

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE I REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 21 SIERPNIA 1930 R.

Nr. 34

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Miejskiego Domu Opieki dla opuszczonych dzieci starozakonnych w Warszawie.

(Starszy lekarz: Dr. J. Judd)

Erythema infectiosum na tle endemji w zakładzie zamkniętym.

(Dokończenie — p. № 33).

II. Część hematologiczna

Podala

Dr. B. HERMELINOWA (Warszawa).

Dotychczasowe badania hematologiczne w piśmiennictwie o rumieniu zakaźnym są b. skąpe. Te zaś, które są podane, zestawiane są zwykle na zasadzie nielicznego materiału, nie są dostatecznie szczegółowe, i brak w nich niekiedy dokładnych danych o wieku pacjenta i dniu choroby.

W roku 1915 w sprawozdaniu swem z przebiegu większej epidemji rumienia zakaźnego w Tübingen podaje Naegeli, iż spostrzegał najczęściej leukopenję, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, rzadziej—nie wielką leukocytozę; zwraca przytem uwagę na eozynofilję, utrzymującą się przez czas dłuższy, a dochodzącą nawet do 11 proc., oraz na brak komórek plazmatycznych, pomimo że często występowało w przebiegu choroby obrzmienie gruczołów chłonnych. Nieco obszerniej omawia w swoim podręczniku te dane Naegeli. W pierwszych dniach choroby znajdował, tak samo jak Weber i Stoos, liczbę leukocytów normalną albo obniżoną, później liczba ta waha się od 10000—14000; w 5—8 dniu liczba limfocytów jest trochę zwiększona, eozynofilja dochodzi do 10—12 proc.

Scheltma w Holandji w 6 przypadkach rumienia zakaźnego również stwierdził nieznaczną leukopenję ze względną limfocytozą i eozynofilją.

Brusa i Piero podają w epidemji w Klinice w Bolonji nieznaczną eozynofilję, szczególnie w 5—6-ym dniu choroby i nieznaczną neutrofilję.

Finkelstein i Wilfand w roku

1927 spostrzegali u niemowląt leukopenję w niektórych przypadkach z neutropenią, w innych zaś z limfopenją.

Jatsuka i Kataoka w Mandżurji również zwrócili uwagę u dzieci od lat 6—9 na leukopenję.

Sive podaje w swych przypadkach rumienia zakaźnego eozynochłonów 2—6 proc., leukocytów 4300—14000.

Goerper w Barmen w 18 przypadkach rumienia zakaźnego od 4½ miesięcy do 14 lat znajdował limfocytozę, jednak niestałą.

Cathala, Jean i Henri Cambessedes obserwowali u 5-ga rodzeństwa względne zwiększenie komórek jednójadrzastych do 39 proc.

W naszym materiale, obejmującym 243 badania, w 37 przypadkach obraz krwi jest niezupełnie jednolity i niewybitnie charakterystyczny, jednakże uwydatnia się leukopenja z limfocytozą, i częściej względną, niż absolutną.

Wspomniany obraz krwi, a mianowicie, leukopenja i limfocytoza ustala się już w pierwszych dniach choroby i jest jednakowy we wszystkich postaciach rumienia zakaźnego, rozpatrywanych w części klinicznej, jednakże okres trwania leukopenji i limfocytozy w poszczególnych przypadkach rumienia zakaźnego nie jest jednakowy.

Długotrwałość leukopenji i limfocytozy nie idzie też w parze z intensywnością i długotrwa-

T a b l i c a I.

Fizjologiczne liczby limfocytów wieku dziecięcego
podług Erlichówny i Bienia.

Wiek	% L.	Absolutna liczba L.
Niemowlę	50 — 70	5000 — 8400
Dzieci drobne	40 — 50	3200 — 5000
Dziecko starsze	30 — 40	2400 — 4000

łością wysypki, jakoteż z nasileniem innych objawów klinicznych. Jak wynika z powyższego, trudne jest dokładne ustalenie przeciętnego okresu trwania leukopenji i limfocytozy.

Jeżeli chodzi o obraz krwi, spostrzegany przez nas w przypadkach nawrotów rumienia zakaźnego, to zmian wybitnych w obrazie krwi nie stwierdza się. (przykł. Nr. 1)

Ten obraz krwi odróżnia omawianą sprawę od 4-ch cierpień wysypkowych, które bierzemy pod uwagę w rozpoznaniu różniczkowym, a mianowicie: różyczki, płonicy, *exanthema subitum* i odry.

Jak wiemy, najcharakterystyczniejszy jest obraz krwi w różyczce. Tu obok leukopenji, limfocytozy z przewagą limfoblastów (duże postaci limfocytów z jasnym pęcherzykowatym jądrem) i eozynopenji spostrzegamy komórki plazmatyczne, (występujące naskutek pobudzenia aparatu limfotwórczego) osiągające kilkanaście proc., podczas gdy u nas komórki plazmatyczne spotykają się rzadko i to w znikomej ilości.

Obraz krwi w rumieniu zakaźnym, w tej postaci, która jest zbliżona do płonicy, (przykł. 2) jest całkiem odmienny od tego, który widzimy w płonicy, bowiem w płonicy występuje leukocytoza obojętnochłonna, utrzymująca się według Bergha około 20 — 30 dni, według Reckzeha — do końca 2-go lub początku 3-go tygodnia, osiągając swe *maximum*, według tegoż autora w 4-tym dniu choroby.

Neutrofilja w pierwszych dniach płonicy dochodzi według Türka do 70 proc., według Fankoniego waha się od 60—90 proc., idąc w parze z przesunięciem się wzoru obojętnochłonnego w lewo.

Takież przesunięcie wzoru stwierdza Bix w lekkich postaciach płonicy, w ciężkich zaś przypadkach spostrzegał, tak jak i Naegeli, toksyczne uszkodzenie jąder i zarodki.

Wielu autorów stwierdza w płonicy limfopenję absolutną i względną, dochodzącą według Reckzeha w pierwszych dniach do 15—18 proc. Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają eozynofilję, zjawiającą się według Naegelego już w 2—3-cim dniu wysypki, zaznaczającą się według Bogdanowicza i Szenajcha najwyraźniej pomiędzy 3—8 dniem choroby, dochodzącą według Ambруса do 10—17 proc., według Katschekowa 8—15 proc. w 2—3 tygodniu choroby, według Bixa 20—23 proc. w 6-ym dniu choroby; zdaniem tegoż autora, długość i intensywność eozynofilji jest zależna od nasilenia i długotrwałości wysypki. Według Naegelego eozynofilja w płonicy jest zależna nie tylko od „wysypki“, ale także od swoistych substancji „eozynofilochemotaktycznych“.

Spostrzegaliśmy, tak sam, jak i Ambрус, brak eozynofilji tylko w przypadkach, przebiegających bez wysypki, oraz w ciężkiej postaci septycznej.

Znikanie eozynochłonów z krwi notują Roth, Georgescu, Katschekoff w przypadkach ciężkich z zejściem śmiertelnym.

Pozatem w płonicy, według Naegelego, występuje absolutna monocytoza, zaznaczająca się, według Fankoniego, już w pierwszych dniach choroby, osiągająca swe *maximum* pomiędzy 5—10 dniem.

Jeżeli chodzi o *exanthema subitum*, to autorzy podają leukopenję, względną limfocytozę, neutropenję, dochodzącą niekiedy do 2 proc., przesunięcie wzoru obojętnochłonnego w lewo, oraz uszkodzenie toksyczne jąder. Spostrzegano również komórki plazmatyczne, aczkolwiek nie tak liczne, jak w różyczce. A więc w naszym materiale rumienia zakaźnego brak przesunięcia wzoru obojętnochłonnego w lewo, uszkodzenia toksycznego w jądrach, oraz rzadkie występowanie komórek plaz-

T a b l i c a II.

Przykład	Nazw.	Wiek	Data	Dz. od zachor.	Przeciętne l. białych ciał.	limfocyty		Ob ‰	Mon. ‰	E. ‰	Pl. ‰	UWAGI:
						‰	Absolutna liczba					
№ 1)	Papier	10 m.	20 XI	1	7000	78	5460	16	5		1	Zach. 20 XI Wysyp. odrow.
			25 XI	6	7000	80	5600	16	3		1	C. norm.
			5 XII	16	7000	79	5530	17	3	1		
N a w r ó t 131.												
			13 I	1	8000	72	5760	22	16			C. norm. Wy- syp. odrowa
			15 I	3	7000	58	4060	36	5	1		Wysypka znikła
			18 I	6	7000	58	4060	37	5			
			22 I	10	10000	73	7300	23	4			

T a b l i c a III.

Przykład	Nazw.	Wiek	Data	Dz. od zachor.	Przeciętna l. białych ciał.	Limfocyty		Ob.	Mon.	Eoz.	U W A G I:	
						o/o	liczba absolut.		o/o	o/o		o/o
№ 2)	M. Gr.	3 l. 5 m.	20/XII	2	14000	21	2940	72	7		Zachor. 19/XII C. 38. Wysypka płonicza. Gardziel malinowa. Na migdałach naloty. Gruczoł podszczękowy — obrzmiały	
			21/XII	3	15000	40	6000	54	5	1		C. norm.
			22/XII	4	15000	51	7650	36	11	2		C. norm.
			23/XII	5	12000	44	5280	49	7			
			26/XII	8	12000	53	6360	39	5	3		
			28/XII	10	12000	70	8400	23	6	1		
			29/XII	11	12000	43	5160	54	3		Wysypka znikła	
			31/XII	13	10000	67	6700	27	5	1		
N a w r ó t 3/II												
			3/II	1	12000	29	3480	62	9		Nawrót 3/II C. 37,4 Wysypka plamista	
			6/II	4	8000	72	5760	22	3	3	C. norm. Wysyp. znikła.	

matycznych wyłącza również w sensie hematologicznym *exanthema subitum*.

W postaci rumienia zakaźnego, którą Pospischill nazwał morbiloid, i która przeważa w naszej epidemii, (prz. Nr. 3) nasuwają się pewne trudności, jeżeli chodzi o różniczkowe rozpoznanie z odrą. Większość autorów spostrzegała w pierwszej połowie okresu wylegania leukocytozę, Renaud, a z polskich autorów Redlich, Maternowska i Olechnowiczówna widzieli oprócz leukocytozy w $\frac{2}{3}$ przypadków wzrost eozynochłonów, wybitniejszy u dzieci z poprzednią eozynofilją, i nieznaczne przesunięcie wzoru obojętnochłonnego w lewo, które jest wybitne dopiero w okresie objawów nieżytych i idzie tu w parze ze stałą neutrofilją.

W tymże okresie większość autorów spostrzega względną i absolutną limfopenję, leukopenję, występującą według Heckera 5 dni przed wysypką, eozynopenję, zaznaczoną według tegoż autora już 3 dni przed wysypką, i monocytózę, dochodzącą przed wysypką do kilkunastu proc.

W okresie wysypkowym odrę, a więc szczególnie dla nas ważnym w sensie rozpoznawczym, utrzymuje się nadal znaczna neutrofilja względna, leukopenja względna i absolutna limfopenja i eozynopenja.

Naegeli, Pee, Klein i Türk spostrzegali w tymże okresie monocytózę, dochodzącą do 10 proc. Deussing i Usbeck,

w przeciwieństwie do Naegeli, spostrzegali jeszcze na początku wysypki komórki plazmatyczne, dochodzące do 10 proc. w 5—6-y dniu. Jako uchylenia od ustalonej normy w okresie wysypkowym odrę, a mianowicie, limfopenji i leukopenji, spostrzegała Usbeck limfocytozę i leukocytozę, lecz tylko w przypadkach powikłanej albo też mieszanej infekcji.

Takież dane Olechnowiczówny, Redlicha i Maternowskiej dotyczą również przypadków odrę powikłanej z zejściem śmiertelnem, a więc już limfocytoza względna, a tembardziej absolutna, a w każdym razie brak limfopenji w spostrzeganej przez nas chorobie przemawia przeciwko odrę.

Zaznaczyć należy, że w naszej ocenie stopnia limfocytozy braliśmy pod uwagę fakt, ustalony przez Erlichównę i Bienia w pracy „Limfocytoza wieku dziecięcego”, rzadko uwzględniany w piśmiennictwie, a mianowicie, że u dzieci fizjologiczne liczby limfocytów są bardzo wysokie, tem wyższe, im dziecko jest młodsze, na co wskazuje tablica autorów, i co, zresztą, mogliśmy potwierdzić w kontrolnych indywidualnych badaniach krwi u dzieci w dłuższy czas po przebyciu rumienia zakaźnego,

W końcu powiedzieć można, iż jakkolwiek obraz krwi w spostrzeganej przez nas chorobie nie jest wybitnie charakterystyczny, jednakże ma

T a b l i c a IV.

Przykład	Nazw.	Wiek	Data	Dz. od zachor.	Przeciętna l. białych ciał.	Limfocyty		Ob.	Mon.	Eoz.	U W A G I:
						o/o	liczba absolut.				
№ 3)	Wł. Pr.	4 l.	10/XI	4	3000	93	2790	5	2		Zach. 6 XI C. 37,6 gardziel zaczerwieniona Wysypka odrowa.
			12/XI	6	6000	71	4260	23	5	1	C. norm.
			13/XI	7	6000	75	4500	24	1	!	C. norm.
			14/XI	8	5000	71	3550	25	4		
			15/XI	9	5000	89	4450	9	1	1	C. norm.
			18/XI	12	7000	71	4970	21	6	2	Wysypka znikła
			9/XII	32	12000	46	5520	47	6	1	

niepoślednią wartość w rozpoznaniu różniczkowym.

Wypada mi tu złożyć podziękowanie Pani Docentowi Dr. Erlich za Jej cenne wskazówki w przebiegu pracy.

PIŚMIENNICTWO.

1) Marta Erlich. Zarys hematologii dziecięcej r. 1924.
2) M. Erlichówna i St. Bień. Limfocytoza wieku dziecięcego. Pedjatrja polska r. 1924. 3) Bogdanowicz i Schenajch. Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z leczeniem surowicą swoistą. Pedjatrja Polska r. 1928. 4) Bogdanowicz. O znaczeniu ciałek białych krwi dla ustalenia rokowania w płonicy. Pedjatrja Polska r. 1923. 5) Redlich i Maternowska. Przyczynki do hematologii odry. Pedjatrja Polska r. 1927. 6) Olechnowiczówna. Badania nad zachowaniem się białych ciałek w odrze. Pedjatrja Polska r. 1929. 7) Naegeli. Über Erythema infectios. Münch. Med. Woch. r. 1916. 8) Naegeli—Blutkrankheiten und Blutdiagnostik r. 1923. 9) Stoos. Infektiöses erythem. Pfandler und Schlossman. Handbuch der Kinderheilkunde, Dritte Auflage. 10) Goerper Carl. Beitrag zur Klinik der erythema infectiosum. Münch. Med. Wochen Jg 67 nr. 16 s 456—457 r.—1920. 11) Jatsuka i Kataoka. Journal Of South

Manchur. Med. Socie r. 1921 IX 12) Scheltema. M. W. Erythema infectiosum (Fünfte Krankheit) Nederlandsch tijdschr. geneesk. Jg 67 I Hälfte nr. 12 (S 1225—1227) 1923 r. Hollandsch Ref. w Zentralb für d. Gesamte Kinderheilkunde r. 1924 13) Brusa Piero. Noto cliniche et ematologiche durante u epidemia di eritema infettivo. (Clin. pediatr. univ. Bologna) Riv. clin. pediatr. Bd 22 H. 5. S 269—306 1924 Ref. Zentral. f. d. Gesamte Kinderheilkunde 1925. 14) Finkelstein O. L. und R. A. Willfand. Erythema infectiosum im Säuglingsalter. Kinder Kl. med. Inst. Kiew. Arch. f. Kinderheil. Bd. 81. H 2/3 St. 1927 15) Taccone G. Per. un epidemia di „quinta malattia“ eritema infettivo. Riv. di Cl. pediatr. Bd 25 H 3 r. 1927 Ref. Zentralb. f. d. Gesamte Kinderh. 1927 16) Cathaja Jean et Henri Cambessedes. Note sur une epidemie familiale d'erythèmes infectieux paraissant devoir être rattachee a la cinquieme maladie. Bull et mem de la Soc. Med. de Hop. de Paris Jg. 44 nr. 5 S. 205—209 r.—1928 Refer. Zentralb. f. d. Gesamte Kinderh. 1928 17) Sive A. Klinische [Beobachtungen während einer nosocomialen Endemie von erythema infectios. Mschr. Kinderheilk. 45 152—167 1929 Ref. Zentralblatt f. d. Gesamte Kinderh. 1930.

Z klinik, szpitali i pracowni

Ż Zakładu Medycyny Sądowej U. W.

(Kierownik: prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski).

Alkoholizm a samobójstwo.

Podał

Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI (Warszawa).

Pomiędzy samobójstwem a alkoholizmem może występować związek bardzo bliski, niemal bezpośredni, wzgl. może mieć miejsce łączność luźna, pośrednia. Jeśli chodzi o związek ściślejszy, może się zdarzyć, że targnie się na swe życie człowiek, znaj-

dujący się pod bezpośrednim, wyraźnym wpływem alkoholu; wiemy, że trunki działają rozmaicie na psychikę człowieka, czasami powoduje on osłabienie krytycyzmu, stan depresji, nastrój pesymistyczny, życie w takich chwilach wydaje się nudne, ciężkie, bez wartości; występujące zaburzenia krytycyzmu powodują, że taki osobnik nie jest w stanie odróżnić istotnych braków i nieszczęść od urojonych, wytworzonych przez jego chorobliwą psychikę; w podobnych chwilach nieraz bywają popełniane zamachy samobójcze.

Już w r. 1813 O s i a n d e r zwrócił uwagę na tę stronę psychiki pijaka, podnosząc, że w pewnej chwili przychodzi on często do wniosku, że nie mo-

że już dłużej znosić przeciwieństw życiowych i ginie z własnej ręki.

Casper (1825) twierdził, że alkohol bywa bezpośrednią przyczyną samobójstwa w 24,7% przypadków, pozatem odgrywa dużą rolę jako przyczyna pośrednia.

Russ (1852) zauważył, że u nałogowych alkoholików przy nagłym odjęciu alkoholu występują okropne lęki, depresja; w związku z tem mogą się zjawiać myśli samobójcze, co prowadzi do zamachu na życie. Kiedy indziej występują okropne omamy, zastraszające wizje i t. d., chory, aby ich uniknąć, przebija się nożem, skacze przez okno i t. p.

Kürbitz (1907) na jednej z klinik psychiatrycznych badań niedoszłych samobójców alkoholików, przywożonych tam po nieudanych zamachu; zdaniem jego w wielu przypadkach wyżej wymienieni bywają zupełnie niepo czytelnymi, czasami jednak świadomość nie jest całkowicie zamroczona, i możnaby tu mówić o zmniejszonej poczytalności. Jako motywy samobójstw występowały urojenia niewierności małżeńskiej, obrazy i obei gi, wymówki otoczenia z powodu pijaństwa i t. p.

Poza bezpośrednim wpływem alkoholizmu na zamachy samobójcze częściej między temi zjawiskami da się uchwycić związek dalszy, pośredni. Chmielewski słusznie zaznacza, że alkohol zwiększa liczbę chorych psychicznie oraz degeneratów i t. p., co powoduje zwiększenie liczby samobójstw, gdyż jednostki tych właśnie kategorii najczęściej pozbawiają się życia. Musimy jednak dodać, że alkoholizm zwiększa liczbę samobójstw, powodując przewlekłe choroby, nieraz połączone z dotkliwymi bólami (miażdżycy naczyń wieńcowych, choroby wątroby, nerek i t. p.), co również pobudza chorego do samobójstwa w celu skrócenia sobie cierpień.

Chcąc zbadać wpływ alkoholizmu na samobójstwa, przejrzyliśmy 1006 akt, dotyczących zamachów i zgonów samobójczych w obrębie apelacji warszawskiej (materiał ten zawdzięczam uprzejmości P. Prokuratora Apelacyjnego w Warszawie K. Rudnickiego, za co składam mu niniejszem uprzejme podziękowanie). Zbadaliśmy akta Sądów Okręgowych — Białostockiego, Białej Podlaskiej, Kalisza, Łomży, Łodzi, Mławy, Piotrkowa, Płocka, Siedlec, Sosnowca, Suwałk i Włocławka — razem 12-tu Sądów Okręgowych, akta zaś dotyczyły zarówno dużych miast, jak i miasteczek oraz wsi. Przypuszczam, że najwyżej kilka lub kilkanaście akt nie doszło do moich rąk, uważam zatem, że omawiana liczba samobójstw — 1006 — jest omal całkowita w r. 1928. Dochodzenia w sprawach o samobójstwa nie były prowadzone jednolicie; należy żałować, że niema ujednolajnionego schematu badań tych przypadków. Swojego czasu opracowałem podobny schemat i proponowałem władzom sądowym zastosować go w praktyce, lecz spotkałem się z odmową: powiedziano mi, że dla władz sądowych nie ma on znaczenia. Nie mogę z tem stanowiskiem się zgodzić: drukowany schemat ułatwi zbieranie wywiadów i wiadomości, potrzebnych dla władz sądowych, pozatem winny one uwzględnić i znaczenie naukowe tych badań; wszak sądowe dochodzenia mogłyby ułatwić otrzymanie dokładnych wiadomości o tem tak ważnem społecznie i ciekawem zjawisku, wypełnienie zaś załączonego do sprawy schematu przedłuży pracę urzędnika o kilka zaledwie minut.

Nasze dane statystyczne samobójstw są bardzo skąpe; nieźle (jakkolwiek daleko od tego, jakby to należało zrobić) prowadzona jest statystyka samobójstw w Warszawie i w Łodzi, lecz i tu nie posiadamy rejestracji samobójstw, co już jest robione dawno w wielu państwach Europy i nawet w Rosji Sowieckiej.

Rok 1928	Zamachy samobójcze w związku z nadużywaniem alkoholu			Zamachy samobójcze wogóle		
	Męż.	Kob.	Razem	Męż.	Kob.	Razem
1. Białystok	3	—	3	45	34	79
miasteczka	1	—	1			
wsie	—	—	—			
2. Biała Podl.	—	—	—	12	9	21
miasteczka	1	1	2			
wsie	1	1	2			
3. Kalisz	1	1	2	52	35	87
miasteczka	1	1	2			
wsie	3	3	6			
4. Łomża	2	—	2	23	17	40
miasteczka	—	—	—			
wsie	1	—	1			
5. Łódź	31	5	36	163	136	299
miasteczka	1	—	1			
wsie	1	—	1			
6. Mława	—	—	—	15	18	33
miasteczka	—	—	—			
wsie	—	—	—			
7. Piotrków	1	1	2	48	61	109
Częstochowa	4	—	4			
miasteczka	—	—	—			
wsie	2	—	2			
8. Płock	2	1	3	25	21	46
miasteczka	3	—	3			
wsie	1	—	1			
9. Sosnowiec	3	2	5	73	93	166
miasteczka	5	3	8			
wsie	4	—	4			
10. Siedlce	1	—	1	22	25	47
miasteczka	—	—	—			
wsie	3	—	3			
11. Suwałki	2	2	4	14	14	28
miasteczka	—	—	—			
wsie	—	—	—			
12. Włocławek	1	2	3	26	25	51
miasteczka	4	—	4			
wsie	2	—	2			
Razem	85/16,4%	23/4,7%	108/10,5%	518	488	1006

Cyfry, podane przez nas powyżej, są raczej za małe, o ile chodzi o wpływ alkoholizmu na samobójstwa, gdyż nie we wszystkich dochodzeniach zwrócono uwagę na przypuszczalny stan upicia się lub inny wpływ alkoholu na denatę, stąd należy wnosić, że rzeczywiste cyfry są wyższe.

Mając na względzie zupełny prawie brak w naszym piśmiennictwie ściślejszych danych co do wpływu alkoholizmu na samobójstwo, pozwoliłem sobie dokładniej przytoczyć zdobyte przez nas cyfry, z podziałem na płeć, wiek, miasta i wsie, w porównaniu z ogólną liczbą samobójstw w tych samych miejscowościach i ich rodzajem i stanem cywilnym zamachowców. Dane te są następujące:

Odsetek samobójstw, popełnianych pod wpływem alkoholu wzgl. w stanie upicia się

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
1. Większe miasta	51/19,7 ⁰ / ₀	14/5,2 ⁰ / ₀	65/12,4 ⁰ / ₀
2. Miasteczka	16/14,0 ⁰ / ₀	5/4,0 ⁰ / ₀	21/9 ⁰ / ₀
3. Wsie	18/12,3 ⁰ / ₀	4/4,0 ⁰ / ₀	22/8,1 ⁰ / ₀

Z przytoczonych zestawień wynika, że ok. 10% samobójstw zostało popełnione w stanie upicia się lub pod wpływem alkoholu, przytem dotyczy to mężczyzn w 16,4%, — kobiet zaś tylko w 4,7%. Przy podziale na większe i małe miasta oraz wsie widzimy, że na te ostatnie przypada 8,1%, na duże miasta 12,4%, na małe 9%. Wszędzie przeważają mężczyźni: w dużych miastach męż. 19,7 proc., kobiet 5,2 proc., małe miasta—męż. 14 proc., kobiet 4 proc., wsie—męż. 12,3 proc., kobiet 4 proc.

Podział wg. rodzaju samobójstw i stanu cywilnego samobójców w odsetkach:

	Mężczyźni	Kobiety
1. Otrucia	47,6 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀
2. Powieszenia	31,6 ⁰ / ₀	
3. Zadanie ran ciętych i kłutych	9,5 ⁰ / ₀	
4. Postrzały	6,3 ⁰ / ₀	
Żonaci — mężatki	65 ⁰ / ₀	56,2 ⁰ / ₀
Stanu wolnego	23 ⁰ / ₀	43,8 ⁰ / ₀
Wdowcy; nieznane	12 ⁰ / ₀	

Zejsście zamachów samobójczych alkoholików:

	Mężczyźni	Kobiety
1. Śmierć	57,9 ⁰ / ₀	12,5 ⁰ / ₀
2. Usiłowanie	42,1 ⁰ / ₀	87,5 ⁰ / ₀

Porównyując rodzaje zamachów samobójczych alkoholików ze sposobami, stosowanymi przez samobójców wogóle, widzimy, że u alkoholików, jak zresztą i u nie—alkoholików, bcz względu na płeć, najczęściej bywa stosowana trucizna, na drugim miejscu u alkoholików stoi powieszenie (u innych — broń palna i sieczna), dalej broń sieczna i wreszcie postrzały.

Pod wpływem alkoholu częściej godzą na swe życie żyjący w stanie małżeńskim — liczby te dla mężczyzn wynoszą 65 proc., dla kobiet 56,2%, natomiast żonaci, dokonywający zamachu samobójczego nie pod wpływem alkoholu, robią to tylko —mężczyźni w 44 proc., kobiety w 57,5 proc., wdowcy alkoholicy w 12 proc., nie-alkoholicy w 3,8 proc.

Z powyższego wynika, że życie małżeńskie sprzyja u mężczyzn zamachom samobójczym na tle alkoholowem; być może, dołączają się także i takie czynniki, jak sprzeczki małżeńskie, które, jako pobudka zamachu samobójczego, stosunkowo dużą odgrywają rolę, może wchodzi tu w grę i jakieś inne przyczyny, w każdym razie jednak liczby bardzo wyraźnie wskazują, że pod względem usposobienia do samobójstw alkoholicy stanu małżeńskiego są w gorszych warunkach, niż osoby wolnego stanu.

Zejsścia zamachów samobójczych u alkoholików i niealkoholików płci męskiej nie wykazują większych różnic: u pierwszej kategorii samobójców znaleźliśmy 57,9 proc. zgonów, u drugiej 55 proc. Inaczej rzecz się przedstawia u kobiet; tu niealkoholiczki umierały po zamachu samobójczym w 31,9 proc. przyp., natomiast alkoholiczki znacznie rzadziej, bo tylko w 12,5 proc. przypadków. Taką znaczną różnicę należy, jak się zdaje, tłumaczyć tem, że kobiety, jako bardziej wrażliwe, pod wpływem alkoholu nie są w stanie tak dobrze obmyśleć i przygotować zamachu lub nie mogą go tak dobrze wykonać, jak kobiety trzeźwe.

W naszym piśmiennictwie naukowem, jak to zaznaczyliśmy wyżej, omal wcale nie została poruszona sprawa wpływu alkoholizmu na częstość zamachów samobójczych (nasze piśmiennictwo w sprawie samobójstw jest wogóle bardzo ubogie), wobec tego czuję się uprawnionym do podania niektórych danych i cyfr przeważnie z prac obcych badaczy.

Kacprzak, Adamowiczowa i Sielicki w pracy o alkoholizmie w Warszawie podają, że w r. 1925 jako następstwo pijaństwa było 128 (11,6 proc.) przypadków samobójstw (co odpowiadało i naszym liczbom), w tem 24,6 proc. kobiet i 9,8 proc. mężczyzn. Liczby te oparte są na danych Pogotowia Ratunkowego, stąd nie obejmują wszystkich przypadków tego rodzaju.

Brierre de Beismont w Paryżu opracował 4595 przypadków samobójstw i stwierdził, że 530 razy opilstwo było główną przyczyną samobójstwa, a w 250 przypadkach samobójcy byli nałogowymi alkoholikami. Autor tłumaczy związek pomiędzy alkoholizmem a samobójstwem w ten sposób: rękodzielnik, który zarabia niewystarczająco na utrzymanie rodziny, pije ze zmartwienia, po ustąpieniu stanu upicia, opanowują go tak silny żal nad swym losem, że postanawia pozbawić się życia.

Dawid (1860 r. Danja) ustala, że w 17,5 % przyp. alkoholizm odgrywa rolę w stosunku do samobójstwa, lecz uważa, że rzeczywisty odsetek tego wpływu jest wyższy.

Masaryk w r. 1881 wypowiedział zdanie, że warunki naszego współczesnego życia tworzą równoległe pijaków i samobójców, wytwarzając pęd do szukania przyjemności i użycia, do zbytku i egoistyczno—materiaлистycznego sposobu myślenia w połączeniu z ciężką walką o byt. W niektórych zaś krajach, gdzie spożywają duże ilości wódki, alkohol nieraz jest i bezpośrednią przyczyną samobójstw. Niższe warstwy, bardziej nadużywające alkoholu, częściej są

narażone na jego ujemny wpływ; niektóre zawody, jak śpiewacy, muzycanci, poeci, łatwo wpadają w pijaństwo i stąd częściej, niż inni, kończą samobójstwem.

Na codziennym stanowisku stoi Durkheim (1897); zdaniem jego we Francji w okolicach, gdzie używano więcej alkoholu, nie stwierdzono, by samobójstwa były częstsze, niż w tych częściach kraju, gdzie go nadużywano stosunkowo rzadko; nawet i tam, gdzie popełniano dużo rozmaitych przestępstw na tle alkoholu, liczba samobójstw nie była większa, niż w innych okolicach. Poza to podnosi on, że alkoholu (pod postacią mocnej wódki) nadużywają przede wszystkim niższe warstwy, i tam właśnie spotykamy minimalną liczbę samobójstw w porównaniu z warstwami, wyżej postawionymi, gdzie mało się konsumuje zwykłej wódki. Zestawiając ilość zużytego na głowę alkoholu z liczbą samobójstw na milion mieszkańców, przychodzi on do następujących wniosków; zużyto alkoholu w litrach we Francji 2,84, w Belgii 8, w Anglii 9, w Holandii 4, w Szwecji 10,34, w Rosji 10,68 w Petersburgu 20, liczba zaś samobójstw wynosiła: we Francji 150, w Belgii 68, w Anglii 70, w Szwecji 85, w Rosji bardzo mało, a w Petersburgu 68,8, na 1 milion mieszkańców.

Na podstawie tych spostrzeżeń Durkheim przychodzi do wniosku, że alkoholizm nie odgrywa roli w sprawie częstości i przyczyn samobójstw.

Prinzing (1895) podaje, że od r. 1883 do 1890 w Prusach wśród motywów samobójstwa wystąpił obłęd opilczy w 1104 przypadkach, alkoholizm zaś wogóle w 4247 przypadkach, co razem stanowi 5351, a w stosunku do ogólnej liczby samobójstw 47182, co wyniosłoby 11,3%.

Pijacy pozbawiają się życia najczęściej między 40-50 rokiem, dalej między 50-60, 30-40; dotyczy to obu płci; u mężczyzn alkoholizm czterokrotnie częściej jest notowany, jako przyczyna samobójstwa, niż u kobiet. Według Prinzinga we Francji alkoholizm u mężczyzn samobójców był stwierdzony w 12—13%, u kobiet zaś tylko w 5—5,7%. W Prusach popełniali samobójstwa na tle alkoholizmu najczęściej wdowcy, na drugim miejscu znajdują się żonaci (nasza statystyka, jak widzieliśmy, wykazuje stosunki odwrotne), a co do zawodów, to najczęściej są narażeni robotnicy płatni od dnia pracy, robotnicy fabryczni i służba domowa.

Samobójstwa na tle alkoholowym najczęściej bywały popełnione w poniedziałki, i, jak twierdzi Prinzing, po świątecznym upojeniu tem łatwiej następuje uprzymierzenie nędzy i biedy, i denat sięga po truciznę, broń i t. p. Autor podkreśla, że zwalczanie alkoholizmu jest w pewnej mierze walką z samobójstwem, przytem zaznacza, według mnie słusznie, że społeczeństwa nie ponoszą zbyt wielkiej straty, gdy pijacy pozbawiają się życia.

Sullivan (1899) w Liverpoolu stwierdził, że 84,4% mężczyzn samobójców było alkoholikami, wśród kobiet zaś 71,8%; w stanie podchmielenia popełniano samobójstwa w wieku 25—35 lat (na trzecie mężczyzn w 45—55 roku życia, kobiety w 35—45 roku życia). Alkoholicy bez względu na płeć najczęściej popełniali samobójstwa za pomocą poderżnięcia sobie gardła, na drugim miejscu stało utonięcie, potem trucizna i t. p.

Zubow (1903) badał wpływ alkoholizmu na samobójstwa na Łotwie. Od r. 1890 do 1900 na 888

przypadków samobójstw mężczyzn i 230 kobiet stwierdził on, że w 51 przypadkach u mężczyzn i 2-ch u kobiet (8,3%) pijaństwo odgrywało decydującą rolę w motywach samobójstwa. Porównawczo autor dodaje, że w latach 1870—1885 w Moskwie alkoholizm był tłem samobójstwa w 42,3% przypadków.

Gaupp w r. 1904 ustala, że w Niemczech na 1816 osób, które popełniły samobójstwo w stanie choroby psychicznej ok. $\frac{1}{3}$, t. zn. 697 cierpiały na rozmaite zaburzenia psychiczne na tle alkoholizmu.

Rost (1905) zestawiał, że na milion mieszkańców popełniło samobójstwa w związku z nadużyciem alkoholu w Danii 257, w Szwajcarii 220, w Niemczech 210, w Austrii 217, w Belgii 135, w Szwecji 107, w Anglii 78, a w Norwegii 66 osób.

Statystyka pruska z r. 1906 podaje, że na 7298 samobójstw było alkoholików 11,6% męzc. i 1,3% kobiet.

Według Lejbowicza (1923 r. Rosja) na 587 przypadków samobójstw u 21 mężczyzn stwierdzono alkoholizm jako przyczynę samobójstwa. Bruchanski (1927) w Leningradzie podnosi, że w 9,2% przypadków samobójstwa zostały popełnione w stanie upicia się, co się zaś tyczy samych mężczyzn, to odsetek ten wynosi 20%.

Wlassek (1929 r.) podkreśla również duży wpływ alkoholizmu na częstość zamachów samobójczych i zaznacza, że w Szwajcarii w r. 1912 wśród mężczyzn alkoholików danego wieku zamachy samobójcze zdarzały się trzy razy częściej, niż u osób, nie nadużywających alkoholu (11,2 % w stosunku do 3,5 %).

Füllkrug (1927) zaznacza, że w państwie Niemieckim, jako całości, naogół nie stwierdza się wyraźnej równoległości pomiędzy używalnością wina a liczbą samobójstw, jednak w częściach południowych kraju zauważono spadek używania alkoholu i zmniejszenie się liczby samobójstw.

Bandel (wed. Simona) podaje, że w Bawarii alkoholicy samobójcy w wieku 20-70 lat życia wykazują 39% ogółu samobójców tegoż wieku.

Według duńskiej statystyki mężczyzn było: 1911-1915 r. alkoholików 139, niealkoholików — 237; 1916-1919 alkoholików 63, niealkoholików 199. 1920-1924 alkoholików 66, niealkoholików 265. Od r. 1916 obowiązywał zakaz sprzedaży alkoholu, i stąd spadek alkoholików — samobójców o połowę, co dowodzi wyraźnego wpływu alkoholu na samobójstwa.

Angielska statystyka według zawodów samobójców również wykazuje wpływ alkoholu na częstość samobójstw: na 100 samobójców rozmaitych zawodów było szynkarzy i tp. 216, piwiarzy 121. Statystyka Tow. Ubezpieczeń w Gotha również wykazała, że wśród szynkarzy i podobnych zawodów samobójstwa są częstsze, niż w innych zawodach.

Poniżej podaję kilka krótkich opisów przypadków samobójstw na tle alkoholizmu.

Ł o d z .

36-letni mężczyzna, żonaty, katolik. 13. II. 28 r. zadał sobie ranę nożem w klatkę piersiową w celu pozbawienia się życia. Z żoną denat nie żył od 6 miesięcy, utrzymywała go matka. Krytycznego dnia przyszedł do szwagra, usiadł, wyjął składany nóż i, powiedziawszy „dobranoc”, dwukrotnie nim się zranił w prawy bok. Był w tym czasie podpiity.

28-letni robotnik, żonaty, katolik, piśmienny, dn. 27. VIII. 28 próbował otruć się jodyną; badany następnie podał, że

był poprzednio u znajomych, że tam sobie podpił, a wracając do domu, wypił na schodach jodynę, poprzednio już kupioną. Twierdził, że nie wie, dlaczego to zrobił.

36-letni robotnik, żonaty, 27. VII. 28 pozbawił się życia, wyskoczywszy z 3-go piętra na bruk podwórza. Denat b. często się upijał, wypędzał wtedy z mieszkania żonę i dzieci; w przeddzień samobójstwa żona przyszła ze wsi prosić o pieniądze na życie, obiecał jej dać; wieczorem następnego dnia powrócił do domu zupełnie pijany, zaczął tłuc rękami po głowie, rzucił się na ziemię, skoczył potem na okno, lecz go zatrzymano, po chwili jednak ponownie dopadł okna i wyskoczył.

36-letnia mężatka nałogowa alkoholiczka, pozbawiła się życia w następujących warunkach: dnia 4. VII. 28 powróciła do domu pijana, gdy mąż począł jej robić ostre uwagi, wyszła do sieni i napiła się lizolu, po godzinie zmarła.

We wsi N. powiatu łódzkiego 34-letni gospodarz, żonaty, powiesił się 29. III. 28. Nieraz przepijał on sporo pieniędzy. W wilgę śmierci pojechał do Łodzi po zakupy, zabrawszy z sobą 200 zł.; pieniądze przepił. Gdy wieczorem powrócił do domu, żona zaczęła narzekać i płakać, że nie mają co jeść, a on przepija pieniądze. Denat całą noc siedział pod piecem, palił papierosy, następnie włożył czystą bieliznę, poszedł na strych i tam się powiesił.

28-letni szewc żonaty, usiłował pozbawić się życia przez poderżnięcie sobie gardła. Badany następnie, podał że krytycznego dnia upił się prawie do nieprzytomności, zrobiło mu się żal, że żona z dzieckiem wyjechała, potem gniew go chwycił, a że miał przy sobie nóż, poderżnął sobie gardło. Nie potrafił dokładnie powiedzieć, jak to się stało.

33-letni robotnik, katolik, żonaty, jedno dziecko. 1. II. 28 pozbawił się życia, poderżnąwszy sobie gardło. Okoliczności samobójstwa były następujące: pewnego dnia denat się upił i zaczął robić awantury na ulicy; żona i jej znajoma odprowadziły go do domu. W domu zaczął przekonywać, że musi ze sobą skończyć. W pewnej chwili otworzył szufladę i wyjął brzytwę, żona schwyciła małe dziecko i uciekła, znajoma zaś pozostała. W jej oczach dwukrotnie przejechał, brzytwą po szyi. Pożycie małżeńskie było dobre.

32-letni robotnik, żonaty, katolik, piśmienny, dwoje dzieci, 17. I. 28 w celu samobójczym napił się kwasu siarkowego. Okoliczności sprawy były następujące: w ostatnich czasach zaczął się upijać, żona mu to nieraz wyrzucała, a on groził wielokrotnie, że się zabije. Krytycznego dnia upił się, powstała awantura z żoną. W pewnej chwili denat powiedział „zostańcie z Bogiem”, schwycił stojący kwas siarkowy i wypił.

27-letni biuralista, żonaty, katolik, 20. X. 28 postrzelił się w klatkę piersiową. Od 3-ich lat nadmiernie pił, nieraz wszczynał awantury w domu i dokuczał żonie, która w końcu uzyskała separację i wyprowadziła się od niego. Począł jej wtedy grozić, że zabije ją i siebie, domagał się pieniędzy na wódkę, mówił, że ma wrogów i że musi ich pozabijać. Uważał także, że żona chciała być od niego „wyższa”, a on tego nie mógł znieść; krytycznego dnia przyszedł do kawiarni, wypił dość dużo wódki i strzelił do siebie w obecności kolegi.

18-letnia mężatka, piśmienna, 26. XII. 28 napiła się esencji octowej w zamiarze samobójstwa w następujących okolicznościach: krytycznego wieczoru zebrali się u nich goście, wszyscy pili, ona również lekko sobie podpiła. W pewnej chwili mąż, nie zważając na jej protesty, wyszedł do sąsiadów, wtedy ona schwyciła buteleczkę esencji octowej i wypila; z mężem żyje od 2-ich lat zawsze w zgodzie.

25-letni robotnik żonaty, katolik, 21. IX. 28 r. próbował pozbawić się życia za pomocą jodyny. Krytycznego wieczoru pił dużo ze znajomymi, po niejakiś czasie wyszedł z domu, kupił jodyny i wypił. Dlaczego to zrobił, nie zdaje sobie sprawy. Z żoną żył dobrze.

WAŻNIEJSZE PIŚMIENNICTWO.

1. Dr. F. Osiander. Ueber den Selbstmord. 1813.
2. Dürkheim. Le suicide. 1930.
3. Füllkrug. Der Selbstmord (dwie monografie z r. 1919 i 1927).
4. Kacprzak. Adamowiczowa, Sielicki. Kron. Warsz. 1927.
5. Kürbitz. Allg. Ztsch. f. Psych. 1907.
6. Casper. Uber. d. Selbstmord. 1825.
7. Masaryk. Der Selbstmord. 1881.
8. Prinzing. Trunksucht u. Selbstmord 1895.
9. Zubow. Samoubijstwo w Liff. gub. 1903.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądy.

O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych.

Podał

Henryk LANDAU (Warszawa).

(C. d. p. Nr. 33).

Wątroba odgrywa doniosłą rolę w pośredniej przemianie węglowodanów w ustroju. Usunięcie wątroby u zwierząt powoduje szybką śmierć wśród objawów hipoglikemicznych (Minkowski, Mann i Magath, Erdélyi, Garnier i Rudaux); objawy te usuwa szybko, choć na krótki przeciąg czasu podanie cukru gronowego. U ludzi znajdowano niski poziom cukru we krwi w marskości wątroby (Pribram i Klein), raku wątroby

(Kähler), ostrym żółtym zaniku wątroby (Elek i Goldgruber, Ueber). Roger znajdował glikozurję w marskości i ostrym zaniku, zwrodnieniu skrobiowatym i tłuszczowatym wątroby.

Węglowodany, rozszczepione w jelitach na monosacharydy (glukozę, lewulozę, galaktozę), po wchłonięciu dostają się z krwią żyły wrotnej, do wątroby, która je polimeryzuje na glikogen i w tej postaci magazynuje. Wątroba wytwarza z kwasu mlekowego glukozę, a z niej glikogen oraz, odwrotnie, posiada własność rozkładania cukru gronowego na kwas mlekowy (Parnas i Behr). W miarę zapotrzebowania ze strony ustroju wyrzuca wątroba swe zapasy po rozszczepieniu glikogenu na glukozę do krwi, w której zawartość cukru utrzymuje się na stałym poziomie (0,08—0,11%). Boddem do wyrzucania cukru przez wątrobę jest, zdaniem Pol-

laka, obniżenie się poziomu cukru we krwi. Własność wytwarzania glikogenu z cukru gronowego, prócz wątroby, posiadają mięśnie poprzecznie prążkowane i inne komórki ustrojowe (Külz, v. Gierke). I lewulozę zużytkowują rozmaite elementy komórkowe poza wątrobą, choć w mniejszym stopniu, niż glukozę (Fischler, Isaac); natomiast wątroba przerabia lewulozę w glikogen najszybciej ze wszystkich węglowodanów (Pollak). Strauss i Sachs stwierdzili, że żaby, pozbawione wątroby, wydają bardzo szybko lewulozę, wprowadzoną do ich worka limfatycznego, podczas gdy zachowują pewną ilość glukozy. Galaktozę przyswajają sobie tkanki tylko z trudem, tak, że swe zużytkowanie w ustroju zawdzięcza ona prawie wyłącznie wątrobie: po wyłączeniu wątroby u zwierząt przez założenie przetoki Eck'a 79% podanej galaktozy wydala się z moczem (Draudt).

Z tych danych fizjologicznych wynika, że ani polisacharydy, ani bisacharydy nie nadają się zupełnie do badania czynnościowego wątroby, gdyż wynik badania byłby uzależniony nie tylko od stanu samej wątroby, lecz jeszcze od czynności trzustki, jelit i t. d.; z monosacharydów najmniej nadaje się do tego celu glukoza, bardziej lewuloza, najwłaściwsza jest galaktoza, która ma tę ujemną stronę, że jest droga.

Pierwszy Couturier zaczął stosować podawanie glukozy i poszukiwanie jej w moczu u osób z chorą wątrobą. Próbę na glikozurję wykonywa się w ten sposób, że chory spożywa naczeczko 100—150 gr. cukru gronowego, rozpuszczonego w 300 cm.³ wody, poczem w ciągu 10 godzin bada się mocznik na zawartość cukru. Normalnie cukier nie powinien się zjawiać w moczu. Przechodzenie cukru do moczu zależy może nie tylko od schorzeń wątroby, moczówki cukrowej i t. p., lecz i od niskiego progu przepuszczalności nerek dla glukozy. Wobec tego lepiej byłoby określać cukier we krwi. Pierwszym autorem, prowadzącym badania w tym kierunku, był Baudouin, który określał zawartość cukru we krwi naczeczko i w godzinę po podaniu 150 gr. glukozy; przez podzielenie drugiej liczby przez pierwszą otrzymywał on t. zw. współczynnik glikemiczny, wynoszący u zdrowych około 1,35, u osób z chorą wątrobą — 2 i więcej. Wysokie wzniesienia krzywej glikemicznej po obciążeniu glukozą znajdowali u wątrobowo chorych Hetényi, Isaac, Klein i Lang i in. Jednakże wobec tego, że przebieg krzywej glikemicznej zależy od wieku chorych, stanu nerwowego układu roślinnego, ciepłoty ciała, czynności żołądka, a zwłaszcza od czynności trzustki i innych gruczołów dokrewnych, trudno przypisywać temu badaniu większe znaczenie rozpoznawcze (Offenbacher i Hahn, Tachau, Staub, Punschel, Filiński i Proszowski, Groti inni).

Opierając się na swych doświadczeniach na zwierzętach, zaproponował H. Strauss, by do badania czynnościowego wątroby używać lewulozy, zamiast glukozy. Próba Straussa na lewulozurję polega na podawaniu naczeczko 100 gr. lewulozy i określaniu jej ilości, wydalonej z moczem. Jakościowo wykrywa się w moczu lewulozę za pomocą próby Selivanowa, ilościowo oznacza się ją polarymetrycznie, przyczem odczytaną w polarymetrycznej liczbie należy pomnożyć przez 0,57. Aby na-

brać pojęcia o stopniu uszkodzenia wątroby podaje Hohlweg zrazu 25 gr., potem 50 gr., 75 gr. i 100 gr. lewulozy i określa przytem ilość jej, wydaloną z moczem. Ilości, nie przekraczające 0,1 gr., są uważane za fizjologiczne, 0,1 — 0,7 gr. za podejrzenie o schorzenie wątroby, powyżej 0,7 gr. przemawiają dość pewnie za cierpieniem wątroby. Jednakże, w 14,8 proc. przypadków u osób ze zdrową wątrobą wypada próba na lewulozurję dodatnio (Strauss i in.). Najsilniejsze wyniki dodatnie daje próba Straussa w marskości wątroby, żółtaczce nieżytowej, żółtaczce kiłowej, żółtaczce z powodu zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego przez kamień, słabsze — w żółtaczkach mechanicznych, spowodowanych przez guz. Ujemnie wypada próba w niepowikłanej kamicy żółciowej, ograniczonych guzach wątroby, bąblowcu wątroby, wątrobie zastoinowej, żółtaczce hemolitycznej.

Wobec tego, że współistniejące schorzenia nerek hamują wydalenie lewulozy z moczem (Schirrokauer), zaczęto badać zachowanie się krzywej glikemicznej po obciążeniu chorego 30 — 50 gr. lewulozy. Autorzy angielscy (Mc. Lean i de Wesselow, Spence i Brett) uważają, że wzniesienie się krzywej glikemicznej występuje tylko u osób z chorą wątrobą; natomiast Finkelstein, Reuben i Dannenberg stwierdzali je u osób bez zmian wątrobowych. Najwyższe wzniesienia krzywej glikemicznej stwierdzano w żółtaczce nieżytowej, średnie — w żółtaczce kiłowej i salwarsanowej, najniższe — w żółtaczkach mechanicznych. Tallermann i inni autorzy amerykańscy uważają wynik próby za dodatni tylko wtedy, gdy poziom cukru we krwi osiągnie po 1—2 godzinach 0,135 proc. i wzniesie się przynajmniej o 0,030 proc.

Najczulsza i mająca największe znaczenie praktyczne jest próba R. Bauera na galaktozurję. Chory otrzymuje naczeczko 40 gr. galaktozy, rozpuszczonej w dwóch szklankach wody, poczem bada się mocznik na cukier tak długo, póki próba nie wypadnie ujemnie. Galaktozę określa się w moczu za pomocą odczynnika Nylandera lub Fehlinga, ilościowo — polarymetrycznie, przyczem odczytaną liczbę należy pomnożyć przez 0,7. Ilości galaktozy, wydalonej z moczem, nie przekraczające 2 gr., leżą w granicach normy, od 2 — 3 gr. są podejrzone, powyżej 3 gr. przemawiają prawie niezbicie za uszkodzeniem miąższu wątrobowego. Próba wypada dodatnio w żółtaczce nieżytowej, septycznej i kiłowej, często w marskości wątroby, ujemnie w żółtaczkach mechanicznych i hematogennych, kamicy żółciowej, wątrobie zastoinowej, ograniczonych schorzeniach wątroby (bąblowiec, przerzuty nowotworów). Poza cierpieniami wątroby próba daje dodatnie wyniki w chorobie Basedowa (Politzer, Wagner), u osób astenicznych i neurasteników (Uhlmann). Ponieważ jednocześnie choroby nerek hamują przechodzenie galaktozy do moczu, Kahler i Machold zaczęli badać krzywą glikemiczną po podaniu 40 gr. galaktozy. U zdrowych wzniesienie krzywej nie przekracza 0,110% i po 1½ godzinie wraca do punktu wyjściowego, w schorzeniach miąższu wątrobowego krzywa wznosi się wysoko i powoli opada, w żółtaczkach mechanicznych wykazuje nieznac-

czne odchylenie od normy, w ograniczonych cierpieniach wątroby — przebieg normalny.

Gdy miąższ wątroby jest chory, przemiana kwasu mlekowego w cukier gronowy i odwrotnie ulega zaburzeniu. Beckmann badał zachowanie się krzywej kwasu mlekowego we krwi naczczo oraz w 5 i 10 minut po zastrzyknięciu 20 cm^3 0,2 n. roztworu mleczanu sodowego: u zdrowych poziom kwasu mlekowego we krwi nie zmienia się ($0,007-0,012\%$), u ludzi z chorą wątrobą podnosi się i powoli powraca do normy; zwłaszcza duże odchylenia spotyka się w żółtaczce nieżytowej, kile wątroby i podostrym zaniku żółtym wątroby. Hesse i Havemann badają zachowanie się cukru we krwi po podaniu 15 gr. mleczanu sodowego, rozpuszczonego w 60 cm^3 wody, określając zawartość cukru we krwi naczczo i czterokrotnie co godzinę po podaniu mleczanu. U zdrowych współczynnik glikemiczny pozostaje równy jedności, w chorobach wątroby i kamicy żółciowej zwiększa się; cukier, ani kwas mlekowy nie zjawiają się. Również Filińskiemu i Proszowskiemu próba ta oddała dobre usługi.

Udział wątroby w przemianie białkowej jest niemierniejszy, niż w gospodarce węglowodanowej. Po usunięciu wątroby u zwierząt ustaje wytwarzanie mocznika, którego ilość we krwi i moczu ulega zmniejszeniu, zwiększają się natomiast ilości amoniaku, aminokwasów i kwasu moczowego. Wprowadzone do ustroju białka ulegają rozszczepieniu w przewodzie pokarmowym aż do aminokwasów,

w tej postaci zostają wchłonięte i z krwią żyły wrotnej dostają się do wątroby. Zdaniem Widala, Abramiego i Jancovescio, na początku okresu trawienia ulegają wessaniu w jelitach produkty rozszczepienia białka o większej drobinie, niż aminokwasy, lecz zdrowa wątroba je zatrzymuje lub zmienia, w każdym razie unieszkodliwia (czynność proteolityczna). Otrzymane aminokwasy wątroba częściowo magazynuje w postaci białka, głównie zaś przerabia na aminokwasy, właściwe dla danego ustroju (körpereigen) (Gottschalk i Nonnenbruch). Czy dezamidacja aminokwasów odbywa się wyłącznie w wątrobie, czy też własność tę posiadają wszystkie komórki organizmu, pozostaje dotąd sprawą nierozstrzygniętą. Powstający podczas dezamidacji aminokwasów amoniak ulega w wątrobie syntezie z dwutlenkiem węgla na mocznik (v. Schröder, Mann i Magath, v. Falkenhausen i Siwon); natomiast starzy autorzy (Münzer i inni), a z nowszych Gottschalk i Nonnenbruch, Isaac, Tiske i Summer liczą się z możliwością pozawątrobowego powstawania mocznika. Wątroba wywiera znaczny wpływ regulujący na skład ciał białkowych krwi (albumin i globulin); wielu autorów (Doyon, Full, Meek, Nolf) uważa wątrobę za miejsce wytwarzania należącego do globulin fibrynogenu, choć Morawitz przypisuje tę czynność tkance myelocicznej, a F. Kisch układowi siateczkowo-śródbłonkowemu.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fljzjologia normalna i patologiczna.

M. BOIGEY. Uwagi o składzie potu i roli leczniczej potów. (Bull. de l'Acad. de Med. t. C II, Nr. 42).

U 11 chorych na kamicę nerkową w wieku 50—51 lat z lekką azotemją, poddanych umiarkowanym, dostosowanym do ich sił ćwiczeniom fizycznym, mocznik potu był tak obfity i stężony, że wykrywał się na powierzchni skóry. Mocznik we krwi wynosił przed ćwiczeniami $0,42-0,61\%$, podczas ćwiczeń podnosił się do $0,68-0,72\%$ (wyjątkowo do $0,81\%$), w godzinę po ćwiczeniach obniżał się do $0,40-0,54\%$.

U 5 cukrzycy podczas ćwiczeń cukier wydzielal się w dużej ilości z potem, przy tem w stężeniu, przewyższającym jego stężenie w moczu.

U 8 dnawych kwas moczowy pokrywał kryształami szarpie z bawełny wodochłonnej, przepojone potem.

Dwaj chorzy z cystynurją wykazywali na bawełnianych koszulkach kryształy cystyny. Młodzi ludzie wykazywali znaczne wydzielanie kwasu mlekowego z potem. Ilość chlorków w pocie, wynosząca w spoczynku $1,45\%$, dochodziła a nawet przewyższała $3,37\%$ w czasie ćwiczeń.

Kwaśny przy badaniu lakmusem pot na początku ćwiczeń po paru minutach stawał się obojętny, a przy dłuższym trwaniu [ćwiczeń] zasadowy. Przez picie wód alkalicznych (np. Vichy) pot staje się zasadowy.

Pot dnawych zawiera dużo mocznika, amoniaku (pochodzącego z rozkładu mocznika) i fosforanów.

Pięćdziesięcioletni ludzie, dręczeni nerwobólami, hiper-

tonicy z zawrotami i bólami głowy, ludzie, prowadzący siedzący tryb życia, doprowadzeni do względnej niedomogi swych mięśni, czują się lepiej, a nawet pozbywają się swych dolegliwości pod wpływem regularnie codziennie wywoływanych potów.

Gruzoły potowe przedstawiają więc rozległy narząd wydzielniczy, który należy umieć uruchomić. Pobudzić czynność tego narządu można za pomocą łaźni parowej o temperaturze 55° , która wywołuje obfite pocenie w drodze oddechowej, lub zapomocą pieszych spacerów, umiarkowanych ćwiczeń fizycznych, które łatwo dostosować do możliwości fizjologicznych i sił każdego.

Współczynnik pototoksyczny jest wyższy dla potu podczas ćwiczeń fizycznych, niż dla potu w łaźni, gdyż pierwszy zawiera więcej składników stałych. Łaźnia odwadnia ustrój ludzki, umiarkowane ćwiczenia fizyczne odtruwają go.

Henryk Łanda u.

H. BAUR. Specyficznie-dynamiczne działanie węglowodanów u człowieka w rozmaitych warunkach odżywiania. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 164, z. 3 i 4).

Cel pracy polega na wykazaniu, jaką rolę odgrywa wewnętrzna praca chemiczna w specyficznie-dynamicznym działaniu węglowodanów. W tym celu robił autor badania z podawaniem 85 gr. dekstrozy pacjentom, którzy byli poprzednio na rozmaitej diecie.

Podany cukier wywierał rozmaity wpływ na zużycie tlenu zależnie od rodzaju poprzednio stosowanej diety i prowadził do zwiększenia jego o $0-50 \text{ cm}^3$ na minutę, co odpo-

wiało zwiększeniu przemiany podstawowej (naczczo i w spoczynku, „Ruhe-Nüchternwert”) o 0.35 0/0. Specyficznie-dynamiczne działania węglowodanów, zależnie od rodzaju uprzedniej diety, wahało się od 0.16 0/0 doprowadzonej ilości kalorii, krótkotrwale uprzednie odżywianie węglowodanami powoduje wysokie spec.-dyn. działanie, podczas gdy po krótkotrwałym pozbawieniu pacjentów węglowodanów, we wzmożonym zapotrzebowaniu węglowodanów w stanach gorączkowych i tendencji do ich odkładania się w ustroju w okresie zdrowienia utrata energii cieplnej jest nieznaczna, a często brak jej. Te fakty potwierdzają pogląd Fr. Müllera, że wielkość spec.-dyn. działania węglowodanów zależy od wewnątrzustrojowej ich przemiany chemicznej: w prostej chemicznie polimeryzacji cukru na glikogen jest ono niskie, w skomplikowanej przemianie cukru w tłuszcz odpowiednio do wykonanej pracy chemicznej — duże.

Temu pogładowi przeczy jednak fakt, że po bardzo obfitej djecie węglowodanowej i u osób otyłych, a więc w warunkach, w których najprawdopodobniej odbywa się wytwarzanie tłuszczu z wprowadzonego do ustroju cukru, spec.-dyn. działanie węglowodanów bywa bardzo niskie. Również w sprzeczności z teorią o znaczeniu wewnętrznej pracy chemicznej pozostaje fakt, że po długotrwałym głodzeniu i zupełnym wyczerpaniu zapasów glikogenu przez pracę fizyczną oraz w zmniejszonej przemianie chemicznej w cukrzycy spec.-dyn. działania podczas tuczenia i obniżanie się jego w długotrwałym głodzeniu przemawia za tem, że rodzaj uprzedniego odżywiania się ma wpływ na wysokość spec.-dyn. działania węglowodanów. Zdolność spalania wchłoniętego cukru lub deponowania go jako glikogenu lub tłuszczu po krótkotrwałym pozbawieniu węglowodanów, we wzmożonej przemianie materji i po tuczeniu jest duże, natomiast po długotrwałym pozbawieniu węglowodanów, po krótkotrwałym ich podawaniu i w cukrzycy może być nieznaczne. Odpowiednio do tego w dużej zdolności do przyjmowania jest mniejsze spec.-dyn. działanie węglowodanów, niż w małej. Jednoczesna pokarmowa hiperglikemja i uczucie głodu dowodzą, że współcześnie ze zmianą spec.-dyn. działania zachodzą zmiany w produkcji insuliny. W dużej produkcji insuliny, o której można wnioskować z obniżenia się poziomu cukru we krwi (np. podczas tuczenia i u osób otyłych), spec.-dyn. działanie bywa często niskie. Odwrotnie, w dużej hiperglikemji po podaniu pokarmów (np. po długotrwałym głodzeniu, w cukrzycy, po djecie białkowej) spec.-dyn. działanie bywa wysokie. Możliwe z tego wyciągnąć wniosek, że utrata energii cieplnej zależy od wysokości poziomu cukru we krwi. Temu jednak przeczą między innymi także fakty, że u normalnych ludzi po krótkotrwałej djecie węglowodanowej, a u cukrzyczych przez podawanie insuliny nie udało się wywrzeć wyraźnego wpływu na spec.-dyn. działanie pomimo obniżenia się poziomu cukru we krwi, tak, iż często przy wysokim poziomie cukru we krwi otrzymywano niskie wartości tlenu i odwrotnie. Ani więc utrata energii cieplnej wskutek wykonywania wewnętrznej pracy chemicznej, ani też nadmiar cukru we krwi nie tłumaczą jednolicie różnorodnych zmian w spec.-dyn. działaniu węglowodanów.

Badanie spec.-dyn. działania jako metodę tłumaczenia zaburzeń w przemianie materji należy oceniać bardzo ostrożnie.

Henryk Landau.

Lecznictwo.

GERSON. Podstawowe wskazówki do diety Gersona. (Münch. med. Woch. Nr. 23, 1930 r.).

Djeta bezsolna, wbrew utartemu pojęciu, została wprowadzona przez autora nie jako kuracja swoista w gruźlicy

(Sauerbruch-Hermannsdorfer), lecz jako sprzyjająca w walce organizmu z rozmaitymi chorobami przewlekłymi. Dieta G. jest nauką o drodze do pewnego przestrojenia przemiany materji ludzi, bardziej skłonnych do chorób przewlekłych i o zmniejszonej zdolności do zdrowienia. Dieta nadaje się dla chorych przewlekłych, dla lekko chorych którzy dobrze reagują na zwykłe leczenie, jest zbędna.

Pierwsze zastosowanie znalazła dieta G. w migrenie; wyniki są tutaj najszybsze i najlepsze. Migrenie często towarzyszy *paradentosis*. Autor spostrzegł u większości chorych na migrenę typowe zmiany w kościach długich, z których innym razem domyślał się istnienia migreny. Spostrzeżenia zmian w szkielecie naprowadziły G. na myśl zastosowania diety w krzywicy i *arthr. def.* W tej ostatniej dieta wpływa nie tylko na ustąpienie pojedynczych objawów, ale powoduje ustąpienie zmian kostnych. Dietę uzupełnia usunięcie migdałków, organoterapia, ćwiczenia ruchowe, gorące okłady; zwłaszcza ważne jest w djecie ograniczenie białka.

Dobre wyniki stosowania diety w toczeniu zachęciły G. do prób w łuszczycy. Autor sądzi, że tak wybitnej poprawy nie widziano przed wprowadzeniem jego diety, nawet w przypadkach najcięższych i zaniedbanych. Pod wpływem diety cofają się nieprawidłowe zbliźnowacenia i keloidy. Autor sądzi, że dieta powoduje zmiany w przemianie mineralnej i wydzielaniu wewnętrznym. Wydaje się, że sól kuchenna hamuje lub szkodzi czynności komórkowej. Usunięcie soli i jednoczesne doprowadzenie rozmaitych witamin ożywia komórkę i usuwa zaburzenia w jej czynności. Do tej grupy schorzeń należy: *m. Based.*, *anaemia perniosa*, *infantilisms*, zaburzenia nerwowe i psychiczne.

Pewne wyłączenie diety uzyskuje się w nieswoistym *fluor albus*: o ile towarzyszy migrenie — ustępuje wraz z nią. Nieprawidłowy rytm menstruacyjny zmienia się na normalny.

Poza suchotami płucnymi z innych chorób narządu oddechowego dobrze odpowiadają na dietę G. astmatycy oskrzelowi. Zakazuje się sól, alkohol, nikotynę, białko ogranicza do 30—40 gr. Potwierdzają się wyniki dawniejsze, otrzymywane w nadciśnieniu, miażdżycy tętnic.

Gerson zmodyfikował swoją dietę od czasu podania jej Sauerbruchowi. Pozwala tylko na 100 gr. mięsa i 70 gr. ryby w ciągu tygodnia. Z jaj — same żółtka, śmietany — wcale. Mleka 200,0 dziennie; zakazuje jarzyn strączkowych. W niektórych przypadkach te ilości białka są również redukowane do 20—40 gr. dziennie. Zamiast piwów wprowadzone zostały soki jarzynowe i owocowe. Dawka dzienna soli wynosi w tej djecie 1,6—2,7 gr. Na dzień wypada: 1400 g. soków jarzynowych, 600 g. soków owocowych, 500 g. surowych owoców, 50 g. surowej sałaty, 3 surowe żółtka i 30 g. tranu. Jednoczesne naświetlanie, np. w toczeniu jest b. szkodliwe i opóźnia leczenie.

Kaloryczność diety G. razem z innymi, prócz wspomnianych składnikami wynosi przeciętnie 2820 K. na dzień. Zawiera dużo tłuszczu, mało węglowodanów i białka. Jest bogata w witaminy i sole mineralne prócz kuchennej.

W niektórych przypadkach stosuje się co kilka dni dietę z samej surowizny.

(Podana jest dokładna tabela pokarmów zakazanych, dozwolonych, przepisanych, zawartość soli w poszczególnych składnikach).

F. Turyn.

Choroby zakaźne.

POCKELS. Nowe zdobycze co do szczepienia ochronnego błonicy. (D. m. W. Nr. 2. 1930 r.).

Szczepienie ochronne przeciwko błonicy preparatem TAF i preparatem z Höchst wykazało niedostateczne powsta-

wanie przeciwciał w surowicy badanych dzieci. Badania, przeprowadzone nad uodpornieniem anatoksyną Ramona, wprawdzie nie dały lepszych wyników, mimo to stawiają stosowanie jej na I-em miejscu ze względu na brak obecności surowicy. Odczyn miejscowy i ogólny przy anatoksynie spostrzegano jedynie u dzieci starszych i dorosłych, u dzieci w wieku od 6 miesięcy po 3 lat (wiek najodpowiedniejszy do szczepienia) żadnych zaburzeń nie spostrzegano. Odczyn skórny Schicka, ujemny po trzykrotnym wstrzyknięciu anatoksyny, nie przemawia za uodpornieniem. Decydujące jest jedynie badanie surowicy na zawartość przeciwciał. Wymienione preparaty wymagają jeszcze dalszych badań ze względu na brak osiągnięcia uodpornienia wystarczającego. Znajdujemy się nadal w okresie prób i wobec tego nie może być mowy o obowiązkowym masowym szczepieniu.

Wanda Franzówna.

F. BASCH. Przyczynki do czynnego uodpornienia przeciw błonicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 15. 1930 r.).

W czasie czynnego uodpornienia przeciw błonicy może wystąpić, choć przypuszczalnie tylko bardzo rzadko, faza ujemna Wrighta, t. j. okres zmniejszonej odporności ustroju wskutek spadku ilości przeciwciał. Z tego wynika, iż w zagrożonym środowisku nie należy możliwie uodparniać czynnie, zanim przedtem nie uodporniono biernie. Wypływa też z tego konieczność szczepienia dzieci z ujemnym odczynem Schicka, albowiem znajdują się między nimi, jak to wykazuje ujemna faza, i takie, których odporność jest tylko nieznaczna. Należy ufać, że w ten sposób uda się zmniejszyć liczbę odporaych nosicieli prątków.

Zdolność i szybkość wytwarzania ciał odpornościowych przez ustrój podczas czynnego uodparniania przeciw błonicy przebiega równolegle do wysokości indywidualnego posiadania przeciwciał przed szczepieniem.

Jeśli jednoczesne szczepienie bierne i czynne zostało odrzucone, jako mało skuteczne, to jednak należy stwierdzić że wykonanie biernego uodpornienia i następnie po upływie 14 dni czynne uodpornienie za pomocą maści przedstawia kombinację, przy której całkowicie ujawnia się celowość pierwszego, nie upośledzając w najmniejszym stopniu skuteczności drugiego.

Metoda maściowa Loewensteina zasługuje ze względu na swą łatwą wykonalność na jak najrozleglejsze rozpowszechnienie. Ze względu jednak na to, że daje ona pewny wynik tylko w 70% przypadków, konieczna jest w każdym przypadku kontrola szczepienia za pomocą odczynu Schicka i w razie potrzeby dodatkowe szczepienie.

Henryk Landau.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

∞ Prof. Alfred KOBLANCK. *Die Nase als Reflexorgan des autonomen Nervensystems*. Hinterlassene Schriften. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Friedrich Mattle. Nakł. Urbana i Schwarzenberga. Berlin i Wiedeń. 1930.

Zapoczątkowane w latach osmdziesiątych zeszłego stulecia badania Hacka nad nerwami zwrotnymi pochodzenia nosowego wśród licznych zwolenników znalazły szczególnie gorliwych obrońców w osobach dwóch ginekologów: Fliessa i Koblancka. Koblanck jednak studiował stosunek nosa nie tylko do narządów płciowych, lecz i do innych narządów ustroju. Strona kliniczna tych studiów, prowadzonych w ciągu lat 27, opiera się na obserwacji 1350 chorych z własnej praktyki autora, leczonych wewnątrznosowo, oraz licznych pacjentek berlińskiej kliniki i polikliniki chorób kobiecych i szpitala Virchowa. Strona eksperymentalna badań Koblancka obejmuje nieliczne doświadczenia na zwierzętach.

Autor na zasadzie tych badań ustalił punkty na błonie śluzowej nosa, których drażnienie wywoływać ma odruchowo objawy ze strony narządów odległych. Niszczenie tych punktów, przeważnie za pomocą galwanokaustyki i elektrolizy dawało autorowi przeważnie wyniki dodatnie. Nie zataja autor przypadków z wynikiem ujemnym, którego przyczyny stara się wytłomaczyć. Wiele obserwacji istotnie zasługuje na uwagę i zachęca do pójsia w ślady autora. Być może, że niektóre przypadki zawdzięczają wyleczenie więcej sugestji, niż manipulacjom wewnątrznosowym, chociaż autor i tu usiłuje dowieść, że argumenty, na korzyść sugestji przytaczane, nie wytrzymują ścisłej krytyki.

Książka przeznaczona jest dla lekarzy-praktyków, którzy częściej, niż specjaliści, spotykają się ze skargami na dolegliwości ze strony rozmaitych narządów i mogą szukać ich związku ze stanem patologicznym nosa. Dla tych czytelników podaje autor krótkie wiadomości z anatomii i fizjologii nosa.

Pośmiertne dzieło prof. Koblancka zasługuje jednak na uwagę i ze strony specjalistów, do których chorzy z cierpieniami narządów odległych mogą być kierowani przez internistów, ginekologów, neurologów, urologów i t. d. Zapoznanie się z książką Koblancka może w tych razach specjaliście oddać rzetelną przysługę.

Z. Srebrny.

∞ Priv.-Doz. Dr. J. BERBERICH. *Die Behandlung der Ohren — Nasen — und Halskrankheiten in der Allgemeinpraxis*. Nakł. G. Thieme. Lipsk. 1930.

Autor jest pierwszym asystentem (Oberarzt) kliniki uniwersyteckiej chorób gardła, nosa i uszów we Frankfurcie nad Menem, i stąd praca jego opiera się na doświadczeniu w klinice tej nabytym.

Już skromne rozmiary książki dowodzą, że autor nie miał pretensji do szczegółowego omówienia i ściśle naukowego traktowania przedmiotu. Celem książki jest dostarczenie i karzowi-praktykowi wskazówek, jak ma postępować w najczęściej spotykanych sprawach chorobowych gardła, nosa i uszów. W każdym dziale podane są wiadomości ogólne z dziedziny rozpoznawania i leczenia wraz z metodami badania, a w ślad za nimi patologia i terapia szczegółowa. Bardzo pouczający jest przegląd środków lekarskich, podany w dziale, zatytułowanym: ucho. Mamy tu w przystępny sposób opisane działania i metody stosowania kokainy, pilokorpiny, atropiny, arszeniku, selwarsanu, jodu, bromu, wapnia i wielu, wielu innych środków, używanych bądź miejscowo, bądź podskórnie, domięśniowo lub dożylnie. Na każdym kroku widać duże doświadczenie autora, z którego rad i specjalista nieraz korzyść wyciągnie.

Niewielka ta, bo nie więcej, niż 220 stron, zawierająca książka, znajdzie z pewnością licznych wdzięcznych czytelników i cieszyć się powinna dużym powodzeniem, na które w zupełności zasługuje.

Z. Srebrny.

K. URBAN. *W sprawie raka wodnego*. (Wien. kl. Woch. Nr. 15/1930).

U chorej z przewlekłą białaczką limfatyczną w cztery dni po usunięciu dwóch dolnych trzonowców wystąpiło bolesne obrzmienie i zaczerwienienie policzka z gorączką do 39°. Poza lekkim nieżytem oskrzeli i umiarkowanym powiększeniem wątroby i śledziony, w narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Rany po usuniętych trzonowcach były pokryte brudnymi nętami. Mocz zawierał ślady białka. Po 5 dniach w środku obrzmienia policzka wystąpiło czarne miejsce, które się stopniowo powiększało, a w jamie ustnej rozwinęło się

posokowate wrzodziejące zapalenie jej śluzówki. Badanie bakteriologiczne wykazało krętki i spirylle. We krwi liczba białych ciałek wahała się od 60000 do 90000, w tem 90 proc. limfocytów. Martwica szybko postępowała, i chora, mimo leczenia, na dziesiąty dzień zmarła. Badanie histologiczne wykazało martwicę naskórka, skóry właściwej i tkanki tłuszczowej podskórnej, nacieki leukocytarne i okrągłokomórkowe skóry; skrawki, barwione metodą Levadittiego, wykazały masy impregnowanych srebrem spiryll i pałeczek wrzeczoniowatych.

Spowodowane przez przewlekłą białaczkę limfatyczną ogólne wyczerpanie ustroju, wyrażające się w spadku wagi, osłabieniu, zawrotach głowy i t. d., i jako miejscowy bodziec i czynnik wyzwalający usunięcie zębów z następstwem wrzodziejącym i martwiczym zapaleniem dziąseł i śluzówki jamy ustnej doprowadziły do powstania raka wodnego. Wskutek upośledzenia stanu ogólnego chorej leczenie salwarsanem i 8 proc. roztworem siarczanu miedzi pozostało bez skutku. Zły stan ogólny chorej nie pozwolił na wykonanie doszczętnego zabiegu chirurgicznego.

Henryk Landau.

HANSEN i MICHENFELDER. Spostrzeżenia nad odczulającym leczeniem gorączki siennej w 1929 r. (D. m. W. Nr. 5. 1930).

Autorzy przeprowadzili ankietę wśród lekarzy w sprawie wpływu preparatu Helisen — wyciągi najrozmaitszych traw i ziół — na przebieg i wyleczenie gorączki siennej. Przypadków gorączki siennej, objętych ankietą, było 109. Tylko u 73 osobników stwierdzono wrażliwość na wymienione wyciągi ziół przez nacieranie naskórka i wprowadzanie tą drogą wyciągów do organizmu.

Autorzy przestrzegają przed badaniem uczulenia za pomocą doskórnego wstrzykiwania, gdyż u niektórych ludzi może powstać b. ciężki wstrząs mimowo wprowadzenia b. rozcieńczonych roztworów 1 : 10000.

W przypadkach wątpliwych należy badania na uczulenie organizmu przeprowadzić przy niskim stanie barometru, przy wysokim bowiem stanie barometru odczyn wypadają słabsze, a nawet stają się ujemne. Również na skórze uprzednio naświetlanej odczyn wypadły słabiej. Dokładne określenie uczulenia w każdym przypadku ma doniosłe znaczenie dla przeprowadzenia właściwego leczenia zwoistego.

Leczenie swoiste przeprowadzono tylko u 65 osobników, przyczem w 53 przypadkach otrzymano poprawę, z tego w 40 przypadkach zupełne wyleczenie.

Leczenie gorączki siennej wyciągami nieswoistymi bez uprzedniego badania odczynów skórnych jest niewskazane.

Wanda Franzówna.

Fr. LICKINT. O wpływie tytoniu i dymu tytoniowego na narząd słuchu i aparat przedsionkowy. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 25, z. 3).

Tytoń wywiera ujemny wpływ na wszystkie części składowe ucha. Działać on może szkodliwie bezpośrednio w postaci stałej lub jako dym tytoniowy, albo też pośrednio drogą krwi, drażniąc toksynami (nikotyna, związki pirydynowe i in.) naczynia i nerwy.

U palaczy tytoniu stwierdza się niekiedy nadmierne wytwarzanie się woszczku w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Częste są schorzenia trąbki słuchowej, stojące w związku z nadużywaniem tytoniu. Nieżyty gardzieli przechodzą łatwo na trąbkę słuchową, a w dalszym ciągu na jamę bębenkową. Nietylko częste są nieżyty przewlekłe ucha środkowe, lecz niekiedy powstają sprawy ropne jamy bębenkowej, jako wynik dostania się zarazków wraz z cząsteczkami tytoniu poprzez trąbkę słuchową.

Tytoń atakuje również ucho wewnętrzne.

Toksyczne zapalenia nerwów słuchowych na tle zatrucia nikotyną są dobrze znane. W odróżnieniu od nich spostrzegano jednakże schorzenia czysto nerwowe ucha środkowego (*otalgia nervosa*, nerwice ruchowe).

Częste są zaburzenia błędnikowe, powstające wskutek zmian naczyniowych, wywołanych nikotyną (głuchota angioneurotyczna, przekrwienie błędnika). Niekiedy stwierdza się w zatruciu tytoniem objawy, wskazujące na zajęcie narządu przedsionkowego (zawroty błędnikowe, oczopląs, zespół Menièrea).

J. Tencer.

Choroby krwi i narządów krwiotocznych.

N. JAGIC i G. SPENGLER. Leczenie radem chorób krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 23 1930).

W myelozach białaczkowych pod wpływem naświetlania radem następuje poprawa stanu ogólnego i łaknienia, natomiast śledziona i liczba białych ciałek krwi zmniejsza się bardzo wolno, nie znikają też ze krwi niedojrzałe myeloblasty. Często ustępuje szybko gorączka. Czasem przez dłuższy czas po przerwaniu naświetlań śledziona i liczba białych ciałek dalej się zmniejszają. Naświetlanie radem bywa nawet w ciężkich przypadkach dobrze znoszone. W porównaniu z naświetlaniem promieniami Roentgena naświetlanie radem działa w białaczkowych myelozach o wiele wolniej i słabiej, a osiągnięte poprawy są bardziej krótkotrwałe, natomiast stan ogólny szybciej się poprawia i nie występują niepożądane objawy uboczne. W leczeniu myeloz aleukemicznych i subleukemicznych radioterapia ma pewną przewagę nad roentgenoterapią, gdyż pozwala uniknąć zbyt szybkiego zadziałania na liczbę białych ciałek krwi.

W białaczkowych limfatozach naświetlanie radem powiększonych gruczołów chłonnych powoduje ich zmniejszanie się, szybką i znaczną poprawę stanu ogólnego; natomiast wpływ na liczbę białych ciałek krwi jest mniejszy i powolniejszy, niż naświetlanie promieniami Roentgena. Czasem w przebiegu naświetlania śledziony radem przychodzi do zmniejszania się tkanki limfatycznej, nie wystawionej bezpośrednio na działanie promieni.

W ziarnicy złośliwej trwającej niedługo, naświetlanie radem powoduje szybkie zmniejszanie się powiększonych gruczołów chłonnych i poprawę stanu ogólnego. W przypadkach zaawansowanych zarówno naświetlanie radem, jak i promieniami Roentgena pozostaje bez wyniku. Toksyczne objawy (gorączka, brak łaknienia, swędzenie, zły stan ogólny i t. p.) oraz powiększenie gruczołów chłonnych, wątroby i śledziony zmniejszają się pod wpływem naświetlania radem na pewien czas, ale nie daje ono tak, jak i naświetlanie promieniami Roentgena, trwałego wyleczenia.

Naświetlanie radem powinno być bardzo ostrożne, należy unikać zbyt silnych dawek, które raczej szkodzą, niż pomagają. W przebiegu leczenia należy się więcej liczyć z poprawą stanu ogólnego i ustępowaniem dolegliwości, aniżeli ze zmianami w białym obrazie krwi. Niedokrewność w przebiegu powyższych cierpień ulega poprawie pod wpływem naświetlań radem. W przypadkach wymagających szybkiego działania (np. guzach śródpiersia, wywołujących objawy uciskowe) należy stosować energiczne naświetlanie promieniami Roentgena. W przypadkach powierzchownych guzów, w zaawansowanych przypadkach białaczek i ziarnicy z charakterem i niedokrewnością bardziej wskazane jest naświetlanie radem. W myelozach, w których chodzi o bardziej rozległe działanie promieni, pierwszeństwo należy się naświetlaniu promieniami Roentgena, poza przypadkami z silnym charakterem i niedokrewnością. Naświetlanie radem ma jeszcze tę zaletę, że można je przeprowadzać w domu chorego.

Henryk Landau.

L. ARZT. Leczenie radem chorób krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 23. 1930).

W chorobach krwi naświetlaniu radem podlegają gruczoły chłonne, śledziona i wątroba. Stosuje się wyłącznie naświetlanie z odległości: przyrząd z radem umieszcza się na płycie korkowej grubości 1 cm. i daje się 100—300 mgr.—element—godzin; używa się tylko promieni gamma, a więc prawie wyłącznie rurek Dominici, zawiniętych w filtr miedziany grubości 1 mm. Gruczoły chłonne naświetla się w całości lub podzielone najwyżej na dwa pola, śledzionę dzieli się na 3—6 pól, tak samo wątrobę. Zazwyczaj jednorazowe zastosowanie 100—300 mgr.—element—godzin na pole nie wystarcza; zaleca się seryjne naświetlanie każdego pola (dwa, a nawet trzy razy).

Henryk Landau.

K. WOLF. Dalsze doświadczenia w leczeniu niedokrewności złośliwej. (Med. Kl. 21. 1930 r.).

Od czasu wprowadzenia terapii wątrobowej transfuzja krwi bywa rzadziej stosowana. Nie należy jednak tej metody zaniedbywać, szczególnie w przypadkach opornych na leczenie wątrobą, gdyż dopiero po kilku transfuzjach organizm zaczyna reagować na leczenie wątrobą. Dotychczas stosowane dawki wątroby do 500.0 dziennie są zbyt małe; należy dziennie podawać do 1000—1200 gr. wątroby.

Badając mocz na urobilinogen i urobilinę, możemy określić potrzebną dawkę wątroby: dopóki urobilinogen i urobilina są w moczu dodatnie, należy dawkę wątroby zwiększać; dalsze leczenie prowadzić, podając tę ilość wątroby, przy której urobilinogen i urobilina znikają w moczu.

Obraz krwi zazwyczaj wraca do normy, pozostaje względna limfocytoza. Samopoczucie chorego niezawsze odpowiada znacznej poprawie obrazu krwi: dotyczy to szczególnie objawów subiektywnych i nerwowych.

W jednym przypadku pomimo znacznego powiększenia ilości hemoglobiny po terapii wątrobowej—stwierdzono nawet objawy rdzeniowe o charakterze tabetycznym.

Glossitis, wzgl. zanik śluzówki języka — prawie zawsze ustępują; natomiast brak kwasu solnego i powiększona śledziona pozostają bez zmiany.

Chorzy z ilością hemoglobiny 20—30% dają rokowanie pomyślne; mniejsze ilości źle rokują o poprawie.

M. Segal.

GLOOR. Przypadek wyleczonej białaczki myeloblastycznej. (Münch. med. Woch. Nr. 26. 1930 r.).

Autor obserwuje od 3-ich lat chorego, u którego w 1927 roku stwierdził następujący obraz krwi: Hb. 51%, Cz. c. k. 2760 tys., b. c. k. 15800; myelobl. 91%, obojęt. wielojądrz. 4%, limfoc. 5%. Pod wpływem naświetlania okolicy śledziony promieniami R, wstrzyknięcia mezotoru i transfuzji krwi wystąpiły, po pierwotnym pogorszeniu, wybitny spadek leukocytów do 955, jednocześnie z obrazu ustąpiły myeloblasty. Następnie choremu podawano preparaty żelaza. Liczba leukocytów stopniowo wracała do normy. Wielokrotne badania krwi w okresie 2 i pół letnim wykazywały stosunki normalne. Przy ostatnim badaniu znaleziono: Hb. 110%, cz. c. k. 4832 tys., wsk. brw. 1,1, b. c. k. 6400; obojęt. wielojądrz. 65%, kwasochł. 1%, monoc. 4%, limf. 3%, pojedyncze myelocyty.

Autor sądzi, że poprawa uzyskana została przypadkowym zastosowaniem najlepszych środków leczniczych. To samo leczenie, zastosowane w innych podobnych przypadkach, pozostało bez skutku.

F. Turyn.

A. VOGL. W sprawie obrazu chorobowego „mononukleozy zakaźnej”. (Wien. kl. Woch. Nr. 23. 1930 r.).

Autor podaje opis dwóch przypadków t. zw. zakaźnej mononukleozy.

W pierwszym przypadku choroba zaczęła się gorączką, dochodzącą do 39°, ogólnym osłabieniem, niebolesnym ogólnym obrzmieniem gruczołów chłonnych, powiększeniem śledziony; badanie krwi wykazało silne przesunięcie obrazu Arnetha w prawo (8% dojrzałych, 10.5% niedojrzałych obojętnochłonnych) i obrzymią limfocytozę (76.5%—16300 w 1 mm.³). Na szesnasty dzień choroby, kiedy gorączka już zaczęła spadać a obrzmienie gruczołów chłonnych ustępować, wystąpiło zapalenie migdałków zrazu mieszkowe, potem rzekomo-błoniaste, a badanie bakteriologiczne wykazało obecność krętków i łaseczników wrzeczionowatych anginy Plaut-Vincenta. Po sześciu dniach naloży się oddzieliły, ciepłota i obraz krwi powróciły do normy.

Przypadek ten, w którym klasyczny obraz zakaźnej mononukleozy istniał długo przed wystąpieniem anginy Plaut-Vincenta, przemawia dobitnie przeciwko teorii Zikowskyego, który uważa tę anginę za przyczynę zmian w układzie limfatycznym i obrazie krwi. Przeciwnie, zmiany w układzie chłonnym wydają się tym czynnikiem, który ułatwia wtórne osiedlanie się zawsze obecnych w jamie ustnej pasorzytów, zwłaszcza krętków i łaseczników wrzeczionowatych na patologicznie zmienionych migdałkach.

W drugim przypadku pacjent zachorował wśród wysokiej gorączki, bólów gardła; wszystkie gruczoły chłonne były powiększone, twarde, niebolesne, śledziona znacznie powiększona, wątroba występowała na 1½ palca z pod łuku żebrowego. W obrazie krwi uderzała znaczna limfocytoza (88%—9720 w 1 mm.³). Po 10 tygodniach wszystkie zmiany ustąpiły. Po upływie 1½ roku autor widział tego samego chorego z powodu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego; obraz krwi wykazywał wtedy neutrofilję z lekkim przesunięciem nalewo-

Przypadek ten dowodzi, że obraz zakaźnej mononukleozy ze wszystkimi typowymi objawami może występować przemijająco i to bez anginy, oraz że ten sam osobnik może dawać zwykły odczyn szpikowy na banalne zakażenie, a więc że odczyn limfatyczny nie jest właściwością ustroju, ale raczej czynnika chorobotwórczego (swoisty limfotropowy drobnoustroj).

Henryk Landau.

C. STERNBERG. W sprawie leukosarkomatozy. (Wien. kl. Woch. Nr. 23. 1930 r.).

Autor podaje opis dwóch przypadków, które, jego zdaniem, nie dają się podciągnąć pod pojęcie białaczki, ale które należy uważać za leukosarkomatozę.

W pierwszym przypadku chory miał guz gruczołu krokowego, który po usunięciu i przy badaniu mikroskopowym wykazywał budowę mięsaka limfatycznego. Krew wykazywała obraz wtórnej niedokrewności (liczba czerw. ciał = 2850000, Sahli 39), zawierała 31000 białych ciałek, z czego 26% wielojądrzastych i 73% jednojądrzastych, w tym 52.5% patologicznych limfocytów. Sekcja wykazała, że ścianę pęcherza moczowego i odbytnicy przerastają nacieki — twarde guzy, składające się z szaro-białej, zawierającej mało płynów tkanki, a na przekroju z nieostro odgraniczonych grudek chłonnych. Grudki tej samej białej tkanki znaleziono też w nerkach; śledziona była znacznie powiększona, pozostały układ chłonny (migdałki, mieszki językowe, grudki chłonne jelit, gruczoły chłonne) nie wykazywał zmian. Mikroskopowe badanie przemawiało za mięsakiem limfatycznym.

W drugim przypadku stwierdzono guzowate powiększe-

nie gruczołów chłonnych szyjnych, pierścienia gardzielowego, wątroby i śledziony, a rentgenologicznie guz śródpiersia i górnego płata prawego płuca. Badanie histologiczne wszystkich guzów dało jednakowe wyniki: wszystkie guzy składały się z jednakowych jednojądrzastych okrągłych komórek,

umieszczonych w sieci o dużych okach; komórki miały jedno okrągłe, częściowo silniej barwiące się, częściowo bledsze jądro, otoczone wąskim rąbkim zarodki; próba oksydazowa wypadła ujemnie.

Henryk Landau.

Wskazówki praktyczne.

Jako skuteczny środek *chroniący lekarzy i personel pielęgniarski od zakażenia podczas badania nosicieli zarazków w jamie ustnej i gardzieli* poleca Ranzenhofer ssanie pastylek formamintowych. Pastylki takie w liczbie kilku dziennie można ssać bezkarnie w ciągu całych lat. Stosować je należy zarówno u badającego, jak i badanego. (W. m. W. 1930 N. 33).

— c —

Zastrzykiwania domięśniowe krwi ludzkiej, jako środek leczniczy w praktyce dzicięcej poleca Barabás. W dawce 8–10 ctm.3 co 3–5 dni dają one doskonały wynik u dzieci niedokrewnych, słabych i wyniszczonych. U leczonych w ten sposób dzieci rzadziej występują choroby zakaźne i objawy nieżytowe. W zapaleniu płuc i w chorobach gorączkowych skuteczniejsze jest stosowanie krwi własnej chorego. (Orvosi Hetilap. 1929 N. 52).

o — o

Stein i Seide uważają *syrop efetoninowy* za skuteczny środek w zwalczaniu *krztuśca*. W dawce ½ łyżeczki od kawy 3 razy dziennie już w pierwszych dniach stosowania

napady kaszlu stają się rzadsze i łagodniejsze, sen spokojniejszy. Dzieci biorą syrop efetoninowy bardzo chętnie i znośzą go dobrze. (Ther. d. Gegenw. 1930 Z. 4).

o — o

W zapaleniu cewki moczowej nierzęzączkowego pochodzenia zdaniem Callomona, najlepiej działają słabe roztwory, *środków lekko ściągających i przeciwniejących*, jak: *Sol. Kal. permang.* 0.05 – 0.1 na 300.0, lub *Sol. Hvdrrarg. oxycyan.* 0.05 na 200, albo *Sol. Resorcini* 1.0–2.0 na 100, także *Sol. Zinc. sulf.* 0.5 na 200 do wstrzykiwań 3 razy dziennie po 10 gr. Wstrzyknięty płyn należy zatrzymać w cewce przez 5 minut. (Fortschr. d. Ther. 1930 N. 5).

o — o

Devraigne leczy z powodzeniem *gorączkę połogową* *zastrzykami dożylnymi ropy aseptycznej*. Metoda ta nie grozi żadnym niebezpieczeństwem i jest skuteczniejsza, niż zastrzykiwanie podskórne takiejże ropy. W przypadkach ciężkich daje dobre wyniki kombinacją zastrzyków dożylnych z podskórnymi (atś és de fixation). (Bull. Soc. Obstétr. 1929 N. 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

Posiedzenie z dnia 26 lutego 1930 r.

Przewodniczący prof. Szmurło. Obecnych członków 16, gości 15.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Prezes odczytuje komunikaty: a) odezwę do lekarzy, zamieszkałych na terenie Województwa Wileńskiego, o powstaniu Sekcji Wojewódzkiej Wil. Tow. Lekarskiego; b) komunikat Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w sprawie budowy sanatorium dla akademików; c) pismo prof. Bujwida-Krakowa w sprawie utworzenia komitetu ku uczczeniu pamięci prof. F. Widala; d) ogłoszenie o kulnych posadach lekarskich.

3. Dr. Rosset: *Pokaz chorej z I Klin. Wewn. U. S. B. — z wrodzoną wadą serca*. Rozpoznanie waha się między „*ductus Botalli persistens*” a „*Stenosis aortae*” (Streszczenia nie podano).

Dyskusja: Prof. A. Januszkiewicz. Przypadek jest niepowszedni i zasługuje na uwagę. Przy pobieżnych oględzinach chorej stwierdzamy niezawodnie zmiany w łuku tętnicy głównej. Brak przegrody międzykomorowej może nie dawać szmeru.

Pr. Z. Orłowski — uważa za niewyjaśnione, dlaczego w przedstawionym przypadku tętno z prawej strony jest słabo wyczuwalne. Należy przypuszczać współistnienie „*Ductus Botalli persistens*” a „*Stenosis aortae*”. W *art. femoralis* u chorej tętna nie udaje się stwierdzić.

Dr. Zarcyn. Sądząc z obrazu Roentgenowskiego, więzadelko, stwierdzone w linii środkowej, uważać należy nie za *platysma myoides*, lecz za *fascia superficialis colli propria*.

4. Dr. Rywkind. *Pokaz ośmiomiesięcznego dziecka z ropotokiem z ucha prawego i porażeniem nerwu twarzowego*. Dziecko poprzednio chorowało na zapalenie płuc, zaburzenia

jelitowe i odrę. Zniszczenie błony bębenkowej. Odczyn Pirquet'a ujemny, myśleć jednak należy o gruźliczym pochodzeniu schorzenia.

Dyskusja: Prof. J. Szmurło zapytuje o wyniki badania ropy, mówca odpowiada, że ropy nie badano.

Dr. Lewande dodaje, że u dziecka istnieje również stan zapalny ucha lewego z wysiękiem śluzowym bez zapachu. Z prawego ucha wydziela się cuchnąca ropa, błony bębenkowej brak i znaczna część kości jest obnażona; przed 4 dniami wystąpiło porażenie nerwu twarzowego. Niejednokrotnie w przypadkach gruźliczego schorzenia ucha odczyn Pirquet'a wypadł ujemnie.

Na podstawie obrazu klinicznego, wyglądu zewnętrznego i zapachu ropy przypuszczać należy gruźliczy charakter procesu chorobowego.

Prof. J. Szmurło zwraca uwagę na powiększenie gruczołów szyjnych i sądzi, że rozpoznanie nie podlega wątpliwości.

5. Dr. Markiewicz przedstawia chorych z kliniki Ocznej U. S. B.

a) chłopiec 7-letni. Stwierdzono *zapalenie i nadżerkę w kącie wewnętrznym z podwinięciem rzęsa oka prawego*, wkrótce potem wystąpiło znaczne powiększenie i stwardnienie gruczołów okołoszarych. Odczyn Wa. — wybitnie dodatni (+ 4).

W wydzielinie bakterjoskopowo nic nie wykryto. Rozpoznanie: *Ulcus durum*, — prawdopodobnie skutek wylizywania podwiniętych rzęs.

b) 30 letni robotnik, który od roku stopniowo traci wzrok w oku prawym zrazu w postaci lekkiej zasłony, później chmury przesłaniające oko. Plamka rogówki, a w ciałku szklistem twór kulisto pęcherzykowaty z odnogą, idącą od pęcherzyka. Rozpoznanie: *Wągr ciała szklanego*. Według statystyki Wieczorka notują zagranicą na 1000 chorych 1 przypadek wągry oka, w Warszawie 1 na 700, w Wilnie

na podstawie materiału opracowanego w Klinice Ocznej — 1 na 3000.

6. Docent I. Abramowicz. Pokaz chorej. *Ropne zapalenie błony śluzowej spojówki powiek wskutek użycia kosmetyków do barwienia rzęs.*

Dyskusja: Dr. M. Obieziński. Szkodliwe działanie środków kosmetycznych notują również ginekolodzy; mówca zna przypadek: *Pruritus vulvae*, leczony bezskutecznie przez szereg lat. Całkowite wyleczenie nastąpiło dopiero, gdy B. u. namówił chorą do zaprzestania farbowania włosów.

7. Dr. Wirszubski. *W sprawie zapalenia pozagłokowego nerwu wzrokowego.* (Streszczenia nie nadesłano — przeznaczone do druku).

Dyskusja: Dr. Lewandowski. W omówionym przypadku stwierdzono przekrwienie muszli nosowej, ropy nie było. Po usunięciu muszli środkowej ustąpiło przekrwienie i bóle głowy, trudno jednakże dać stanowczą odpowiedź, co tu mogło wywołać zapalenie nerwu wzrokowego.

Prof. J. Szmurło ogłosił w roku 1914 przypadek, w którym po otwarciu zatoki klinowej nastąpiło wyleczenie stanu zapalnego nerwu wzrokowego.

Sprawa zapalenia pozagłokowego nerwu wzrokowego jest dość znana pomiędzy otolaryngologami i okulistami. Przyczyny mogą być różnorodne, a więc procesy w zatoce klinowej, zatrucie z zatok, zwłaszcza w sprawach ropnych i to nie tylko z zatoki klinowej, lecz też sitowej i szczękowej. Na podstawie prac Withera nawet tam, gdzie niema cierpienia umiejscowionego zatoki klinowej, otwarcie jej może znacznie polepszyć stan chorego, prawdopodobnie dzięki usunięciu zastój żylny. Przyczyny toksyczne, wywołujące stan zapalny nerwu wzrokowego, mogą polegać na zatruciu jadami zewnętrznymi: jak alkohol i nikotyna, oraz wewnętrznymi, wydzielanymi przy istnieniu procesu ropnego w zębach albo migdałkach.

Ponadto rola czynnika wywołującego w pozagłokowym zapaleniu nerwu wzrokowego przypada także wieloogłokowemu rozsiałowemu stwardnieniu mózgu i rdzenia pachowego (*sclerosis multiplex*).

W klinice Ocznej U. S. B. obserwowano w istocie kilka przypadków „*sclerosis multiplex*” i dwustronnego zapalenia pozagłokowego nerwu wzrokowego.

Poza tem według statystyki Szkockiego T-wa Rino i Oftalmologicznego od dziesięciu do piętnastu procent wszystkich przypadków zapalenia pozagłokowego nerwu wzro-

kowego uznać należy jak onastępstwo procesów, toczących się w zatokach.

W przypadku obecnie omawianym „*restitutio ad integrum*” nie nastąpiło prawdopodobnie dlatego, że proces był zbyt zaawansowany i trwał zbyt długo. W przypadkach „*neuritis retrobulbaris*” mianowicie wyniki pomyślnie otrzymuje się zwykle tam, gdzie proces trwa nie więcej, niż kilka tygodni.

Dr. Wirszubski dodaje, że ogłasza ten przypadek, gdyż dotychczas nie spotkał się z należytem wyodrębnieniem tej jednostki chorobowej w piśmiennictwie neurologicznym polskim.

K. Czarnecki.
(wedł. Pam. Wil. Tow. Lek.)

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Badania doświadczalne nad ziarnicą złośliwą, przeprowadzone przez Sacquépée, Liégeois i Codvella (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 55) nie doprowadziły do żadnych wyników dodatnich. U świni, którym wszczepiono rozrute gruczoły ziarnicowe i które zdechły po 6-ciu tygodniach, stwierdzono przerost gruczołów krezkowych i śródpiersiowych. W niektórych gruczołach wystąpiły objawy rozpadu, inne przypominały wyglądem zwykle zmiany ziarnicowe u ludzi. Przeszczepienie następne dało wynik identyczny, trzecie — wynik ujemny. Badanie bakteriologiczne, zarówno hodowle, jak i szczepienie, nie wykryło żadnego zarazka, zwłaszcza prątka Kocha, czy zarazka zapalenia swoistego gruczołów świnki.

W przypadku *moczówki cukrowej łagodnej* stwierdzono na sekcji *raka główki trzustki*, poza rozlaniami zmianami sklerotycznymi, nie zostawiającymi wcale wysepek Langerhansa. Łagodna moczówka cukrowa po upływie 6-ciu miesięcy została powikłana żółtaczką skutkiem zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Autorzy sądzą, że rak nie był przyczyną moczówki, którą wywołały zapewne stare zmiany sklerotyczne, spowodowane kiłą czy innym zakażeniem. Owe stwardnienia może sprzyjały wytworzeniu się raka.

Sézary na tem samem posiedzeniu komunikował o przypadkach *rodzinnej kiły nerwowej*: ojciec miał objawy porażenia ogólnego, matka — objaw Argyll-Robertsona, jedna córka — ten sam objaw. Natomiast drugie dziecko nie miało objawów nerwowych, lecz wykazywało znaczne zmiany zniekształcające kości nosa. Trudno więc mówić tu o zarazku neurotropowym.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Francji.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

W dziedzinie higieny, jako sztuki stosowanej, nie ma Francja dobrej sławy. Kraj, któremu zawdzięczamy najwięcej odkryć w naukach teoretycznych, na jakich opiera się całe nasze postępowanie w służbie zdrowia, ojczyzna Pasteura, od którego, jak niektórzy twierdzą, zaczyna się nie nowy kierunek, lecz era, początek higieny naukowej, pod względem zastosowania higieny w kraju, udostępnienia jej dla mas społecznych pozostawia dużo do życzenia i jest bardzo krytykowany nawet przez swoich rodaków. Niewątpliwie pod względem urządzeń sanitarnych daleka jest Francja od krajów skandynawskich, pod względem działalności służby zdrowia nie prędko będzie mogła dorównać Anglii, pod względem rozbudowy instytucji i przenikania tą drogą do wszystkich dziedzin życia społecznego i gospodarczego nie jest podobna do Jugosławii, ale to, co już zrobiono we Francji na polu higieny od czasu wojny, i to, co powstaje w danej chwili, godne jest uwidocznienia, a niekiedy i naśladowania. Ci, którzy znali pod tym względem

Francję przedwojenną i widzieli ją obecnie, muszą przyznać, że opieka społeczna nad zdrowiem we Francji przed wojną i teraz jest nie do porównania. W pracy niniejszej chciałem się podzielić swymi spostrzeżeniami, dotyczącymi głównie organizacji i urządzeń centralnych, którym przyjrzałem się bliżej, i podać jednocześnie na podstawie źródłowych materiałów, pewne dane, dotyczące stanu ogólnego i zarysowujących się wytyczne na przyszłość.

Najpierw co do organizacji służby zdrowia w centrum i na obwodzie. Pod tym względem Francja bodaj, że jest wzorem tego, jak być nie powinno. Brak ujednolajnionego, odpowiadającego współczesnym poglądom naukowym ustawodawstwa, brak szarmonizowanej, obejmującej całokształt zagadnień zdrowotnych całości, brak wreszcie fachowego kierownictwa — to wady organizacyjne, z których zdają sobie dobrze sprawę nieliczni lekarze higieniści, a nawet administratorzy francuscy, obeznani trochę bliżej z zagadnieniami higieny. Przejdźmy te braki kolejno.

Cała współczesna służba zdrowia opiera się na prawie z roku 1902, zmienianym i uzupełnianym już kilkakrotnie (1915, 1921, 1924), chociaż te zmiany nie czynią zadość ani projektom reform Akademii

Medycyny, ani uchwałam zjazdów higienistów. Zresztą, prawo to dotyczy higieny w dawnym jej pojęciu, obejmując głównie policję sanitarną, walkę z chorobami zakaźnymi i do pewnego stopnia higienę otoczenia (m. in. i mieszkaniową). Oprócz tego zasadniczego prawa istnieje cała litanja prawodawcza, dotycząca najróżnorodniejszych dziedzin, a więc niezdrowych lokali, zafałszowania produktów, planowania osiedli, bezpłatnej pomocy lekarskiej, opieki nad dziećmi, walki z gruźlicą, ale wszystko to nie tworzy całości, nie jest skoordynowane; prawodawca za każdym razem postępował jakby poprzednio w pokrewnych dziedzinach nic jeszcze nie próbowano czynić, za każdym razem więc tworzone nową organizację, mianowano nowych funkcjonariuszy, nie zawsze precyzując ich obowiązki i stosunek do dziedzin pokrewnych.

Administracja sanitarna od początków swego powstania, t. j. od roku 1889, kiedy to utworzono w ministerstwie spraw wewnętrznych Dyrekcję opieki społecznej i higieny, przeszła już różne koleje, doszedłszy po wojnie do ministerstwa w różnych połączeniach — ostatnio samodzielnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Jednakże dotąd sprawy zdrowotne są najdziwaczniej porozdzielane po wszystkich ministerstwach. A więc higiena pracy pozostała w Ministerstwie Pracy, higiena szkolna w Ministerstwie Oświaty, wychowanie fizyczne w Ministerstwie Wojsny, policja sanitarna dworców, portów i wód splawnych w Ministerstwie Robót Publicznych, nadzór nad wodami niesplawnymi, wodociągami, kontrola aptek i zafałszowań produktów spożywczych w Ministerstwie Rolnictwa, planowanie miast i subsydja na sanację otoczenia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, nadzór nad lokalami niezdrowymi i niebezpiecznymi w Ministerstwie Handlu, nadzór nad ubezpieczeniami mi w Ministerstwie Pracy. Podobną szachownicę z trudem moglibyśmy znaleźć gdziekolwiek poza Francją, choć w większości krajów administracyjnie zdrowie jest wielogłowym kopciuszkiem.

Nowopowstałe Ministerstwo, istniejące jak dotąd więcej w planach, niż w rzeczywistości, nie zdołało zjednoczyć wielu agend, obejmując tymczasem poza administracją ogólną tylko tanie mieszkania, lokale niezdrowe i niebezpieczne, higienę szkolną i jedyny aparat techniczny, przeznaczony do walki z chorobami wenerycznymi. Wszystkie inne funkcje, wspomniane powyżej, pozostały i nadal w tych ministerstwach, w których były, a z różnych względów trudno oczekiwać, by łatwo było przenieść je w najbliższym czasie do Ministerstwa Zdrowia. Naturalnie w tych warunkach trudno mówić o pracy skoordynowanej. Istniejące ciała doradcze, z których najważniejsza jest Wyższa Rada Zdrowia (są prócz tego różne komisje i doradcy techniczni), nie mogą także wiele wpłynąć na scharmonizowanie rozbieżnych często dążeń poszczególnych organów służby państwowej.

Nie o wiele lepiej wygląda sprawa drugiej instancji (departamentów), gdzie także jest pełno urzędników mających coś do czynienia z higieną, funkcjonujących bok o bok i dość często niezależnie jeden od drugiego. Tu także jest chaos, i wszystko zależy od dobrej woli władz miejscowych. Dlategoż są departamenty, które mają bardzo dobrą organizację sanitarną, są inne, które nie mają prawie żadnej. Prawodawca, przewidując nawet pewne obowiązki, nie mówi, kto ma je wykonywać, a kto sprawować nad nimi kontrolę fachową. Cała administracja w departamencie jest w rękach prefekta, jednocześnie

przedstawiciela władz państwowych i departamentu, do niego też należy i służba zdrowia. Techniczne siły wykonawcze nie są jednak przez prawo przewidziane, i niema obowiązku, żeby w każdym departamencie obok prefekta był i inspektor lekarski. Do dziś dnia też na 90 departamentów około 20 niema żadnego kierownika służby zdrowia, a ci kierownicy, co są, nie posiadają określonych funkcji, i stosunek inspektora lekarskiego z władzami centralnymi służby zdrowia jest bardzo luźny, *de facto* nie jest prawnie uregulowany, powiedzmy, nie istnieje.

W gminie (Francja posiada 37.890 gmin) władza cała należy do mera, wybranego przez członków gminy, ale podwładnego prefektowi. W imię ogólnej dominującej idei we francuskiej administracji o jednolitości władzy, mer jest odpowiedzialny za stan zdrowotny gminy, nie posiadając zresztą zwykle żadnej pomocy technicznej w tej dziedzinie. W miastach z ludnością powyżej 20.000 i w gminach wiejskich z ludnością powyżej 2.000, zgodnie z prawem, istnieją biura higieny, których działalność naogół jest bardzo skromna i niejednokrotnie podlega dość surowej krytyce. Przeciętne merostwo poza pewnymi funkcjami administracyjno-kancelaryjnymi ze zdrowiem ma niewiele wspólnego.

W sumie możnaby tak określić administrację służby zdrowia we Francji: u góry aparat dość liczny, ale zupełnie nieskoordynowany, u dołu także brak koordynacji, brak określenia i rozgraniczenia funkcji, a często brak jakiegokolwiek siły wykonawczej; wszystko zależy od mniej lub więcej szczęśliwego doboru pracowników na miejscu. W wyniku, jak wspomniałem — nadzwyczajna różnorodność organizacji: wyjątkowo bardzo dobrej, często średniej, niekiedy wyraźnie złej. W roku 1924, kiedy przeprowadzono badania, na 56 istniejących wówczas urzędów inspektorskich, ministerstwo uznało 29 za odpowiednio zorganizowane. Odtąd wprowadzie poprawiło się wiele, ale jeszcze więcej jest do zrobienia.

Wreszcie trzecia rażąco ujemna cecha francuskiej służby zdrowia — to brak wykwalifikowanego personelu, co czerwoną nicią przechodzi od góry do dołu i widoczne jest we wszystkich bodaj działach administracji sanitarnej. Wygląda to może na paradoks, ale ktoś nieprzyzwyczajony, spojrzawszy na tyle różnorodnych stanowisk, należących się lekarzom higienistom, a zajmowanych przez prawników, czy administratorów, ludzi dobrej woli i nie pozbawionych zmysłu orjentacyjnego, a może nawet talentu, ale bez wykształcenia fachowego, byłby skłonny powiedzieć, że, właściwie, przy obsadzeniu tych posad lekarz higienista, czy wogóle lekarz ma najmniejsze szanse, jeżeli, naturalnie, nie można, czy wprost nie należy tego położyć na karb braku chęci ze strony świata lekarskiego. Nie mówię o stolcu ministerjalnym, gdzie potrzebne są tylko kwalifikacje polityczne, ale większość, wszystkie prawie najważniejsze urzędy państwowe i kierownicze stanowiska społeczne w organizacji służby zdrowia zajmowane są przez nielekarzy. Naturalnie, zapładnianie ideał, myśl twórcza zawsze pochodzi od któregoś z wybitnych teoretyków, czy klinicystów, którymi się Francja słusznie szczyci, istota poczynania, praca rzeczywista na polu organizacji i administracji są bardzo często w rękach laików. Wybitna działalność organizatorska tego lub innego lekarza-higienisty zasady nie zmienia. Przecież jeszcze do dnia dzisiejszego stanowiska in-

spektorów lekarskich w kilku departamentach są zajmowane przez nielekarzy, nie mówiąc już o braku wśród większości lekarzy inspektorów specjalnego wykształcenia higienicznego, jakie dziś uważamy za *conditio sine qua non* dla każdego lekarza, biorącego udział w administracji sanitarnej.

Lekarzy higienistów zawodowców, fachowo wykształconych i oddających się całkowicie temu zajęciu, we Francji jest bardzo mało. Karjera higienisty niktogo nie pociąga i, biorąc rzecz dosłownie, nie istnieje. Szkoły higieny, przez którą przechodzić winien każdy kandydat, Francja nie posiada. Wprawdzie uniwersytety w Paryżu, w Lyonie, w Montpellier i w Algierze wydają świadectwa higienistów po odbyciu paromiesięcznych studiów, nie wszędzie, zresztą, jednakowych (ta sprawa wymaga także uregulowania), ale stanowiska inspektorów departamentalnych higieny powierzane są już to ludziom młodym bez doświadczenia lekarskiego wogóle, już to starszym bez wykształcenia w tej dziedzinie, często emerytowanym wojskowym. Inspektor jest urzędnikiem departamentu, nominowanym i odwoływanym przez prefekta, przed nim odpowiedzialnym, w jego imieniu działającym. Każde stanowisko inspektora obsadzone jest drogą konkursu, do którego może przystąpić każdy lekarz. Do jakiego stopnia sprawa ta jeszcze nie jest uregulowana wskazuje fakt, że inspektor, przenosząc się z jednego departamentu do drugiego, winien przejść nowy konkurs, a nie zapominajmy przy tem, że Francja jest krajem nawskroś centralistycznym. Pensja inspektora waha się od 20 000 do 45.000 fr. rocznie, co w stosunku do zarobków z praktyki nie jest wiele.

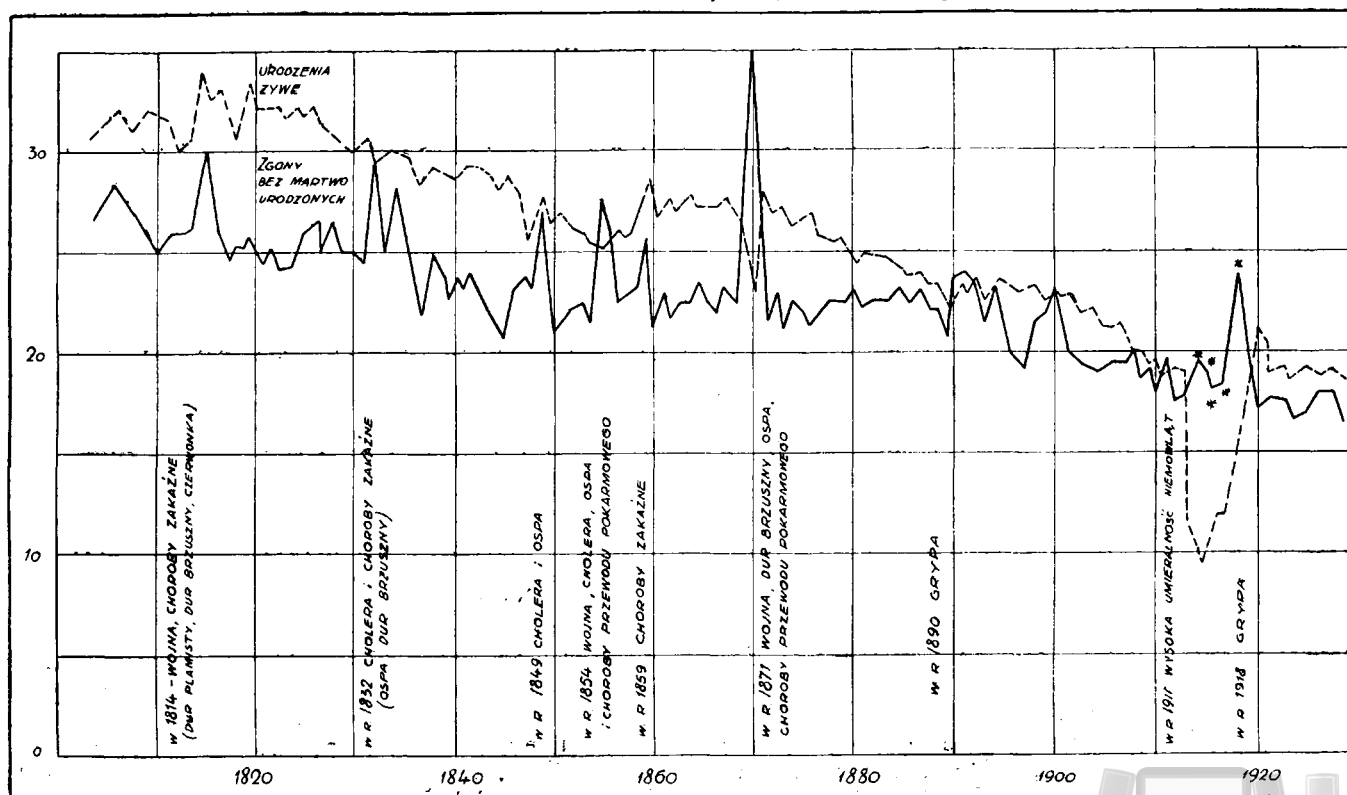
Personel pomocniczy w dobrze zorganizowanych departamentach istnieje w postaci pielęgniarek spo-

łecznych, mających dwuletnie studia (pierwszy rok ogólny, drugi — higiena społeczna jako specjalność), ale w stosunku do potrzeb jest to niewiele, tembardziej, że wobec rozwoju sieci instytucji przeciwcruźliczych, przeciwwenerycznych i innych, zapotrzebowania stale wzrastają. Kontrolerów sanitarnych o typie angielskim albo naszym niema wcale. Na barkach więc tego jedynego inspektora lekarskiego często bez kwalifikacji, uposażonego średnio, czasem bez odpowiednich środków komunikacji, bez pomocników, bez regulaminu i ustalonych obowiązków, spoczywa w wielu departamentach troska o zdrowie obywateli z ramienia państwa; z ramienia gminy — ogólnie biorąc, po wyłączeniu większych miast, nie istnieje.

Nie można też powiedzieć, by w dziedzinie policji sanitarnej Francja stała bardzo wysoko w porównaniu np. ze swym wschodnim sąsiadem, gdzie nawet bez czynniejszego udziału świata lekarskiego osiągnięto na tem polu świetne wyniki. To, co u nas ostatnio nazywa się akcją sanitarno-porządkową, we Francji wcale nie dotyczy lekarzy-higienistów, a należy całkowicie do władz administracji ogólnej, to jest prefekta lub mera, którzy jednak nie rozporządzają odpowiednim personelem technicznym w tym celu. Kto zna Francję, wie z obserwacji, że tu jeszcze sporo jest do zrobienia.

Nadzór nad produktami spożywczymi (należy do ministerstwa rolnictwa) nie odpowiada także współczesnym poglądom i jest regulowany więcej wymaganiami konsumentów, niż przepisami i dość niejednolitym i niedoskonałym nadzorem władz. Ubój inwentarza odbywa się jeszcze bardzo często bez jakiegokolwiek inspekcji, i tak zwane „viande foraine” nawet w Paryżu dominuje. Wagony—chłodnie są mało używane, w kursowaniu ich są duże braki, tak że w

Urodzenia i zgony we Francji



* TYLKO LUDNOŚĆ CYWILNA

wyniku w miesiącach letnich w większych miastach przy ostatniej inspekcji straty finansowe w halach mięsnych są znaczne. Kontrola mleka, wyłącznie chemiczna, także wymaga jeszcze rozszerzenia i uregulowania. Główną pociechą obecnie jest to, że mleko używane jest prawie wyłącznie przegotowane. Wobec jednak dobrej komunikacji i pomyślnych warunków miejscowych, pomimo tych wad organizacyjnych i niedoskonałości inspekcji, rynki zaopatrzone są dobrze i w produkty dobrego gatunku.

Usuwanie nieczystości nie jest uregulowane jak należy, ani pod względem prawnym, ani w

rzeczywistości. Ogólnie uznany system „tout á l'égat” nie jest stosowany często nawet w dużych miastach, które używają metod zgoła przestarzałych. To samo mniej więcej można powiedzieć o wodzie. Jest duża tendencja obecnie do chlorowania wody, szczególnie wobec kilku epidemii duru brzuszego, powstałych wskutek zakażenia przez wodę, ale naogół sprawa zaopatrzenia ludności pod względem wody wymaga usystematyzowania i wielkiej pracy.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— I Polski Zjazd w Sprawie Badania i Zwalczania Reumatyzmu w dniu 6 i 7 września 1930 r. w Inowrocławiu.

Komitet Organizacyjny „I Polskiego Zjazdu w Sprawie Badania i Zwalczania Reumatyzmu”, który odbędzie się w dniu 6. i 7. września br. w Inowrocławiu, uprzejmie prosi JWPana o wzięcie udziału w Zjeździe.

Doniosłe znaczenie schorzeń reumatycznych, jako zagrożenie społeczne, skłoniło organizatorów Zjazdu do podjęcia pierwszych kroków w czynnej walce z tą klęską. Naczelnym zadaniem stała się konieczność poznania tej grupy chorób, która wśród kuracjuszy naszych zdrojowisk przeciwreumatycznych w Polsce stanowi olbrzymi odsetek, tem więcej, że rzesze leczących się w Zdrojowiskach Polskich rekrutują się coraz to częściej z tych warstw społecznych, które najdotkliwiej cierpią pod ciężarem objawów gośćcowych.

Zjazd zapoczątkuje zbiorowe i wszechstronne rozpatrywanie ściśle określonego problemu z punktu widzenia naukowo-lekarskiego oraz społeczno-statystycznego.

Inowrocław, zajmujący jako zdrojowisko solankowe jedno z pierwszych miejsc w Polsce, podjął się trudnego zadania zorganizowania pierwszego w Polsce Zjazdu Przeciwrreumatycznego, w-przeświadczeniu, że wyniki Zjazdu stanowić będą przyczynek dla rozwinięcia zdobyczy nauki polskiej o reumatyzmie. W szczególności zaś wyniki te mogłyby odbić się szerszym echem na terenie międzynarodowym, a mianowicie na Zjeździe „Ligue Internationale contre le Rhumatisme” w Liège, który się odbędzie w dniach 14—18-go września b. r.

Podczas Zjazdu nastąpi również uroczyste odsłonięcie pierwszego w Polsce pomnika wieszcza Jana Kasprowicza syna Kujaw.

Uczestnicy Zjazdu korzystać będą w drodze powrotnej z Inowrocławia do miejsc zamieszkania z 50% zniżki kolejowej.

Biuro kwaterunkowe znajduje się przy ul. Królowej Jadwigi róg Toruńskiej, (Firma Nowakowski Nast.) i czynne będzie podczas Zjazdu w dzień i w noc. Na dworcu udzielać się będzie informacji.

Za Komitet Organizacyjny:

Przewodniczący	Wiceprzewodniczący
Apolinary Jankowski.	Dr. Henryk Zborowski,
prezydent miasta.	prezes Stow. Lek. Zdrojowych
przewodniczący Komisji Zdrojowej	
	Dr. Czesław Bydalek
	sekretarz generalny

REGULAMIN

1. „I. Polski Zjazd w Sprawie Badania i Zwalczania Reumatyzmu” jest wynikiem porozumienia między b. „Pol-

skim Komitetem Walki z Reumatyzmem” w Warszawie a Stowarzyszeniem Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu i Komisji Zdrojowej w Inowrocławiu.

Zjazd organizuje Komisja Zdrojowa i Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu, stronę naukową przejęła na siebie osobna Komisja Naukowa.

2. Celem Zjazdu jest pogłębienie stanu nauki o reumatyzmie w Polsce i wyprowadzenie wniosków do dalszego naukowego badania i zwalczania reumatyzmu, jako choroby społecznej.
3. Wyniki Zjazdu przekazane zostaną delegatom na Międzynarodowy Zjazd Przeciwrreumatyczny, który się odbędzie w Liège 14—18 września br.
4. Uczestnikiem Zjazdu może być każdy zajmujący się naukowo lub praktycznie badaniem i zwalczaniem reumatyzmu. Zgłoszenia uczestników Zjazdu przyjmuje Komitet Organizacyjny w Inowrocławiu (Adres: Gen. Sekr. Dr. Bydalek — Inowrocław, ul. Solankowa 59.)
5. Składka za uczestnictwo w Zjeździe wynosi 20 zł., którą należy przesłać pod adresem sekr. gen. przy zgłoszeniu, podając równocześnie dokładny swój adres. Towarzyszące uczestnikom Zjazdu osoby opłacają składkę w wysokości 10 zł.
6. Referaty zgłoszone i przyjęte na Zjazd oraz wnioski referentów w całości lub w dokładnem streszczeniu muszą być nadesłane do Inowrocławia przed 20 sierpnia br., ponieważ zostaną ogłoszone drukiem w Pamiętniku Zjazdu.
7. Zjazd przekazuje „Towarzystwu Zwalczania Reumatyzmu w Polsce” z siedzibą w Warszawie mandat do wykonania powziętych uchwał, określa miejsce i czas następnego Zjazdu oraz uchwała regulamin przyszłych polskich Zjazdów w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu.
8. Na wygłoszenie głównych referatów przeznaczają się 20—30 m., na koreferaty 10 minut, na dyskusję 5 minut czasu.
9. Treść przemówień w dyskusji oraz wnioski należy wręczyć na piśmie sekretarzom w czasie posiedzenia.
10. Komitet Organizacyjny wydaje Pamiętnik Zjazdu. W tym celu zostaje powołana komisja redakcyjna Pamiętnika Zjazdu.

PROGRAM ZJAZDU

Piątek, 5 września 1930 r.

Godz. 21 — Zapoznanie się uczestników Zjazdu na zebraniu towarzyskiem w Domu Kuźacyńskim.

Sobota, 6 września 1930 r.

Godz. 8 — Msza św. w kościele Matki Bożej. Godz. 9 (punkt.) I. Posiedzenie ogólne w sali „Hotelu Basta”, ul. Solankowa: a) Powitanie uczestników Zjazdu i gości przez prz-

wodniczącego Komitetu Organizacyjnego Prezydenta miasta A. Jankowskiego. b) Otwarcie Zjazdu przez p. Ministra Spr. Wewn. Dr. Sławoj-Składkowskiego; c) Wybór Prezydium Zjazdu; d) Przemówienia przedstawicieli władz i delegatów. Godz. 10 — 13 — wykłady: 1. Dr. H. Kłuszyński (Warszawa): Reumatyzm jako zagadnienie społeczne. 2. Prof. Dr. L. Skubiszewski (Poznań): O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu reumatyzmu. 3. Prof. Dr. W. Jezierski (Poznań): Reumatyzm na tle zaburzeń gruczołów wewnętrznych. 4. Dr. W. Łuczyński (Lwów): Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia. 5. Dr. A. Rytel (Warszawa): Etiologia schorzeń stawowych. Dyskusja. Godz. 13—15 przerwa obiadowa. Godz. 15—18 II. Posiedzenie (Hotel Bast, ul. Solankowa): 1. Prof. Dr. M. Michałowicz i Dr. Jerzy Wiszniewski (Warszawa): Zespół anginowy i reumoartretyczny w wieku dziecięcym. 2. Dr. M. Gromski (Warszawa): Sprawa schorzeń parareumatycznych w wieku dziecięcym. 3. Dr. J. Bogdanowicz (Warszawa): Częstość występowania ostrego reumatyzmu i płasawicy a zmiany fizjologiczne w ustroju dziecka. 4. Dr. St. Kwaśniewski (Poznań): Polyarthritus reumaticus infectiosus. 5. Dr. J. W. Grott (Warszawa): Schorzenia mięśniowo-stawowe w skazie szczawikowej. Dyskusja. Godz. 21 — Reunion w salach Parku miejskiego (Plac Klasztorny), urządza Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu.

Niedziela, 7 września 1930 r.

Godz. 8.30 — 11.30 — III Posiedzenie (Kino Apollo) ul. Solankowa. 1. Prof. Dr. L. Korczyński (Kraków): O klinicznym leczeniu stawów. 2. Doc. Dr. A. Sabatowski (Lwów): Balneoterapia chorób reumatycznych. 3. Doc. Dr. A. Elektrowicz (Warszawa): Znaczenie diagnostyki i terapii rentgenowskiej w schorzeniach reumatycznych. 4. Dr. Fr. Raszeja (Poznań): Termo-mechano i elektroterapia schorzeń reumatycznych i gośćcowych. 5. Doc. Dr. A. Gruca (Lwów): Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie schorzeń reumatycznych stawów. 6. Doc. Dr. Fr. Łabendziński (Poznań): Zachorzenia stawowe w chorobach egzotycznych. Dyskusja. Godz. 12 — Udział w uroczystości odsłonięcia pomnika Jana Kasprowicza. Godz. 13—14 — Przerwa obiadowa. Godz. 14—15.30 — Zwiedzanie zakładów i urządzeń kąpielowych Zdrojowiska Inowrocław. Godz. 15.30 — 18.30 — IV. Posiedzenie w Zakładzie przyrodo-leczniczym w Solankach. 1. Dr. M.

Grycewicz (Warszawa): Klinika schorzeń gośćcowych według materiałów I. Kliniki Wewn. w Warszawie za ostatnie lata. 2. Dr. J. W. Grott (Warszawa): Znaczenie oralsepsis w etiologii schorzeń gośćcowych. 3. Dr. St. Allerhand (Lwów): O związku pomiędzy zakażeniami w obrębie jamy ustnej a chorobami reumatycznymi. 4. Dr. J. Brzeski (Poznań): Stanowisko lekarza-dentysty wobec zagadnienia oralsepsis ze szczególnym uwzględnieniem reumatyzmu. 5. Dr. St. Mester (Kraków): Wskazania do stosowania kutiwakcyny Paula. 6. Dr. St. Suszczyński (Inowrocław): Leczenie wodą podług metody Dr. J. Żniniewicza w świetle własnego doświadczenia z uwzględnieniem schorzeń reumatycznych. Dyskusja. Godz. 19 — Uchwalenie wniosków i rezolucji Zamknięcie Zjazdu. Godz. 22 — Raut wydany przez Prezydenta miasta Inowrocławia w salach Hotelu Basta. Poniedziałek, 8 września 1930 r.

Godz. 8. Zwiedzanie: Lecznicy Ubezpieczalni Krajowej, Państwowej Żupy Solnej, Szpitala powiatowego, Stacji sanitarnych Powiatowej Kasy Chorych w Inowrocławiu. Wycieczki: Do Kruszwicy, Smukały (Wojew. Sanatorium dla piersiowych chorych).

(Bliższe szczegóły dotyczące wycieczek ogłoszone zostaną podczas Zjazdu.)

W halu Zakładu przyrodo-leczniczego odbędzie się w czasie Zjazdu wystawa wyrobów farmaceutycznych, narzędzi lekarskich, urządzeń sanitarnych i ortopedycznych, oraz wystawa działu księgarskiego z dziedziny lekarskiej z szczególnie uwzględnieniem wszechświatowej literatury dotyczącej problemu reumatyzmu.

Prezydium Zjazdu zastrzega sobie zmiany w programie. Za Komitet Organizacyjny: przewodniczący: Apolinary Jankowski, Prezydent miasta, przew. Komisji Zdroj., wiceprzewodniczący: Dr. Henryk Zborowski prezes Stow. Lekarzy Zdrojowych. Dr. Czesław Bydątek sekretarz generalny.

— **Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach** pióra L. Zamenhafa ukażą się niebawem w oddzielnym wydaniu. Celem unormowania nakładu autor prosi o wczesne zamówienia pod jego adresem (Warszawa, Marszałkowska 125). Cena egz. dla prenumeratorów „W. Cz. L.” 5 złotych.

ZMARLI:

Emanuel Machek, profesor honorowy i emerytowany okulistyki Uniwersytetu Lwowskiego — we Lwowie.

TREŚĆ: B. HERMELINOWA. Erythema infectiosum na tle endemii w zakładzie zamkniętym. — W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Alkoholizm a samobójstwo. — H. LANDAU. O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Francji. — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: B. HERMELIN. Érythème infectieux causé par l'épidémie dans un établissement fermé. — W. GRZYWO-DĄBROWSKI. L'alcoolisme et le suicide. — H. LANDAU. L'examen fonctionnel du foie et le diagnostic des maladies du foie et des voies biliaires (Rev. gén. suite). — M. KACPRZAK. A propos des problèmes sanitaires en France.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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. 150.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

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