawę z swego istnienia. To są pytania, które mnie interesują i wyłącznie dla których zgodziłbym się na to, co zrobić z konieczności”.

List ucznia klasy 6-ej, który popełnił samobójstwo przez powieszenie:

„Godzina 12 w nocy z dnia 31 na 1 stycznia. Z nowym rokiem, z nowym szczęściem, z nowym zmartwieniem na przedzie. Tam na dole tak pięknie grają... w każdym razie tak mi się zdaje.

Już wszystko gotowe, zaraz zgaszę lampę, żeby światło nie biło w oczy. Jak dobrze umierać wogóle, a przy dźwiękach muzyki w szczególności...”

Brakiem powściągu oraz równowagi duchowej, wiekowi wczesnej młodości właściwym, nawet, o ile była jeszcze inna przyczyna, należy tłumaczyć samobójstwo 18-letniej dziewczyny, która pisze:

„Mamusi droga, odebrałam sobie życie, poszłam się utopić. Jeden chłopiec pracował ze mną w fabryce, zabrał mi 17 zł. 40 groszy i teraz nie chce oddać. Poszłam się utopić do Rad., a temu chłopcu Kazio na imię”.

Aczkolwiek w tym okresie życia samobójstwo bywa nieraz popełniane z bardzo błahych powodów (nieraz odratowani samobójcy to wyznają, kiedyindziej zeznania wiarogodnych świadków to potwierdzają), trudno jest jednak oprzeć się myśli, że krył się poza wymienionym inny, poważniejszy powód.

Oto list, napisany przez 17 letniego chłopca,

który jakoby dlatego pozbawił się życia, że matka nie była dostatecznie zamożna, aby go kształcić:  
„Niech Mama się nie martwi, Zawalidroga musiał ustąpić. Nie narzekam na to, że mama kształcić nie mogła, tylko na los, który prześladuje człowieka. Czekałem kilka lat, aby się porawił, ale napróżno. Mam nadzieję, że mamusia spełni mą prośbę, aby pogrzeb odbył się z domu. Nie mogę dłużej żyć w rozpaczy. Żegnam na zawsze. Kolegom cześć”.

W liście tym dużo daje do myślenia wyraz Zawalidroga. Być może, powtarzany często, zrobił, że chłopiec poczuł się zawalidrogą, że w duszy jego wzrastały niepewność i zniechęcenie do życia. Sądząc z listu, należy przypuszczać, że chłopiec miał naturę drażliwą, że znajdował się w stanie przygnębienia. Do rozpaczy jednak nie miał wyrozumowanego prawa, przedewszystkiem dlatego, że żył on zbyt krótko, by mógł dojść do wniosku, że los nie zmieni się na lepsze. Pesymizm, jaki tu widzimy, nie jest bynajmniej charakterystyczny dla tego wieku, w którym zdrowa nerwowo natura echem własnych skarg się pieści, w którym są „dni żalu—krótkie, szczęścia, długie...” U natur psychopatycznych poza skargą, żalem i nieokreśloną tęsknotą mogą się czaić rzeczywista niechęć do życia i myśl o samobójstwie. Przeciwstawieniem tego nastroju jest stan duchowy człowieka, któremu „jesień późna siwizną srebrzy włos”, ujęty w pięknym wierszu Sł o Ń s k i e g o:

Choć jemu „żaden się sen nie sprawdził,  
Żaden się nie stał cud,  
„Pod rdzą jesieni kona  
Ostatnia z jego złud”,  
on wierzy, że kwiat paproci jeszcze zakwitnie, że „jest jeszcze jego wiosna”.

Z listów, pozostawionych przez ludzi jeszcze młodych, lecz takich, którzy już zdążyli do pewnego stopnia osiągnąć równowagę duchową, oraz przez ludzi dojrzałych, możemy niekiedy wywnioskować, że samobójca, zanim się zdecyduje na krok ostateczny, stara się jeszcze sprawdzić swe z życiem rachunki.

„Mało miałem chwil jasnych i nie spodziewam się doznać szczęścia w życiu, więc odchodzę zupełnie spokojnie i bez żalu”.

„Nie czuję się na siłach, by tak dalej egzystować, wreszcie nerwy odmówiły mi posłuszeństwa, no i nie chcę już żyć, nie widzę celu i kresu tego wszystkiego, co się walką i życiem nazywa. Narazie będzie dla was to przykrem, lecz za kilka dni zazdrościć mi będziecie. Wprawdzie przeżywam okropne wrażenia, lecz sądzę, że gorzej byłoby żyć znowu. Nie wiem, czy zdobędę się na tę stanowczą chwilę, lecz jeśli — to mnie nie ratujcie, bo przecież to wszystko jedno, teraz czy później”.

Cechą, która, zdaje się, wyraźniej występuje w listach samobójców w wieku dojrzałym, jest często troska, by w jaknajwiększym porządku zostawić życiowe rachunki: kwestje długów, sprawy spadków, przedmiotów pożyczonych, rzeczy, znajdujących się w reparacji i td. Widzimy to w listach, pisanych przez ludzi z najrozmaitszych warstw społecznych: przez inżyniera, dentystkę, wieśniaka i td.

Przypuszczalnie nie popełnię błędu, gdy na podstawie mego materiału pozwolę sobie wyciąg-

nać wniosek, że w okresie wieku dojrzałego, zwłaszcza, o ile samobójstwo nie nosiło wyraźnego zabarwienia erotycznego, listy mają częściej, niż w wieku lat młodości, charakter spokoju, rozwagi oraz opanowania.

Przeglądając listy samobójców poza nagimi faktami, które popychają do odebrania sobie życia, widzimy często organizację nerwową, uwarunkowaną wybujałą uczuciowością, brakiem opanowania i powściągu, zaburzeniami autokrytycyzmu lub innymi czynnikami. Ta właśnie organizacja nerwowa sprawia, że człowiek w pewnych warunkach przekłada śmierć nad życie pod wpływem chwilowego wzburzenia, czy to długotrwałego stanu afektywnego.

Oto parę listów, oddających to, co przed chwilą powiedziałam:

„Chlebodawca ubliżył mi w najgorszy sposób, nie mogłam przeboleć tak podłego postępowania, gdyż nie zasłużyłam na podobne traktowanie“.

List prostytutki, która po pijanemu oskarżyła jakoby niesłusznie o sutenerstwo jakiegoś człowieka; po dojściu do przytomności z rozpacz żyć sobie odbiera.

„Ja proszę bardzo, ażeby Karol został zwolniony, ponieważ byłam wstawiona i niesłusznie go oskarżyłam. Kiedy oprzytomniałam, zauważyłam swój błąd, ale, niestety, zwolnić go nie było mowy. Wolę śmierć, jak cierpieć. Więc proszę pana przodownika, niech zrozumie to i niech pozwoli mi zobaczyć się z Karolem przed śmiercią, ponieważ chcę usłyszeć z ust jego słowo, że mi przebaczył. Wolę śmierć, niż patrzeć na męczarnie człowieka, który jest niewinny“.

List ten przypomina przytoczony przy omawianiu samobójstwa w związku z konfliktami natury miłosnej — tam dziewczyna odbiera sobie życie na wieść o ciężkiej chorobie ukochanego. W obu wypadkach brak powściągu oraz okropne obrazy, jakie przeczulona fantazja przed oczy stawia, czynią, że śmierć zdaje się wybawieniem od życia męki.

O ile przytoczone przed chwilą listy pomimo niewspółmierności czynu i reakcji mogą się jeszcze poniekąd utrzymać w granicach normy, zarówno treść jak i forma pisma, które poniżej przytoczę nie dadzą się już tam wtłoczyć:

„Odbieram sobie życie z powodu tego, że wzięłam sobie dziewczynę na mieszkanie z dzieckiem. Była cicha i dobra, zaczął przychodzić jej kochanek, robił awantury, więc w sobotę policjant przyszedł i wyrzucił kochanka, ten kochanek zabrał ją ze sobą. Ja poszłam zagrzać herbatę dla dziecka, bo płakało, moja znajma karmiła dziecko, bo płakało i poszła do policji. Policja powiedziała: zanieś pani dziecko do kochanka. Ja przychodzę do domu i zaczyna na mnie od kur..., więc ona mu wrywa, a policja krzyczy na mnie. Ja przyszedłam do domu i piję, stróżka przychodzi i mówi, że ja ją biję. Ten policjant pyta, co ja robię w mieszkaniu, podałam rzeczy, więc podałam rzeczy przy policjancie i łóżko i tej kobiecie dałam. A jak ja umrę, mam w kasie pieniądze i proszę mnie pochować, więc ja u niej mam ubranie i proszę je zostawić dozorczyńni. Kolczyki i pierścionki dla XX“.

Chaotyczny i niezrozumiały jest ten list, a sa-

mobójstwo zostało popełnione za pomocą trucizny na szczury, którą, być może, miała ta kobieta pod ręką.

Afektem patologicznym musimy objaśnić straszny wypadek, gdy 30-letni rolnik z powodu sporu o kapustę zabija matkę, brata, a następnie siebie samego. Zabójstwo należy wytłomaczyć chorobliwym afektem oraz brakiem powściągu. Gdy po dokonaniu straszego czynu spadło napięcie wściekłości, uczucie rozpacz równie silne, jak przed chwilą szału i gniewu, a według wszelkiego prawdopodobieństwa i poczucie okropności przestępstwa oraz odpowiedzialności każą mu z sobą skończyć. Ciekawem jest, że krótka kartka, jaką on zostawił, nie wykazuje żadnego stanu uczuciowego, być może, pisząc ją, znajdował się on w stanie zahamowania:

„Kochany Edziu, wyślij depezę do Władców, żeby przyjechali na pogrzeb Wacka (to jest jego) matki i brata. Żegnaj na zawsze. Po policję posłano“.

Afekt patologiczny spotykamy często, jako cechę konstytucji chorobliwej. Mamy przykłady, gdzie w listach ta właśnie konstytucja wyziera:

„Panie komisarzu, odbieram sobie życie z powodu zbyt elastycznych paragrafów prawa polskiego i bękart austriackiego, dra X. biurokraty, pochodzącego z byłej prowincji Galicji i Głodomierji. Zwłok proszę nie sekcjonować. Z poważaniem“.

Konstytucja chorobliwa jest przypuszczalnie w dużym stopniu przyczyną samobójstwa 26-letniego felczera, który przed śmiercią pisze:

„Kochany braciszku, w życiu swoim jaknajwięcej bądź zuchwałym i niesumiennym, a będziesz miał powodzenie“.

„Kochani Rodzice, dziś postanowiłem opuścić te strony, ponieważ życie jest nicością, nawet męczarnią dla takiego indywidualisty, jak ja“.

„Do Pana lekarza X. Rok temu prosiłem pana mnie zbadać, ponieważ zaczynałem chorować na tbc. pulm., nie był pan łaskaw i z tego powodu zaczęła się rozwijać phtysis pulm. Gdyby pan, wracając z miasta zawrócił do mnie, nie miałbym ja tego, co się stało. (?) Chciałem pana teraz zastrzelić, ale nie jest to odpowiednia satysfakcja dla pana — starego“.

„Do Pana Starosty: Czekałem dwa lata, aby otrzymać obywatelstwo polskie, ale z powodu relacji, które dochodziły do pana przez usta takich plotkarzy, jak Wincenty, chciałem panu . . .“

„Szanowni czytelnicy, ponieważ życie zrobiło się dla mnie ciężarem, to drugi raz decyduję się „opuścić tę łez dolinę“ (pół roku przedtem popełnił pierwszy zamach). W wielkiej mierze tragicznego końca mej egzystencji winna fanatyczka religijna, dewotka M. (żeby ją jasny piorun trzasnął)“.

„Z powodu tego, że nie mam tu żadnych krewnych, proszę pana kierownika szkoły zająć się moim pogrzebem... Żegnaj wszystkim przyjacielom i życzę dobrego powodzenia tu na ziemi. Sidra, żeby ją szlag trafił“.

Listy te wykazują rozgoryczenie, zniechęcenie, przeczulenie i cały szereg pretensyj; przynajmniej niektóre z nich są według wszelkiego prawdopodobieństwa nieuzasadnione (np. do lekarza, która dowodzi u denata, felczera, zaburzeń krytycyzmu).

Nienormalna jest reakcja, prawda, tylko wewnętrzna, o której pisze w liście do lekarza: „chciałem pana zastrzelić”. Przymuszczenie wyrazy „chciałem panu” w liście do starosty są początkiem niedokończonego zdania, w którym wypowiedzieć chciał

groźbę czy chęć zemsty. List ten żadną miarą nie pozwala wyciągnąć wniosku, że osoba, która go pisała, znajdowała się w stanie normalnym zarówno pod względem uczuć, jak sądów oraz reakcyj. (Dok. nast.).

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### W sprawie opłatności świadczeń w Kasach Chorych.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Prasa codzienna ostatnich tygodni pełna jest artykułów w sprawie wymienionej w nagłówku. Autorzy wypowiadają się oczywiście przedewszystkiem z punktu widzenia swego stosunku do rządu i do klasy robotniczej. Prasa fachowa stosunkowo mało poświęca tej sprawie uwagi. Tylko Lekarz Polski zabierał głos w tej materji, oczywiście, stojąc na stanowisku opłatności. Nie będąc osobiście zaangażowany w żadnym kierunku, chciałbym zwrócić uwagę na pewne strony tej kwestji.

Organizacja Kas Chorych przypadła u nas na okres największego rozpędu demokratycznego. Przygotowanie ustawy poprzedziły gruntowne studia odośnych instytucji zagranicą. Twórcy oparli się na najlepszych wzorach, i zdawało się, że sprawa będzie pomyślnie pod względem praktycznym załatwiona. Kasy Chorych miały do spełnienia, zwłaszcza w b. Kongresówce, doniosłą rolę zaopiekowania się zdrowiem tych warstw, które poprzednio były traktowane w tym względzie po macoszemu, udostępnienia lecznictwa szerokim masom ludności, które przedtem lekarza widziały tylko w wyjątkowych sytuacjach. W tym sensie propaganda lecznictwa u nas była zagadnieniem niezmiernie doniosłości społecznej. Niestety, praktyka przyniosła wiele tarć. Zawinił przede wszystkim lekarze, którzy wypowiedzieli Kasom Chorych ostrą walkę, obawiając się uszczuplenia dochodów. Stanowisko to było fałszywe. Niewątpliwie część praktyków większych mogła ponieść pewien uszczerbek, ale ogół świata lekarskiego musiał bezwzględnie zyskać na olbrzymim wzroście klienteli. Trzeba przyznać, że stosunek lekarzy do Kas Chorych zmienił się w ciągu ostatnich 10 lat zasadniczo i zmienia się wciąż na lepsze. Na miejsce bezwzględnego zwalczania widzimy zdrową tendencję słusznego dostosowania się do instytucji, uzyskania w niej warunków pracy najpomyślniejszych zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta, stworzenia z Kasy Chorych potężnego oręża w walce o zdrowie powszechne. Zawinił także i ubezpieczeni. Szerokie masy ludności robotniczej nie wiedziały dobrze, co począć z Kasą i jak się do niej ustosunkować. Zarządy, w których lekarze nie mieli głosu, nie umiały sprostać zadaniu i najczęściej były bezradne wobec zadań bieżących. Największą jednak winę ponosi aparat organizacyjny, który pracował drogo i bardzo często źle. W pewnym momencie czyniki rządowe zabrały się do naprawy. Rozwiązano większość zarządów, wprowadzono komisarzy i zupełnie pozbawiono głosu ubezpieczonych. Nie chcę w tej chwili analizować całokształtu tej reformy. Jest ona

z pewnego punktu widzenia zbyt świeża, ażeby mówić o niej *sine ira et studio*. Czynniki lekarski zyskał znacznie na walorze i trzeba poczekać, aż pokaże, co umie, w jakiej mierze naprawdę potrafi niedomagania usunąć. Mnie chodzi w tej chwili o zasadniczy punkt widzenia, jakim jest usunięcie od wpływów całej masy ubezpieczonych. To ostatnie jest faktem niezaproczonym bez względu na stan prawny, istniejący w tej czy innej Kasie. Wytworzyła się taka sytuacja, jak gdyby zapomniano o tem, że materialną podstawą istnienia Kasy i jej działania są przede wszystkim wkładki ubezpieczonych, potrącane z ich zarobków, oraz opłaty przedsiębiorców, obciążające dochody przedsiębiorstwa. Zwolennicy szeroko dziś wprowadzanych reform zdają się zapominać, że obciążenie dodatkowe wymaga przede wszystkim zgody tych, którzy mają płacić. Przecież świadczenia Kasy nie są dawane bezpłatnie. Przecież wyznaczenie składek w wysokości 6% od zarobków nie było wzięte z powietrza. Było to oparte na cyfrach z całego szeregu miast i krajów. Jeżeli to nie wystarcza, wówczas należy starannie szukać przyczyn. Naprzód co do lekarstw. Mówi się dużo o nadmiernem wyzyskiwaniu Kasy przez ubezpieczonych. Moim zdaniem, jest to niesłuszne, bo pacjent nie dostaje lekarstwa bez recepty. Lekarze powinni mniej zapisywać, to wtedy koszty będą mniejsze. Nie będę tutaj rozpatrywał szczegółowo, jak wyglądają nasze taksy aptekarskie. Podobno są one wyższe, niż w innych krajach, i mogłyby być obniżone. Dotknę tylko jednej rzeczy zasadniczej. W kraju, nieprzygotowanym społecznie do walki z chorobowością, w kraju o przeludnionych mieszkaniach, o nędznych zarobkach, w kraju, mającym mało szpitali i pozbawionym sanatorjów i innych urządzeń, lekarz zapisuje lekarstwo, bo nic innego choremu dać nie może. Wprowadzenie opłatności środków lekarskich wytrąci mu ten ostatni oręż z ręki. Nie jestem zwolennikiem wiary w chemikalja uzdrawiające, ale nie mogę uważać, że można całkiem się bez lekarstw obyć. A te osławione preparaty djetetyczne! Przecież to często jedyna rzecz, jaką lekarz, a za jego pośrednictwem i matka mogą dać choremu dziecku.

Wszystko to samo, ale w wielokrotnie większym stopniu dotyczy opłatności wizyt lekarskich. Społeczeństwo nasze musi raczej zastanowić się nad tem, co zrobić z ochroną zdrowia milionowej rzeszy bezrobotnych, którzy wcale do Kasy nie należą i nie mają żadnego prawa do jakichkolwiek świadczeń, a nie utrudniać korzystanie z pomocy lekarskiej szerokim masom ludności, której zarobki nie dosięgają *minimum* kosztów utrzymania. Wprowadzenie opłaty, a raczej dopłaty do wizyt lekarskich musi odbić się szkodliwie na zdrowiu ludności, aczkolwiek niewątpliwie usprawni funkcjonowanie gabinetów lekarskich. Praktycznie wprowadzenie dopłat równa się usunięciu znacznej części ubezpieczonych od możliwości korzystania z Ka-

sy. Wytwarza się sytuacja, urągająca elementarnemu poczuciu sprawiedliwości społecznej: płacić będą wszyscy, leczyć się tylko zamożniejsi.

Przestańmy oszukiwać samych siebie, że trudności materialne w Kasach i wady w ich funkcjonowaniu wynikają z tego, że ludzie zdrowi robią sztuczny tłok w poczekalniach i w aptekach. Niewątpliwie, pewna część klienteli mogłaby odpaść. Jest to wdzięczne zadanie dla lekarzy, którzy muszą wychowywać pacjentów zarówno w Kasie, jak w klienteli prywatnej, i dla organów kontrolnych Kasy, o których funkcjonowaniu jakoś mało się mówi. Poprawa tych stosunków idzie ciągle i musi z biegiem czasu zrobić swoje. Zasadnicza przyczyna trudności materialnych tkwi zupełnie gdzieindziej. Póki istniało Ministerstwo Zdrowia, i były przynajmniej projekty organizowania poczynań zdrowotnych w skali państwowej, można się było spodziewać powstania w kraju sieci instytucji medycyny zapobiegawczej, mogących zdjąć z Kas Chorych przynajmniej część ponoszonych przez nie ciężarów. Z chwilą przejścia całej dziedziny szpitalnictwa w ręce samorządów jesteśmy świadkami braku nie tylko realnej pracy, ale jakichkolwiek projektów. Chodzi tu przede wszystkim o szpitalnictwo. W tej dziedzinie mamy zupełną *tabula rasa*. Było źle za czasów zaborczych, dziś jest stan ten sam. Poradnie wszelkiego rodzaju robią wprawdzie to, co nazwałbym ruchem w interesie, ale, nie oparte o szpitale, sanatoria, przytulki i t.p., efektywnie robią bardzo niewiele. I teraz przychodzi Kasa Chorych, mając bądźco bądź stałe i duże wpływy. Hajże na Sopicie! Niech płaci! W Warszawie Kasa utrzymuje szpital ginekologiczny, w Krakowie, w Łodzi buduje własne szpitale, w Warszawie organizuje pływalnie i t.d. i t.d. Wszystko to są rzeczy niewątpliwie pożyteczne, nawet konieczne

w kraju, który tego nie posiada, ale 6% na to nie wystarczy. Środki są potrzebne, ale musi je dać kto inny. Nawet przy tak szeroko zakrojonym leczeniu kasowym, jak u nas, ubezpieczeni nie mogą finansować tego, co z natury rzeczy musi obciążać państwo i samorządy. Jeżeli państwo i gmina nie mają na to pieniędzy, to trzeba poczekać. Nie było tyle lat pływalni na Woli i szpitala w Krakowie, że niema żadnej konieczności, ażeby akurat teraz wszystko to powstać musiało. I tu dochodzimy do sedna rzeczy. Finansami Kasy dysponują ludzie zwenętrz, obdarzeni, tak jak to u nas dzisiaj jest, niezawsze wiedzą fachową i zrozumieniem sytuacji społecznej, ale za to bezwzględnie i zawsze nieograniczonym zaufaniem czynników miarodajnych i, oczywiście, pełnomocnictwami. Wszak byliśmy świadkami zupełnie poważnych propozycji, ażeby Kasami rządziły wydziały lekarskie. Cóż dziwnego, że tę samą rolę usurpują sobie nieodpowiedzialni przed ubezpieczonymi komisarze? Ale nie o nich w tej chwili chcę mówić. Chciałbym zwrócić uwagę lekarzy, tych, którzy, przejęci rzetelną troską o zdrowie rzesz, poruczonych ich opiece, niedostatecznie zdają sobie sprawę z ram, w których finansowe życie Kasy musi się zamknąć, jeżeli instytucja nie ma się stać zaprzeczeniem swego własnego przeznaczenia. In der Beschränkung zeigt sich der Meister. Świat lekarski powinien wielki głosem domagać się świadczeń na rzecz zdrowia publicznego od samorządów i od państwa zamiast podcinać korzenie tej instytucji, z którą praca lekarska jest w dzisiejszych czasach związana nierozzerwalnie. Upadek Kas Chorych cofnąłby stosunki zdrowotne u nas co najmniej o 10 lat wstecz, a tych ciężarów, które na Kasy dzisiaj wkładamy, one absolutnie udźwignąć nie są w stanie.

## Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do wszystkich Panów Wojewodów (z wyjątkiem Śląskiego).

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi o nadesłanie do dnia 1 kwietnia 1931 r. danych o głosowaniach gminnych przeprowadzonych na podstawie art. 4 ustawy przeciwalkoholowej w sprawie wprowadzenia w obrębie gmin całkowitego zakazu sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia  
Dr. Piestrzyński.

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

Dotychczasowy tryb kierowania chorych funkcjonariuszów państwowych i członków ich rodzin na leczenie na koszt Skarbu Państwa do uznanych zakładów leczniczych bezpośrednio przez lekarzy umówionych powodował znaczne obciążenie kredytów państwowej pomocy lekarskiej, ponieważ bardzo często do tych zakładów były kierowane jednostki które nie potrzebowały leczenia szpitalnego względnie sanatoryjnego.

Wobec powyższego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządza, ażeby z dniem 1 marca r. b. lekarze, umówieni dla państwowej pomocy lekarskiej, nie wystawiali kart skierowania do uznanych zakładów leczniczych, lecz jedynie wnioski

na kartach porady o potrzebie skierowania danego chorego do jednego z tych zakładów.

Na podstawie wniosku lekarza umówionego będzie mógł wydać kartę skierowania właściwy lekarz powiatowy.

Ostatni w przypadku wątpliwym winien sprawę wraz z wnioskiem przestać bezwzględnie do decyzji Urzędu Wojewódzkiego, który ewentualnie wezwie chorego do zbadania przez specjalnie delegowanego lekarza urzędowego.

O powyższem zechce Pan Wojewoda powiadomić wszystkich na terenie swego Województwa lekarzy urzędowych i umówionych.

— Pożegnanie Warszawy przez wycieczkę lekarzy jugosłowiańskich.

„Ostavljauci Varšavu zahvaljujemo na dočeku koji je bio više nego bratski. Žar kojim ste nas promili ugrijao je hladnu atmosferu s'evera tako da je nismo ni osetili. Zajedničkim radom nastojacemo da se slovensko stablo zazeleni, procveta i donese plodove sreće ne samo svima Slovenima nego i ostalom svetu. Velika hvala i dovidjenja.“

co w tłumaczeniu brzmi:

„Żegnając Warszawę dziękujemy za przyjęcie, które było więcej, niż braterskie. Ciepło, z którym przyjęliście nas tak rozgrzało chłodną atmosferę północy, żeśmy tego chłodu nie odczuli. Wspólną pracą osiągniemy, że się słowiańskie zdźbło zazeleni, zakwitnie i da owoce szczęścia nie tylko wszystkim słowianom, lecz i pozostałemu światu. Wielkie dzięki i dowidzenia.“

Rasuchin  
Dyrektor Szkoły Higieny w Zagrzebiu,

## Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	8-11-14/II	15-11-21/II	22-11-2/III	1-III-7/III
Dżuma . . . . .	0	0	0	0
Ospa . . . . .	0	0	0	0
Cholera . . . . .	0	0	0	0
Dur brzuszny . . . . .	100 (10)*	122 (11)	121 (13)	110 (12)
Dur rzekomy . . . . .	0	2 (0)	0	2 (0)
Dur osutkowy . . . . .	49 (3)	41 (3)	43 (4)	56 (9)
Dur powrotny . . . . .	0	1 (0)	0	0
Czerwonka . . . . .	5 (0)	5 (1)	3 (1)	5 (1)
Płonica . . . . .	332 (10)	403 (20)	362 (19)	354 (17)
Błonica . . . . .	263 (21)	269 (14)	256 (17)	235 (17)
Zapal. op. mózg. . . . .	8 (1)	12 (5)	17 (2)	18 (4)
Odra . . . . .	976 (8)	590 (6)	609 (1)	863 (5)
Róża . . . . .	61 (3)	77 (2)	91 (7)	64 (5)
Krztusiec . . . . .	70 (12)	49 (5)	58 (13)	165 (7)
Malarja . . . . .	3 (0)	4 (0)	2 (0)	2 (0)
Posoczn. połog. . . . .	35 (8)	30 (8)	32 (9)	40 (5)
Trąd . . . . .	0	0	0	0
Jąglica . . . . .	412 (0)	405 (0)	781 (0)	618 (0)
Wąglik . . . . .	0	0	0	0
Nosaczna . . . . .	0	0	0	0
Włośnica . . . . .	1 (0)	0	1 (0)	3 (0)
Wścieklizna . . . . .	0	0	0	0
Zatr. jad. kielb. . . . .	0	1 (0)	0	0
Chor. Heine-Medina . . . . .	2 (0)	1 (0)	0 (1)	0
Twardziel . . . . .	3 (0)	2 (0)	1 (0)	3 (0)
Inne choroby zakaźne	283 (26)	133 (13)	235 (12)	105 (7)

\*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Zamknięcie V-go kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów.

W dniu 9-go b. m. odbyła się w Państwowej Szkole Higieny uroczystość zamknięcia V-go kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów.

Uroczystości przewodniczył Dyrektor Szkoły, Dr. W. Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego.

Imieniem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zęgnął słuchaczy kursu Inż. Z. Rudolf, który jako kierownik kursu zilustrował rozwój kursów dla inżynierów od połowy 1926 r. i wskazał na korzyści, jakie te kursy niewątpliwie Państwu przynoszą.

TREŚĆ: J. GLASS. O fizjopatologii choroby Basedowa. — M. FEJGIN. Objaw niedrożności jelit w okresie przedśpiączkowym zatrucia kwaśnego w cukrzycy. — F. GLEICHGEWICHT. Znaczenie kliniczne bębny (Str. pogl. Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Listy samobójców (C. d.). — Z. SZYMANOWSKI. W sprawie opłatności świadczeń w Kasach Chorych. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk Posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. GLASS: Sur la physiopathologie de la maladie de Basedow. — M. FEJGIN. Symptôme d'iléus dans la période précomateuse de l'intoxication acide dans le diabète. — F. GLEICHGEWICHT. Valeur clinique du tympanisme (Rev. gén. fin). — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Lettres des suicidés (suite). — S. SZYMANOWSKI. A propos de paiement des services rendus par les Caisses des malades.

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

## CENY OGŁOSZENI:

Okladka 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.—

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

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

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

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

Imieniem Szefostwa Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych przemawiał Pułk. Dr. J. Babecki, podkreślając zadania inżyniera sanitarnego na polu higieny wojskowej.

Po przemówieniu jednego ze słuchaczy, który w serdecznych słowach dziękował Dyrekcji Szkoły oraz wykładowcom za poniesione prace, zabrał głos przewodniczący, Dr. Chodźko, i nawiązując do początków rozwoju higieny, wskazał na doniosłą rolę inżyniera w dziale podniesienia zdrowotności Państwa.

Uroczystość zakończyła się rozdaniem świadectw. Kurs ukończyło 19 inżynierów, w tem 9 państwowych, 4 samorządowych i 6 prywatnych.

— Na wniosek prof. Clmettea uchwalila Paryska Akademia Medyczna wyłonić komisję, złożoną z 14 członków, do zbadania sprawy, czy szczepionka BCG może w ustroju ulec przeistoczeniu w zjadliwą postać lasecznika gruźlicy.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

## 28.III. Warszawskie Koło Tow. Internistów Pol

1. K. Dąbrowski, N. Berdo i L. Wolf ram ówn a: Wpływ przebytych cierpień płucnych na powstawanie gruźlicy płuc (2 przypadki).

2. A. Landau i M. Goldman (jun): W sprawie mechanizmu powstawania azotemji hypochloremicznej w stanach przewężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego.

3. J. Muszkatenblit i B. Rosnowska: Endarteritis arteriosclerotica senilis z rzadkim obrazem rentgenograficznym.

4. A. Rytel: Przypadek kiły płuc.

5. J. Sadkowska i M. Werkenthinówna: Tętniak tętnicy brzusznej na tle miażdżycy dużych pni na czyniowych.

6. P. Lipszadt: Przypadek ciężkiej niedokrwistości po zatruciu benzolem.

7. A. Landau, J. Bauer i W. Hejman: Przypadek gruźlicy prosówkowej.

## 1.IV. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

(w małej sali Warsz. Tow. Higien. Karowa 31).

1. Komunikaty Prezydium. 2. Referat inż. arch. W. Borawskiego p. t. „Rozbudowa Szpitala zakaźnego Św. Stanisława w W-wie” (paw. obserw. — zakaźny na 232 ł., centrala ciepła, kuchnia i dezynfekcja) z przezrociami. 3. Dyskusja. 4. Wolne wnioski.