

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 23 SIERPNIA 1934 R.

Nr. 31-32

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Leczenie choroby wrzodowej pepsyną.

Podał:

Prof. K. GLAESSNER (Wiedeń).

Wprowadzone przeze mnie leczenie choroby wrzodowej pepsyną opiera się na następującej zasadzie, odkrytej na drodze czysto doświadczalnej. Jeżeli wywołać u zwierzęcia sztucznie owrzodzenia skóry lub błony śluzowej za pomocą wstrzyknięcia pepsyny z kwasem solnym, goją się one szybciej, jeśli choremu zwierzęciu wprowadzać podskórnie lub wśródmięśniowo obojętną pepsynę, aniżeli bez tego leczenia. Te doświadczenia, przeniesione na człowieka, doprowadziły do wyników, zasługujących na uwagę. Mianowicie, jeżeli pacjentowi, chorującemu na wrzód żołądka lub dwunastnicy, zastrzykiwać w prawidłowych odstępach czasu podskórnie lub wśródmięśniowo pepsynę, to występują objawy gojenia się wrzodu, które można stwierdzić zarówno podmiotowo, jak i przedmiotowo. Zwrócić należy przytem uwagę, że rozczyn pepsyny muszą czynić zadość szeregowi warunków, ażeby móc je zastosować w leczeniu ludzi. Muszą one być: 1) jałowe, czego nie wolno osiągać przez ogrzewanie lub gotowanie, gdyż czynności te prowadzą do zniszczenia zacyzów; osiąga się to za pomocą szczególnego sączenia, 2) muszą być wolne od białka, 3) stosowanie ich musi być bezbolesne. Wszystkie te własności udało mi się osiągnąć w szeregu wstępnych doświadczeń, tak, że wstrzykiwania stały się wolne od wszelkich niebezpieczeństw.

Na oddziale moim poddałem w ostatnich latach temu nowemu leczeniu wstrzykiwaniami 1200 przypadków owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Kuracja polegała na następującem:

1) 30 wstrzykiwań preparatu pepsyny w ampułkach, przygotowanego w Wiedniu (w Austria—Apotheke); ampułki te zawierają wzrastające i zmniejszające się ilości pepsyny. Zastrzykiwania najlepiej robić w pośladki. Powtarza się je codziennie.

2) Podawanie oleju w dawce dziennej około

50—60 gr. przed posiłkami; stosuje się oliwę, olej sezamowy lub migdałowy.

3) Zażywanie jakiegoś leku osłaniającego: używałem przeważnie krzemianu bismutu (Bismoteran), lecz możliwe są również inne preparaty bismutowe.

4) Stosowanie diety, bogatej w tłuszcze, ubogiej w białka, w cukier i mąkę, któraby najzupełniej zaspakajała uczucie głodu pacjenta; wyjątek stanowi jedynie ciężkie krwawienie, w którym odżykuje swe prawa dieta mleczna.

Wskazania do tej metody leczenia są następujące: wrzód trawienny żołądka, dwunastnicy, przełyku i jelita czczego; lecz metoda ta wywiera także pomyślny wpływ na przypadki nadkwaśności i kwaśnego nieżytu żołądka.

Zasadnicze przeciwwskazania stanowią objawy zwężenia wskutek wytworzenia się blizn, podejrzenie o zwyrodnienie rakowe, groźne dla życia krwotoki, które wymagają natychmiastowego wdrożenia chirurgicznego, groźba przedziurawienia.

Wyniki leczenia wyrażają się w poprawie 1) podmiotowej i 2) przedmiotowej.

Poprawa przedmiotowa polega na:

1) ustaniu bólów już w krótkim czasie po rozpoczęciu leczenia, 2) znikaniu uczucia pełności i ściskania w żołądku, 3) ustępowaniu zgagi, 4) poprawie łaknienia, 5) poprawie stanu ogólnego.

Poprawa przedmiotowa wyraża się w:

1) przyrostach wagi, występujących prawie zupełnie prawidłowo i przekraczających 15 kg.; 2) zmniejszeniu się wartości kwasowych w około 50% przypadków; te przypadki, w których wartości kwasowe nie ulegają zmniejszeniu lub nawet wzrastają, należy uważać jako takie, w których nastąpiła jedynie poprawa, wobec czego konieczne jest poddanie ich po upływie kilku miesięcy ponownej kuracji; 3) zmianie obrazu rentgenowskiego: znikanie niży, bolesnych punktów uciskowych, sześciogodzinnego zalegania treści kontrastowej w żołądku w 50% przypadków zgórą; 4) zmianie wydzielania w znaczeniu jego zmniejszenia, za czem przemawia wynik próby z czerwienią obo-

jętną, której wydalanie z sokiem żołądkowym ulega przedłużeniu i opóźnieniu; 5) zmniejszaniu się zawartości podpuszczki i pepsyny w soku żołądkowym.

Ponieważ i przy tej metodzie leczenia zdarzają się czasami nawroty, zaproponowałem, by pacjentów poddawać takiej kuracji wstrzykiwaniami, oliwą i bismutem trzykrotnie w odstępach sześciomiesięcznych; przypadki, w których objawy wrzodu nie ustąpiły przy pierwszej kuracji, odpowiadają wreszcie na drugą i trzecią. Zapobiegawczo należy przeprowadzać u wszystkich chorych po 3 kuracje, ażeby nie dopuścić do nawrotu, nawet, jeżeli chory nie odczuwa żadnych dolegliwości.

Dobre wyniki mojej metody leczenia pepsyną zostały potwierdzone przez szereg autorów: wymienię tylko Mosera, Herzera, a przede wszystkim badania Loepera z Paryża i jego uczniów, zwłaszcza Debraya, którzy inną drogą doszli do podobnie pięknych wyników, jak ja.

Jeżeli przedtem mówiłem o ogólnych właściwościach zapoczątkowanego przeze mnie leczenia, to obecnie chciałbym powrócić do pewnych jego szczegółów.

Leczenie pepsyną można stosować we wszelkich postaciach wrzodu trawiennego bez względu na to, gdzie się on umiejscowił (w żołądku, dwunastnicy, przełyku, jelicie czczem). Poprawa występuje przeważnie szybko, zwłaszcza poprawa objawów podmiotowych, lecz pomimo to wrzód nie został wyleczony i o wyleczeniu można mówić zgodnie z moimi spostrzeżeniami dopiero wtedy, gdy obok ustąpienia objawów podmiotowych stwierdza się trwałe zmniejszenie wartości kwasowych i wyraźną poprawę obrazu rentgenowskiego. Dlatego też leczenie należy powtarzać co sześć miesięcy niezależnie od tego, czy pacjent ma dolegliwości, czy nie, jeżeli, mianowicie, wartości kwasowe i obraz rentgenowski nie wykazują zupełnie pewnej poprawy. Na podkreślenie zasługuje przytem ciekawy fakt, że ponowne wstrzykiwania pepsyny po miesiącach i latach nie wywołują żadnych objawów anafilaktycznych, lecz są właściwie zawsze jednakowo dobrze znoszone.

Pragnąłbym dalej zwrócić uwagę na grupę przypadków, które ja i inni autorzy zawsze przekazywaliśmy chirurgom, jako nienadające się do leczenia wewnętrznego; są to przypadki, które klinicznie i rentgenologicznie imponują jako typowe zwężenia na tle wrzodu, bądź jako zwężenia dwunastnicy. W tych przypadkach z typowymi wywiadami wrzodowymi widuje się nader obfite wymioty, wychudnięcie bardzo silnego stopnia, wysokie wartości kwasowe i typowy obraz rentgenowski z 6—12—24—36 godzinem zaleganiem w żołądku. Chciałbym na tem miejscu przytoczyć 3 typowe przypadki tego rodzaju, które miałem możność spostrzegać od kilku lat.

P r z y p a d e k 1. Pacjentka L. W., lat 36, od 5 lat choruje, miewa bóle głodowe, czasami wymioty dużą ilością treści i resztek pokarmowych, ma zgagę, krew utajoną w kale, kwasota 55/80. Rentgenologicznie: zaleganie 24-godzinne, wrzód dwunastnicy z nyżą. Pacjentka była wyznaczona do operacji, lecz wzbraniała się jej poddać: wobec tego zastowano leczenie pepsyną obok zwykłego leczenia pomocniczego;

już po sześciu miesiącach obok poprawy podmiotowej znaleziono zaleganie tylko sześciogodzinne, po 12 miesiącach (2 kuracje pepsynowe) obraz rentgenowski i stosunki kwasowe żołądka były normalne. Obecnie po upływie 4 lat od pierwszej kuracji pacjentka czuje się zupełnie dobrze i przybrała 8 kg. na wadze.

P r z y p a d e k 2. Pacjent F. D., lat 52, miewał w ciągu 8 lat wielokrotnie krwawienia żołądkowe, w ostatnich miesiącach wystąpiły obfite wymioty, przyczem wymiociny zawierały pokarmy, spożyte poprzedniego dnia; bóle były nie do zniesienia. Poprawa nastąpiła dopiero pod wpływem przepłukiwań żołądka. W wymiocinach wartości kwasowe wynosiły 80/110: Waga obniżyła się do 46 kg. Rentgenologicznie: zaleganie 36-godzinne, uwidocznienie wrzodu dwunastnicy udało się dopiero potem, gdy pacjent leżał 2 godziny na prawym boku. W kale była krew utajona. Doradzałem choremu zabieg operacyjny, na który nie chciał się on zgodzić. Wobec tego przeprowadzono kurację pepsynową, aczkolwiek uważałem, że okaże się ona zupełnie bezskuteczna. Już po pierwszej kuracji nastąpiła uderzająca poprawa: wymioty ustąpiły, waga się zwiększyła, bólów nie było, rentgenologicznie niewielkie zaleganie 24-godzinne (wysokości 2 poprzecznych palców). Waga po sześciu miesiącach 62 kg. Po dwóch latach chory się zjawił z ponownymi dolegliwościami. Przeprowadzono znowu kurację, po której natychmiast nastąpiła poprawa. Co rok następował zastój przeważnie wskutek niewłaściwego trybu życia mieszkającego na wsi pacjenta (kielbasa, kapusta, nadużywanie alkoholu), który szybko ulegał poprawie pod wpływem kuracji (chory przeprowadza już czwartą kurację). Obecnie, 5 lat po pierwszym napadzie choroby wrzodowej chory ma bardzo dobrą wagę, jest wolny od wszelkich dolegliwości i odczuwa istotną poprawę.

P r z y p a d e k 3. Pacjent C. F., lat 42, od 8 lat cierpi na chorobę wrzodową; *ulcus ad pylorum*. Wartości kwasowe wynoszą 75/90, rentgenologicznie stwierdza się zaleganie 12 godzinne; obok tego istnieje zwężenie ujścia żylnego lewego (*stenosis mitralis*). W ostatnich czasach wystąpiły wymioty pokarmami, spożytymi poprzedniego dnia. Choremu zaproponowano zabieg operacyjny, lecz nie zgodził się on na to. Ze względu na wadę serca musiałem się zgodzić z argumentacją pacjenta. Wobec tego przeprowadzono kurację wstrzykiwaniami pepsyny. W krótkim czasie znikły dolegliwości podmiotowe, i ustąpiły wymioty. Już po pierwszej kuracji stwierdzano tylko sześciogodzinne zaleganie 1/5 treści: Chory otrzymał 3 kuracje pepsynowe i jest obecnie całkowicie wolny od dolegliwości, wykonywa bez przeszkód i trudności swój zawód.

Te trzy przypadki pouczają, że nawet w przypadkach, które pozornie stanowią domenę chirurgii, leczenie pepsyną może czasami spowodować poprawę i ustąpienie dolegliwości. Sprawa przedstawia się moim zdaniem w ten sposób, że obok zwężenia prawdopodobnie niezbyt wielkiego stopnia, spowodowanego we wszystkich trzech przypadkach przez wrzód, istniał ciężki nieżyty błony śluzowej żołądka, który potęgował kurcz odzwiernika (*pylorospasmus*), względnie kurcz dwunastnicy; nieżyty ten szybko się goi pod wpływem leczenia pepsyną i usuwa burzliwe objawy i dolegliwości ze strony zwężenia.

Należy uwzględnić fakt, iż w wielu przypadkach wrzód nie stanowi jedynego schorzenia narządów jamy brzusznej. Przypominam wiele przypadków wrzodu, który współistnieje z zapaleniem pęcherzyka żółciowego i kamicią żółciową, a czasem również ze schorzałym wyrostkiem robaczkowym, przypadki, w których obok wrzodu:

stwierdza się marskość wątroby, gruźlicę jelit, przewlekły niezbyt kiszek grubych, przypadki, wykazujące obok wrzodu ziarnicę złośliwą jamy brzusznej, kombinacje: przerost gruczołu krokowego + wrzód, mięśniak + wrzód, aby wytłumaczyć wielobarwność obrazu a także zawody, z którymi często się spotykamy przy leczeniu.

Podkreślić wreszcie należy jeszcze, że leczenie pepsyną nie stanowi jednej z odmian leczenia bodźcowego, jak przypuszczają pewni autorzy (Kalk). O argumentach, przemawiających za działaniem swoistem, pisałem w innym miejscu. Chodzi tutaj, co bym pragnął raz jeszcze podkreślić, moim zdaniem, o leczenie swoiste, wykazujące wiele podobieństwa do organoterapii. Zniszczenie pepsyny przez gotowanie pozbawia leczenie jego

skuteczności, co stanowi najlepszy dowód różnicy od zwykłego leczenia bodźcowego, w którym gotowanie nie psuje działania leku. Być może, w leczeniu pepsyną odgrywa również rolę działanie bodźcowe, lecz w każdym razie podrzędną. Poglądowi temu hołduje między innymi również Gonzałés, który przypisuje znakomity wpływ leczenia pepsyną po części swoistemu, po części bodźcowemu działaniu.

W każdym bądź razie ja i wielu autorów, którzy zajmują się od wielu lat stosowaniem tej metody leczenia, sądzą, żeśmy udowodnili, iż przedstawia ona najskuteczniejszą metodę leczenia wewnętrznego wrzodu trawiennego, i że można ją oddać z czystym sumieniem kolegom do skontrolowania.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Żydowskiego w Białymstoku.

(Naczelný Lekarz i Ordynator Szpitala: Dr. A. W. K a p ł a n).

Dwa przypadki białaczki *).

Podali

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ
(Białystok).

Dawniej rozpoznawano białaczkę na zasadzie liczby białych ciałek krwi. Sądono, że liczba białych ciałek krwi powyżej 50.000 przemawia za białaczką, podczas gdy mała liczba białych ciałek ją wyłącza. Obecnie wiemy, że można rozpoznać białaczkę w okresie, gdy liczba białych ciałek jest nieznacznie powiększona lub normalna, a nawet, jak to się czasem zdarza pod wpływem leczenia, i poniżej normy. Z drugiej strony spotykamy infekcje, jak np. pewne postaci zapalenia płuc, gdzie liczba białych ciałek dochodzi do 50.000; w monocytarnej anginie młodocianych liczba białych ciałek dochodzi do 100.000**). Obecność młodocianych postaci również nie decyduje o rozpoznaniu. Ustalenie białaczki i odróżnienie jej od innych schorzeń układowych niekiedy napotyka więc duże trudności. Decyduje w tych przypadkach liczba i jakość krwinek, obraz ogólny; niekiedy niezbędna jest biopsja, która również nie zawsze wyjaśnia sprawę.

W demonstrowanych 2 przypadkach widzimy, że w jednym przypadku dopiero obserwacja szpitalna w 9-tym tygodniu po zachorowaniu zdołała ustalić charakter schorzenia, w drugim przypadku nawet orzeczenie anatomo - patologiczne wyciętego gruczołu samo przez się nie było w stanie dać jasnego rozpoznania.

P r z y p a d e k I. I. K., stolarz, lat 73, zachorował 6 tygodni przed przybyciem do szpitala. Choroba zaczęła się od bólów gardła, stawów, gorączki. Bóle te ustąpiły po pewnym czasie, pozostała jednak gorączka, ogólne osłabienie, brak łaknienia. Badanie krwi, dokonane w domu, wykazało leukocytozę około 10.000, bez większych uchybień we wzorze.

Po przybyciu chorego do szpitala w dniu 16.IX.32 r. stwierdziliśmy: chory wzrostu niskiego, budowy prawidłowej,

odżywiania upośledzonego, stan gorączkowy; skóra biała, ścięczała, pokryta na piersiach, brzuchu i grzbiecie wysypką drobnoplamistą, znikającą przy ucisku. W obrębie jamy ustnej — zaczerwienienie gardzieli, nieznaczny obrzęk języczka i migdałków, stan uzębienia zły. Klatka piersiowa — bez zmian chorobowych. Jama brzuszna: powłoki nienapięte, wątroba powiększona, gładka, twarda, brzeg wyczuwalny 1 — 2 palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona niemacalna. Układ nerwowy i żrenice — bez zmian.

Mocz: Białko — ślad, urobilinogen — zwiększony, w osadzie liczne moczany. Badanie krwi: Obraz czerwonych ciałek krwi prawie w normie. (p. tabl.). Białe ciałka krwi — 28.500; wzór: zasadochłonne — 0, kwasochłonne — 0, obojętnochłonne — 84, myelocyty — 2, młode — 3, pałeczkowate — 10, segmentowane — 69, limfocyty — 14, monocyty — 2.

Mieliśmy zatem do czynienia ze stanem septycznym (gorączka, zmiany w gardle, wysypka) z dość dużą leukocytozą z przewagą obojętnochłonnych. Sądząc z obrazu krwi, należało myśleć o ognisku, idącym w kierunku ropienia. Jednakże najdokładniejsze badanie laryngologiczne, badanie klatki piersiowej, również i rentgenologiczne, obmacywanie jamy brzusznej nie pozwoliły nam odnaleźć ogniska chorobowego. Dwukrotne badanie krwi na posiew dało wynik ujemny. W i d a l — ujemny. Odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny. Dalsza obserwacja wykazuje, że gorączka się utrzymuje, leukocytoza nie spada, nawet podnosi się (p. tabl.).

25.IX. T° — 38,4, tętno — 96. Chory skarży się na bóle kończyn, zwłaszcza lewej górnej w przedramieniu. Opukiwanie kości długich — bolesne. Wątroba — większa, niż poprzednio. Krew — leukocytów — 28400, wzór — p. tabl.

30.IX. T° — 38,1, tętno — 96. Rozpulchnienie błony śluzowej gardła utrzymuje się. Chory bledszy. Na koniuszku stwierdza się szmer skurczowy. Bóle kończyn nasilają się. Wątroba — 1 palec poniżej linii pępkowej poprzecznej.

Początkowo sądziliśmy, że ognisko zapalne, które w tak długim czasie daje gorączkę i nasilającą się leukocytozę, musiałoby się ujawnić w jakikolwiek sposób. Brak jednak w dalszym przebiegu ujawniającego się ogniska ropnego, postępująca anemja, wyraźne bóle w kościach, które następnie dołączyły się, powiększenie się wątroby nasunęły nam luźne przypuszczenie, czy nie mamy do czynienia z czynnikiem, działającym na krew, lub wogóle z chorobą krwi. Dalsza obserwacja ogólna oraz badania krwi zdawały się potwierdzać nasze przypuszczenia. Bóle długich kości się nasilały, wątroba rosła, śledziona, której uprzednio nie wyczuwaliśmy, coraz

*) Z posiedzeń Klinicznych Miejskiego Szpitala Żydowskiego 1932/3 r.

**) Na podstawie więc samej liczby białych ciałek nie zawsze można rozpoznać białaczkę.

Przypadek I. Chory I. K.

Data	Erytrocyty	Hemoglobina	Indeks	Leukocyty	Zasadochłonne	Kwasochłonne	Obojętnochłonne	Myelocyty	Młode	Pałeczko-wate	Segmento-wane	Limfocyty	jednoj. i pr.	Promyelo-cyty	Myeloblasty
16.IX				28.500	0	0	84	2	3	10	69	14	2	0	0
18.IX	4.320.000	82%	0,95	27.600											
22.IX				26.700											
25.IX				28.400	0	1	84	1	3	9	70	14	1	0	0
28.IX	3.860.000	72%	0,94	35.200	0	0,7	83,3	1,4	2	15,6	64,3	14,7	1	0	0,3
30.IX				46.600	0	1	83	1	4,5	20,5	57	14,5	0,5	0	1
30.IX	(po zastrzyknięciu adrenaliny)			41.800	0	0	83	1,5	2	22,5	57	14,5	0,5	0,5	1,5
2.X	3.240.000	62%	0,95	42.100											
5.X				32.850											
7.X				47.500	0	0	68,5	1	1,5	8	58	6,5	0	0	25!
11.X	2.550.000	54%	1,05	48.000											

bardziej powiększała się, liczba białych ciałek krwi doszła do 35.000, a następnie do 48.000; jednakże w obrazie krwi nie widać było typowych dla białaczki młodych postaci, nie wystąpiły one również po prowokacji adrenalinowej.

7.X. T° — 37,9, tętno — 92. Wątroba — 2 palce poniżej poprzecznej linii pępkowej. Śledziona wyczuwalna pod łukiem żebrowym, miękka, niebolesna. W dolnych częściach płuc rżenia opadowe. Serce, jak poprzednio. Leukocytoza — 47.500; wzór — p. tabl.

Dopiero przedostatnie badanie krwi, a mianowicie, wystąpienie młodych postaci (25% myeloblastów) w 9 tygodniu choroby (p. tabl.) całkowicie potwierdziło nasze przypuszczenie, że mamy do czynienia z ostrą białaczką, o tyle nietypową, że wystąpiła u człowieka 73-letniego i początkowo dawała obraz zwykłej posocznicy.

Chory po wypisaniu się ze szpitala w tydzień później zmarł.

Przypadek II. M. F., lat 55, kupiec. Uprzednio zupełnie zdrowy. 6 tygodni przed przybyciem do szpitala zachorował na *herpes zoster* w obrębie nerwu międzyżebrowego prawego. (Th. X): Sprawa trwała 2 tygodnie. Tydzień później zauważył powiększenie się szyi, mógł namacać po obu stronach szyi, zwłaszcza po stronie lewej, zlewające się guzki, niebolesne, także skupienia pod pachami, a pojedyncze guzki w pachwinach. Badanie krwi, dokonane w domu, wykazało: Erytrocyty — 4.220.000, Hgb. — 97%, Indeks — 1,16; Białe ciała krwi — 19.600; wzór: zasadochłonne — 0, kwasochłonne — 2, młode — 2, pałeczkowate — 6, segmentowane — 35, limfocyty — 55, monocyty — 0. Chory został skierowany do szpitala, gdzie stwierdziliśmy: budowa i odżywianie prawidłowe, stan bezgorączkowy; klatka piersiowa — bez zmian; jama brzuszna — norma; wątroba i śledziona nie wyczuwalne; układ nerwowy — bez zmian chorobowych. Jedyne, co rzucało się w oczy, to były skupienia gruczołów po obu stronach szyi, większe po stronie lewej, także mniejsze skupienia pod pachami, mniejsze gruczoły w pachwinach. Gruczoły niezrośnięte z podstawa, skóra nad nimi przesuwalna, niebolesna. Badanie krwi, dokonane w szpitalu, wykazało: białe ciała krwi — 19.800. Wzór: zasadochłonne — 0, kwasochłonne — 1, pałeczkowate — 7, segmentowane — 36, limfocyty — 52, monocyty — 4. Mocz: bez zmian patologicznych. Rtgn. klatki piersiowej — norma. Odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny.

Wobec tak rozległego zajęcia gruczołów chłonnych mogliśmy myśleć tylko o jakiejś ogólnej sprawie, odrzucając tem samem schorzenia lokalne. Jakie sprawy tedy mogłyby tu wejść w rachubę? W pierwszej linii więc — sprawy zapalne swoiste — gruźlica i kila; nieswoiste bowiem z powodu braku gorączki nie wchodziły w rachubę. Brak ropienia, przetok, a przedewszystkiem jakichkolwiek zmian gruczołowych w innych narządach i ujemny odczyn W a s s e r m a n n a wyłączały oba te schorzenia. Sprawę nowotworową odrzuciliśmy ze względu na charakter samych guzów (niezrośnięte ze sobą, niezlepione, nietwarde). Pozostały do rozważania ziarnica złośliwa i choroby krwi.

Na podstawie samego badania klinicznego nie mogliśmy definitywnie rozpoznać lub odrzucić jednego z tych cierpień. Ziarnica złośliwa przebiega, co prawda, z gorszym samopoczuciem, okresową gorączką, swędzeniem skóry, diazo-odczynem w moczu. Niemniej jednak na podstawie braku tych objawów wykluczyć ziarnicy złośliwej nie można było, jako że choroba ta może zupełnie nietypowo przebiegać pod różnymi postaciami. Obraz krwi również nie wydawał się przemawiać za ziarnicą. W ziarnicy złośliwej, o ile mamy dużą leukocytozę, stwierdza się raczej neutrofilozę i limfopenię, częściej i eozynofilję — czego w naszym przypadku nie było. Natomiast znaczne wzmożenie liczby komórek jednego gatunku wskazywało raczej na białaczkę. Z samego obrazu krwi, zwłaszcza przy badaniu jednorazowym, także nie można było w tym przypadku z całą pewnością rozpoznania ustalić. Tak mieliśmy jednocześnie na oddziale chorego z posocznicą po przebytej róży, który znajdował się w okresie poprawy, i którego liczba i obraz białych ciałek krwi były zupełnie podobne do obrazu krwi naszego chorego.

Wycieliśmy wobec tego jeden z gruczołów chorego i posłaliśmy do Zakładu anatomo-patologicznego U. W. celem orzeczenia. Stwierdzono: „W preparatach mikroskopowych z nadesłanego gruczołu chłonnego widać zupełne zatarcie normalnej budowy gruczołów, mianowicie, wśród skąpej siateczki znajdują się liczne, nieduże, kuliste komórki ze skąpą zarodnią i dość ciemnym, dużym jądrem. Komórki przylegają do siebie dość ściśle i są mniej więcej jednakowej wielkości; w jądrach wielu komórek widać figury podziału. Prócz tego znajduje się nieco komórek olbrzymich z kilkoma jądrami, przypominających megakarjocyty. Naczynia krwionośne posia-

dają dość silnie rozrosłe śródbłonki, układające się w kilka warstw. Obraz histologiczny jest niecharakterystyczny, lecz może odpowiadać białaczce limfatycznej”.

Dalsza nasza obserwacja pozwoliła definitywnie ustalić rozpoznanie. Przewaga jednego gatunku komórek coraz bar-

dziej się wypuklala i wzrosła w końcu do 76,5% limfocytów we wzorze białych ciałek (p. tabl.). Rozpoznaliśmy więc białaczkę limfatyczną i skierowaliśmy chorego na naświetlanie rentgenowskie*). Stan chorego po kilku naświetlaniach uległ znacznej poprawie.

Przypadek II. Chory M. F.

Data	Erytrocyty	Hgb.	Indeks	Leukocyty	B.	E.	N.	Ml.	Pal.	Segm.	Limf.	Mon.
14.IV	4.220.000	98%	1,16	19.600	0	2	43	2	6	35	55	0
20.IV				19.800	0	1	43	0	7	36	52	4
6.V				18.200	0	1,4	25,8	0	3	22,8	69,2	2,6
16.V	4.520.000	90%	0,99	16.100	0	1,5	25,5	0	2,5	23	72	1
27.V				20.400	0	3	19	0	1	18	76,5	1,5

*) Wykonane w trakcie obserwacji określenie poziomu kwasu moczowego w moczu i we krwi przy dacie bezpu-rynowej wykazało wzmożenie ilości tego składnika; ilość kwasu moczowego w surowicy krwi naczeczno wynosiła 3,7 mgr. %

(metodą Gr i g a u t), w moczu przy dobowej ilości 1,2 ltr. wynosiła 0,315 gr. w 1 litrze (metodą H o p k i n s - F o l i n a), co wskazuje na wzmożony rozpad białych ciałek krwi, obserwowany zazwyczaj w białaczce.

Z prakryki prywatnej

Model rozszerzadeł macicznych własnego pomysłu*).

Podał

D. THURSZ (Warszawa).

Rozszerzadła składają się z dwóch jednolicie ze sobą złączonych części metalowych, niklowanych. Część istotna (a — b) ma 7 centymetrów długości, jest kształtu stożkowatego i budowy falistej, o falach, znajdujących się w jednej płaszczyźnie. Grubość części istotnej rozszerzadła Nr. 1 powiększa się stopniowo, poczynając od wierzchołka a) od 9 do 19 Falière Charrière. Następne trzy rozszerzadła posiadają odpowiednio szerszą grubość, przyczem grubość wierzchołka każdego następnego rozszerzadła odpowiada grubości środkowej części poprzedniego numeru rozszerzadła.

Dodatknie strony tego modelu polegają na tem, że: 1) Za pomocą tylko czterech rozszerzadeł możemy rozszerzyć kanał szyi macicznej do rozmiaru, wystarczającego do usunięcia 3 miesięcznej ciąży. 2) Unikamy przebicia macicy, gdyż te rozszerzadła dzięki kształtowi falistemu zostają w przeciwieństwie do dotychczasowych rozszerzadeł wkręcane, a nie wpychane do kanału macicy. 3) Unikamy pęknięcia szyi macicy, gdyż, wkręcając rozszerzadła, obracamy nimi w kierunku włókien mięśnia okrężnego szyi macicy.

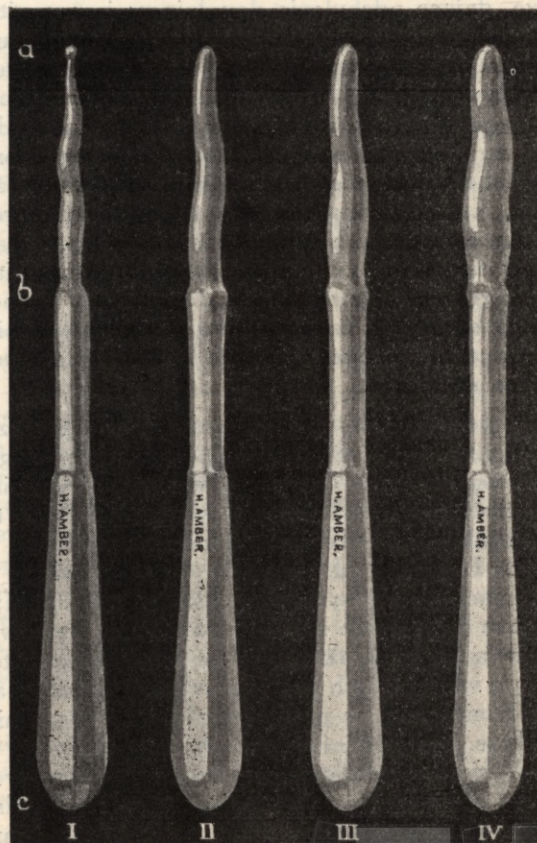
Rozszerzadła te wypróbowałem w większej liczbie przypadków również w przodo- jak i tyłozgięciu macicy — z dodatnim wynikiem.

Docent U. W., H. B e c k wypróbował kilkakrotnie te rozszerzadła również z wynikiem dobrym.

*) Model demonstrowany był na posiedzeniu naukowym W. T. Ginek. dn. 27.X.1932 r.

Model wykonany został przez firmę H. Amber w Warszawie.

Świadectwo ochronne Urzędu Patentowego R. P. Nr. 3298 z dn. 20.XII.1932 r.



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe

Z Państwowego Zakładu Higieny.

Dział Bakterjologii i Medycyny Doświadczalnej.

O serodjagnostyce gruźlicy.

Podąa

Wanda HALBERÓWNA (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 29-30).

Kurt Meyer dowiódł, że substancja prątków gruźlicy, która gra rolę w odchyleniu dopełniacza, jest rozpuszczalna w alkoholu, a nierozpuszczalna w acetonie, w benzolu, w eterze i w eterze naftowym. Substancją tą są fosfatydy, natomiast tłuszcze, kwasy tłuszczowe i wosk nie odgrywają w tych odczynach żadnej roli. Jako substancje antygenowe prątków Kocha wchodzi, zdaniem Pinnera, w grę białka, lipoidy, węglowodany i tłuszcze obojętne, przyczem każdej z tych substancji przypada inna rola w patogenezie i w procesach odpornościowych gruźlicy.

Ciała białkowe, zastrzyknięte zwierzętom zdrowym, wywołują swoiste ciała odpornościowe, które są jednak zasadniczo różne od ciała powstających przy naturalnem zakażeniu gruźliczem. Ciała białkowe wywołują odczyny tuberkulinowe, stanowią one właściwą tuberkulinę. Na zasadzie prac badaczy amerykańskich (Long, Zinsser, Dienes i Seibert) czynną substancją tuberkuliny jest białko. Za pomocą tuberkuliny, przyrządzonej przez ultrafiltrację, można z łatwością wywołać u zwierząt zdrowych ciała odpornościowe, dające odchylenie dopełniacza i precypitację, surowice takie nie zawierają jednak antytuberkuliny. W ten sposób zostało, zdaniem Pinnera, ostatecznie rozstrzygnięte, że tuberkulina jest pełnowartościowym antygenem. Jednakże Long i inni badacze uważają, że sprawa ta wymaga jeszcze dalszego opracowania. Tuberkulina nie uodparnia przeciwko gruźlicy, zwierzęta, którym zastrzykiwano tuberkulinę nawet w ciągu kilku miesięcy, chorują po zakażeniu gruźlicą zupełnie tak samo, jak zwierzęta kontrolne. Ciała białkowe nie odgrywają w odchyleniu dopełniacza żadnej, a w precypitacji prawie żadnej roli. Im radykalniej białko jest oczyszczone od lipoidów, tem bardziej jest ono serologicznie nieczynne.

Lipoidy, wyodrębnione zapomocą rozpuszczalników, mają zdolność wiązania dopełniacza; wyciągi takie zawierają większą lub mniejszą domieszkę białka. Lipoidy chemicznie czyste, jak lecytyna, kefalina i t. p., podobnie jak kwasy tłuszczowe, nie mogą służyć jako antygeny. Lewis dowiódł, że tylko te frakcje wiążą dopełniacz, które są rozpuszczalne w alkoholu; zawierają one przeważnie znaczną domieszkę węglowodanów, a zwłaszcza pentoz. Jednakże węglowodany te nie decydują o własnościach antygenowych. Własności antygenowe lipoidów są w próbie odchylenia dopełniacza tem większe, im bardziej są pozbawione domieszki białkowej. Wyciągi alkoholowe prątków gruźlicy wywołują u zwierząt ciała odpornościowe, odchyłające dopełniacz z wyciągami alkoholowymi, a nie z białkami. Zdaniem Pinnera, wyciągi alkoholowe, nawet pozbawione domieszki białkowej, są zatem pełnowartościowymi an-

tygenami. Wyciągi alkoholowe nie działają, jak tuberkulina.

Zinsser i Müller, Anderson, Laidlow i Dudley wyodrębnili z prątków Kocha substancje węglowodanowe, które dają z surowicami zwierząt, uodpornionych pełnymi prątkami Kocha, precypitację jeszcze w rozcieńczeniu 1/2,000,000. Ciała te są biologicznie nieczynne; nie dają one odczynów tuberkulinowych i nie wywołują ciał odpornościowych. Nie są to antygeny pełnowartościowe, lecz hapteny. U zwierząt uczulonych mogą wywołać wstrząs anafilaktyczny.

Tłuszcze obojętne tylko w rzadkich przypadkach dają odchylenie dopełniacza z surowicami gruźlików i tylko w połączeniu z białkami prątków gruźlicy mogą u zwierząt zdrowych wywołać ciała odpornościowe. Ciała te nie mają funkcji tuberkuliny.

Widzimy, że, aczkolwiek cel praktyczny dotychczasowych badań nie został osiągnięty, to jednak wyłoniły się bardzo ciekawe zagadnienia natury teoretycznej. Tak np. stwierdzono, że przeciwciała, które powstają w ustroju chorego człowieka lub zwierzęcia, są odmienne od tych, które powstają pod wpływem uodpornienia zarazkami zabitemi. Podczas gdy u osobników szczepionych powstają przede wszystkim przeciwciała dla substancji białkowych (Dienes i jego współpracownicy) i dla wielu innych antygenów cząsteczkowych, to u chorych powstają przede wszystkim przeciwciała dla fosfatydów; brak zaś jest całkowicie przeciwciał dla substancji białkowych. Stwierdzono również, że surowice chorych, które dają odchylenie dopełniacza z antygenem gruźliczym nieraz w 90% przypadków, reagują z tuberkuliną niezmiernie rzadko, podczas gdy surowice zwierząt uodpornionych reagują z tuberkuliną i z antygenem gruźliczym jednakowo często.

Ostatnio wprowadzili Nagell, Meinicke i Haag i Dane jako metodę dżagnostyczną do gruźlicy t. zw. metodę centryfugową Meinickego. Jako antygenu swoistego używają autorzy antygeny Witebskiego, Klingensteina i Kuhna, pozatem wzorcowego antygeny Meinickego, który stanowi nierozpuszczalny w eterze, a rozpuszczalny w alkoholu wyciąg z mięśnia sercowego wołu z dodatkiem balsamu tolujańskiego i błękitu Wiktorja. Antygen ten rozcieńcza się 3,5% solą kuchenną. W przypadkach dodatnich powstaje po odwirowaniu niebieski osad, który po odciągnięciu płynu i po odwróceniu probówki do góry dnem zostaje jak gdyby przylepiony do dna, podczas gdy w przypadkach ujemnych osad ścieka po ścianach. Zdaniem autorów, odczyn ten daje bardzo dobre wyniki zarówno ze względu na czułość, jak i na swoistość. Dobre wyniki daje również, zdaniem Meinickego, wprowadzona przez niego ostatnio mikro-reakcja. Należy podkreślić, że odczyn ten jest technicznie bardzo łatwy i może być wykonany w każdym szpitalu, pozbawionym dobrze urządzonych pracowni — co zdaniem autora bardzo przemawia na korzyść tej metody.

Jak wspomniano wyżej, największą trudność stanowi otrzymanie takich antygenów, któreby w próbie

odchylenia nie reagowały z surowicami kiłowymi. Różni autorzy starali się w rozmaity sposób tego uniknąć. *Besredka* działał na antygen gruźliczy eterem.

Niektórzy autorzy radzą nastawiać jednocześnie odczyn *Wassermann*a, jeżeli obydwa odczyny są dodatnie, to należy wynik uważać za niemiarodajny. *Renoux* podaje następujący sposób, umożliwiający odróżnianie surowic kiłowych od gruźliczych. Do surowicy kiłowej należy dodać 9-krotną ilość wody destylowanej i niewielką ilość antygeny kiłowej, przygotowanego podług *Bordet-Roulena*s, następnie przepuścić kwas węglowy, pod wpływem czego wypada frakcja euglobulinowa. Tę frakcję rozpuszcza się w soli fizjologicznej, pozostałe zaś frakcje albuminową i pseudoglobulinową doprowadza się do izotonji za pomocą 9% roztworu soli kuchennej. W surowicach gruźliczych przeciwciała występują we frakcji albuminowo-pseudoglobulinowej, zaś w surowicach kiłowych we frakcji euglobulinowej. Przy zakażeniu mieszanem można stwierdzić przeciwciała w obydwu frakcjach. *Witebski* stara się odróżnić surowice kiłowe od gruźliczych przez ogrzewanie. Przeciwciała kiłowe ulegają zniszczeniu przy 62 — 64°, podczas gdy przeciwciała gruźlicze znoszą ogrzewanie do 65 — 67°. Przeciwciała gruźlicze są więc bardziej ciepłostalne, niż przeciwciała kiłowe.

Oprócz odczynów nieswoistych należy jeszcze wziąć pod uwagę t. zw. przez *Witebskiego* odczyny „niecharakterystyczne”, które polegają na tem, że między zarazkami, wywołującymi dane schorzenia istnieje podobieństwo serologiczne. Już *Massol* wykazał, że prątki gruźlicy są pod względem antygenowym, bardzo zbliżone do prątków błonicy. Zamiast antygenów z prątków gruźlicy można do odchylenia dopełniacza używać antygenów z prątków błonicy. Serologicznie niepodobna obu tych schorzeń odróżnić. Pozatem wiadomo, że prątki gruźlicy są bardzo zbliżone do zarazków trądu. Odczyny gruźlicze są w tem schorzeniu prawie zawsze dodatnie. Z antygenami gruźliczymi reagują również bardzo często surowice chorych na malarję. Pewien odsetek dodatnich odczynów dają również surowice rzeżączkowe i rakowe. *).

Oprócz metod odchylenia dopełniacza, które zostały wprowadzone, należy również wspomnieć o dwóch metodach precypitacyjnych, podanych przez *Schlossbergera* i przez *Lehmanna-Faciusa* i *Loeschkego*. *Schlossberger* stosuje do odczynu dwa wyciągi: jeden wyciąg antyforminowy prątków gruźlicy, drugi roztwór alkoholowy lecytyny. W przypadkach dodatnich powstaje męt, który przechodzi w strąty, przyczem płyn przeświecla się całkowicie. *Lehmann-Faciuse* i *Loeschke* przygotowują antygeny z zserowaciałych gruczołów limfatycznych. Zdaniem autorów, własne białko ustroju zamienia się pod wpływem zakażenia gruźliczego w białko ustrojowoobce i tem samem nabiera własności antygenowych. Autorzy twierdzą, że przeciwciała powstają nie przeciwko prątkom gruźlicy, lecz przeciwko zmienionej tkance. Jednakże zdaniem innych autorów, wartość antygenowa tkanek gruźliczych jest ściśle zależna od obecności prątków *Koch*a.

Należy z zadowoleniem stwierdzić, że wysiłki tych licznych badaczy, dążących do opracowania serodjagnostyki gruźlicy nie poszły na marne, gdyż, jak wykazuje doświadczenie lat ostatnich wyniki są coraz lepsze,

*) (Halberówna i Szwojnica, praca nie ogłoszona).

i klinika będzie mogła na nich się oprzeć, podobnie jak na odczynie *Wassermann*a w przypadkach kiły. Z pośród wymienionych odczynów odchylenia dopełniacza największe zastosowanie w praktyce znalazły metody *Besredki*, *Klopstocka* i *Neuberga* i *Witebskiego*, *Klingensteina* i *Kuhna*. Jako odczyny uzupełniające powinny być wprowadzone, technicznie tak łatwe, odczyny *Meinickego*.

Ponieważ ostatnio opracowane odczyny odchylenia dopełniacza dają do 90% wyników dodatnich w przypadkach gruźlicy, chodź autorom o to, aby ostatecznie rozstrzygnąć, czy mamy tu rzeczywiście do czynienia z odczynem swoistym, czy też w dalszym ciągu tylko z chwiejnością. Otóż znane są w serologii metody, które pozwalają na rozstrzygnięcie tego zagadnienia. Sposób względnie prosty polega na tem, że dany odczyn nastawia się nie tylko z surowicami gruźliczymi, ale i z całym szeregiem innych surowic. Do kontroli należy jednak wziąć nie surowice ludzi zdrowych, lecz surowice innych chorych, które również wykazują łatwiejszą wypadalność globulin. Jeżeli odczyn wypadnie dodatnio tylko z surowicami gruźliczymi, a z innymi surowicami będzie ujemny, to można wnioskować, że wchodzi tu w grę swoiste połączenie antygeny z przeciwciałami. Jeżeli natomiast inne surowice dadzą taki sam odsetek dodatnich odczynów, jak surowice gruźlicze, to można sądzić, że wchodzi tu w grę tylko chwiejność. Pozatem istnieje drugi sposób, bardziej skomplikowany. Jest to próba *Ehrlicha*, *Morgenrotha* i *Castellanaiego*, która opiera się na tem, że tylko antygen homologiczny wiąże swoiste przeciwciała. Z takiego kompleksu antygen + przeciwciała można w pewnych warunkach wydobyć t. z. przeciwciała czyste, gdyż związek antygeny z przeciwciałem jest odwracalny. Otóż za pomocą tej metody stwierdzono, że surowice gruźlicze zawierają swoiste przeciwciała dla prątków *Koch*a. Do absorpcji używa się antygeny homologicznego. Jeżeli np. odczyn gruźliczy występuje naskutek zakażenia kiłowego, to po absorpcji antygenem kiłowym znika zarówno odczyn *Wassermann*a, jak i odczyn gruźliczy. Jeżeli natomiast każdy z odczynów jest wywołany przez czynnik etjologiczny, to po absorpcji jednym antygenem znika tylko odczyn homologiczny, drugi zaś pozostaje bez zmiany. *Witebski*, *Klingstein* i *Kuhn* podają, że udało im się zapomocą tej metody w jednym przypadku stwierdzić jednocześnie zakażenie gruźlicze, kiłowe i rzeżączkowe.

Swoiste przeciwciała występują w surowicy niezależnie od chwiejności globulinowej. Obie te funkcje mogą występować równolegle, lub niezależnie. Po przebyciu gruźlicy np. zanika chwiejność, a przeciwciała mogą istnieć jeszcze przez bardzo długi czas. W innych natomiast przypadkach, np. w gruźlicy kości lub skóry, występuje chwiejność, podczas gdy odczyny serologiczne są przeważnie ujemne. Dlatego też niektórzy autorzy twierdzą, że w pewnych postaciach gruźlicy odczyny chwiejne mają klinicznie większą wartość, niż swoiste odczyny serologiczne.

Ponieważ stwierdzony został fakt, że w ustroju ludzkim powstają pod wpływem zakażenia gruźliczego swoiste ciała odpornościowe, dające *in vitro* odczyny serologiczne, należy się obecnie zastanowić nad tem, czy występują one we wszystkich przypadkach schorzenia gruźliczego i jak długo utrzymują się w surowicy. Wszyscy autorzy jednogłośnie podają, że ciała dające

dodatknie odczyny serologiczne występują najczęściej u dorosłych, dotkniętych gruźlicą płuc. Odsetek dodatknych odczynów dochodzi w tych przypadkach do 80 — 90%; w przypadkach gruźlicy kości do 30%, a w gruźlicy skóry odsetek jest jeszcze znacznie niższy. Również i we wczesnych schorzeniach u dzieci odczyn ten bywa prawie zawsze ujemny.

Ciała odpornościowe utrzymują się w surowicy czasem bardzo długo, nawet po zupełnym wyleczeniu. Stanowi to raczej analogję do odczynu *W i d a l a*, niż do odczynu *W a s s e r m a n n a*. Należy się jednak liczyć z możliwością, że w niektórych przypadkach, pomimo pozornego wyleczenia, prątki gruźlicy w dalszym ciągu się rozmnażają i pobudzają ustrój do wytwarzania ciał odpornościowych.

Mogą tu również wchodzić w grę t. zw. odczyny „anamnestyczne”, które się w danym przypadku wyrażają w tem, że nawet pod wpływem bodźca nieswoistego a więc każdego schorzenia, które wywołuje rozpad tkanek i przyspiesza opadanie krwinek, zjawiają się nanowo ciała odpornościowe dla prątków *K o c h a*, które już kiedyś istniały, lecz pod wpływem wyleczenia znikły z krwiobiegu. Istnienie przeciwciał w tych przypadkach jest naogół bardzo krótkotrwałe.

Badacze twierdzą, że obecność przeciwciał nie wpływa na przebieg zakażenia i na czas trwania choroby, nie mają one w ścisłym tego słowa znaczeniu działania bakterjobjęczego, gdyż często spotyka się, zwłaszcza w płynach wysiękowych opłucny obok przeciwciał i żywe prątki gruźlicy. Zdarza się nawet dość często, że i we krwi sekcyjnej istnieją przeciwciała o bardzo wysokim mianie.

Zdaniem *P e s c h a* i innych badaczy niema żadnej współzależności między obecnością lub nieobecnością ciał, dających odchylenie dopełniacza, a krzywą temperatury, obecnością prątków gruźlicy i opadaniem krwinek. Należy również podkreślić, że odczyny serologiczne nie mają żadnego związku z odczynem tuberkulinowym. Przemawia za tem chociażby i ten fakt, że odczyn tuberkulinowy występuje u dorosłych tak często, podczas gdy odczyny serologiczne są zjawiskiem rzadkiem. Nadwrażliwość na tuberkulinę tłumaczy się zwykle w ten sposób, że prawie wszyscy ludzie, stykają się w dzieciństwie z prątkiem gruźlicy, który jednak nie zawsze wywołuje schorzenie. Otóż taki słaby bodziec wystarcza do wywołania alergii, lecz nie wystarcza do wywołania odczynów humoralnych w ustroju.

W sprawie istnienia przeciwciał w surowicy wyraził się *W a s s e r m a n n* w sposób następujący: „Człowiek z dodatnim odczynem serologicznym kryje w sobie nie tylko prątki gruźlicy, ale i tkankę gruźliczą, która się wchłania, i na którą ustrój reaguje w sposób swoisty. *K l o p s t o c k* zaś sformułował swój pogląd nieco inaczej: „Nadwrażliwość na tuberkulinę wskazuje, że ongi odbyła się walka między ustrojem a zarazkiem gruźlicy, podczas gdy odczyn serologiczny jest wyrazem tego, że walka ta jeszcze się nie skończyła”.

Na pytanie, jaką wartość przedstawiają odczyny serologiczne dla klinicysty, czy mają one wartość diagnostyczną czy prognostyczną, należy, zdaniem *C a l m e t t e* i innych, odpowiedzieć, że dodatni odczyn serologiczny jest przeważnie wyrazem gruźlicy czynnej i w tym sensie ma wartość diagnostyczną, odczyny te nie posiadają natomiast żadnej wartości prognostycznej. Ujemny odczyn serologiczny jest w późniejszych okresach choroby przeważnie wyrazem charactwa,

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jedną sprawę, a mianowicie, że ujemne odczyny mogą być nieraz spowodowane błędami technicznymi. *C a l m e t t e* i *M a s s o l* podkreślają, że surowice gruźlicze, zwłaszcza o wysokim mianie, zawierają ciała hamujące i dają t. zw. zonę zahamowania, i dlatego nieraz się zdarza, że przy użyciu większych dawek surowicy odczyn jest ujemny, a przy użyciu mniejszych dawek odczyn jest dodatni. Poza tem wielu autorów zwraca uwagę na to, że powinowactwo przeciwciał gruźliczych do antygenu homologicznego jest bardzo słabe. Podczas gdy np. w odczynie *W a s s e r m a n n a* wystarczy 30—45 minut do związania dopełniacza, to w odczynie gruźliczym potrzeba znacznie więcej czasu i dlatego też niektórzy autorzy radzą pierwszą część odczynu wykonać w chłodni, i trzymać 4 godz. przy 4°. Inni autorzy radzą trzymać 1 godz. w cieplarni, a następnie 1 — 2 godziny w temperaturze pokojowej. *G o l d e n b e r g*, *G e l l e r*, *H e k t o e n* i inni pokreślają fakt, że przy zakażeniu gruźliczem ogromnie wzrasta miano hemolitycznych surowicy dla krwinek barana, co może również wpłynąć na wynik odczynu. Widzimy więc, że na odsetek dodatknych odczynów mogą nieraz wpływać czynniki wtórne, niezależne ani od doboru antygenów, ani od obecności lub nieobecności ciał odpornościowych w surowicy.

Ciała odpornościowe występują nie tylko w surowicy, ale i w innych płynach ustrojowych, a przede wszystkim w wysiękach. Istnieje jednak duża współzależność między mianem przeciwciał w surowicy i w wysiękach. Zdarza się bowiem bardzo rzadko, aby przeciwciała istniały w wysięku, a były nieobecne w surowicy. Niektórzy autorzy podają, że przeciwciała istnieją również w ropie, w płwocinie i w moczu. Można również w niektórych przypadkach stwierdzić obecność przeciwciał w płynach mózgowych, lecz wobec tego, że okres choroby trwa zbyt krótko, aby one mogły powstać czynnie, należy przypuścić, że pochodzą one z surowicy.

Oprócz metod serologicznych, umożliwiających stwierdzenie ciał odpornościowych w płynach ustrojowych i w wydalinach chorych, stosuje się również dla celów diagnostycznych metody stwierdzania antygenów w tychże płynach i to nie tylko za pomocą metod bakterjoskopowych lub bakterjologicznych, lecz również metod serologicznych i biologicznych. *D e S i m o n e* podaje, że udało mu się stwierdzić antygen gruźliczy we łzach dzieci chorych. Izy takie, użyte jako antygen, dają dodatni odczyn odchylenia dopełniacza z surowicami chorych na gruźlicę. *T a k a h a t a* otrzymywał takie same wyniki z moczem chorych na gruźlicę dróg moczopłciowych. *K l o p s t o c k* przygotowuje wyciągi alkoholowe z moczu chorych, które mogą służyć jako antygeny do odchylenia dopełniacza z surowicami gruźlików. Antygeny gruźlicze można wykryć w płynach ustrojowych również za pomocą odczynów skórnych. *G r a c i a n o* podaje, że za pomocą mleka kobiet gruźliczych, odpowiednio zagęszczonego, udało mu się u gruźlików wywołać odczyn śródskórny. *W i n d b o l c* stwierdził, że mocz gruźlików wywołuje podobne odczyny, jak tuberkulina. Podobne odczyny dają, zdaniem *I m h o f a*, surowice gruźlików.

Może zastosowanie i tych metod, obok wyżej wymienionych metod odchylenia dopełniacza, przyczyni się w przypadkach wątpliwych do ustalenia właściwego rozpoznania.

Oceny książek.

Dr. H. OLIVECRONA (Sztokholm). **Die parasagittalen Meningeome.** (Str. 143 z 145 rycinami. r. 1934, wyd. Georg Thieme Lipsk).

We wstępie zwraca autor uwagę, iż liczne prace o symptomatologii guzów rozmaitych okolic mózgu mało uwzględniają rodzaj nowotworu. Obraz chorobowy w guzach mózgu jest jednakże równie silnie uwarunkowany przez budowę histologiczną, jak i przez ich położenie. Dlatego słusznie podkreślał już przed laty C u s h i n g, że niezbędnym jest przestudjować symptomatologję rozmaitych rodzajów guzów mózgu w typowej ich lokalizacji. Z tego punktu widzenia rozpatruje autor swój materiał. Po omówieniu danych historycznych, częstości i umiejscowienia oponiaków, wyodrębnia oponiaki 1) przedniej trzeciej części zatoki, 2) środkowej trzeciej części, 3) tylnej trzeciej części i 4) wychodzące z sierpa. Następnie szkicuje obraz anatomopatologiczny i kliniczny poszczególnych oponiaków, z kolei opisuje technikę operacyjną, powikłania pooperacyjne, wyniki operacji, wreszcie przytacza piśmiennictwo. Określenie „meningeoma” zostało wprowadzone przez C u s h i n g a w r. 1922 dla tych guzów opon mózgowych, które dawniej znane były pod rozmaitemi nazwami, jak *endothelioma*, *psammoma*, *fibroma* i t. d. *durae matrix*. Wyraz „*Parasagittales Meningeom*” (oponiaki przysrzalkowe) spotykamy po raz pierwszy u C u s h i n g a jako określenie guzów, rozwijających się w kącie pomiędzy zatoką i sierpem. Autor, zgodnie z E l s b e r g i e m, rezerwuje nazwę „oponiaki przysrzalkowe” dla tych nowotworów, które przylegają do opony bezpośrednio u brzegu zatoki, bądź na samej ścianie zatoki, bądź wreszcie na sierpiu (*falx*). Natomiast guzy, leżące przysrzalkowo, przy których pozostawiony zostaje szerszy lub węższy kawałek opony twardej pomiędzy zatoką a guzem, zalicza O. do oponiaków półkuł. Do przysrzalkowych oponiaków zalicza autor również i oponiaki, wyodrębnione przez C u s h i n g a w grupę osobną, które przyczepiają się do opony twardej jedynie za pośrednictwem sierpa. W statystyce O. z r. 1933 stanowią oponiaki 15,8%. Zdarzają się głównie w wieku średnim (30—50 r. ż.). Symptomatologicznie są to powoli rosnące guzy, co pozwala mózgowi na dostosowanie się, następstwem czego guzy te dochodzą do dużych rozmiarów, zanim wystąpią objawy. Ucisk na żyły i naczynia włosowate powoduje zastój żylny; ma to znaczenie dla większego lub mniejszego występowania objawów ubytkowych, niezależnie od wielkości guza. Stąd zdolne są one w dużym stopniu do cofania się po zabiegu. Do zespołu przedniej 1/3 części zatoki należą: 1) długa historia choroby (rok i więcej), rozpoczynająca się bólami głowy; 2) psychiczne zaburzenia zmiennej natury i rodzaju; 3) lekkie ośrodkowe osłabienie n. VII; 4) obustronna zastoina, z silniejszym upadkiem wzroku po str. guza; *hyposmia* lub *anosmia* zwiększa znaczenie tego objawu. Do zespołu środkowej 1/3 cz. zatoki należą: 1) długa historia choroby, której wstępem jest powoli postępujące porażenie dolnej, rzadziej górnej kończyny; często Jackson, 2) objawy ogólne uciskowe występują stale później od objawów miejscowych i są nieznaczne. Do zespołu tylnej 1/3 cz. zatoki należą: 1) długa historia choroby, rozpoczynająca się niekiedy podmiotowym niedowidzeniem połowiczem, oraz, gdy guz jest lewostr., niemotą czuciową; 2) niedowidzenie jednoimienne występuje z reguły w najrozmaitszym stopniu, 3) zaburzenia czucia są częste, jeśli guz leży w przednim odcinku tylnej 1/3 cz. zatoki; 4) w guzach lewostr. często zdarza się niemota czuciowa z aleksją i agrefją. Oponiaki sierpa nie dają charakterystycz-

nego zespołu i zależne są od ściślejszego umiejscowienia. Ważna jest w tych przypadkach encefalografia, która w tylnych guzach może wykazać blokadę otworu M o n r o i. Rozdział ostatni omawianej książki, ozdobiony licznymi, nadwyróżnionymi rycinami, tak, jak zresztą całe dzieło, poświęca autor technice operacyjnej, z którą zapoznać się może czytelnik jedynie w oryginale. Z 33 operowanych przez autora chorych zmarło 5, co stanowi 15,2%. Niebezpieczeństwo operacyjne w oponiakach przysrzalkowych jest więc wzgl. niewielkie. Naskutek wznowy zmarło 10%, w 50% było całkowite lub prawie całkowite wyzdrowienie, w 25% wyzdrowienie z defektem. Monografię O l i v e r o n a y, jednego z przodujących neurochirurgów, możemy gorąco polecić zarówno chirurgom, jak i neurologom. E. H e r m a n.

A. GIRAUD. **Klinika gruźlicy płuc u dorosłych**—przełożył dr. Henryk Szpidbaum. Polskie Wyd. Lek. „Ars Medici”. Warszawa r. 1934, str. 390, 319 tablic radiograficznych i 21 rycin).

Mniej lub bardziej zawila klasyfikacja postaci klinicznych gruźlicy płuc, od czasu do czasu zalecana przez rozmaitych klinicystów, chybia celu, gdyż, dążąc do możliwie najpełniejszego objęcia wszelakich postaci, komplikuje zazwyczaj sprawę zamiast ją upraszczać. Fizjolog, zastanawiający się nad zagadnieniem właściwego ujmowania całokształtu przejawów gruźlicy płuc, doznaje nieraz conajmniej uczucia pewnego kłopotu, gdy jest zmuszony posilkować się tą, czy inną klasyfikacją. Zrozumiałe więc jest dążenie autora, który „do prac analitycznych” dotychczasowych pragnie dorzucić „szkie, poświęcony uproszczonej syntezie” (patrz przedmowę), by pomóc „lekarzowi w ustalaniu podstawowych rodzajów anatomiklinicznych gruźlicy płuc”. W tym celu autor bierze za punkt wyjścia swych rozważań klinicznych obecnie przyjęty niemal ogólnie podkład anatomiczny zmian gruźliczych w płucach — zapalenie pęcherzyka (*alveolitis*) i ognisko zapalenia płuc (*bronchopneumonia*) i sprowadza do nich niemal wszystkie postaci kliniczne gruźlicy płuc. Rzecz jasna, że w toku swych rozważań, zwłaszcza rozpoznawczych, musi zatrać o badanie fizykalne. I tu uderza wybitnie ujemne ustosunkowanie się do tego rodzaju badania. Króciutki, nieco więcej, niż jedną stronicę, zajmujący rozdział p. t. „znaczenie metody opukowej w rozpoznawaniu gruźlicy płuc” został, jak się dowiadujemy z przypisku, „specjalnie napisany” na prośbę tłumacza dla wydania polskiego. To charakteryzuje dosadnie stosunek autora do tych podstawowych metod naszego badania w przeciwstawieniu do metody rentgenowskiej, którą wysuwa wszędzie na plan pierwszy! Wprawdzie przy omawianiu poszczególnych postaci gruźlicy płuc autor wymienia pokrótce objawy fizykalne, mniej lub więcej charakterystyczne, nie uważa więc ich najwidoczniej za całkowicie pozbawione wszelkiej wartości kliniczno-rozpoznawczej, odbiera się jednak wrażenie, że nie są to czynniki szczególnie ważne w rozpoznawaniu choroby. Z „krytyki metody osłuchowej” czytelnik, niedostatecznie przygotowany klinicznie, mógłby wyprowadzić fałszywy, może nawet dla autora niepożądany wniosek, że nie warto zbyt dokładnie opukiwać i osłuchiwać chorego przy badaniu, skoro metoda rentgenowska „w ogromnej większości przypadków daje *maximum* wskazówek z największą dokładnością”. Nie osłabi tego wrażenia późniejsza uwaga autora, że „metoda osłuchowa nie powinna być uważana za zbędną i przestarzałą”. „Zdaje sobie sprawę — powiada, — że metoda osłuchowa jeszcze długo będzie miała gorliwych obrońców”. Trudno w ocenie książki polemizować z autorem, który przytem nie może się bronić, sądząc zresztą, że obrona metod badania fizykalnego na łamach pisma lekar-

skiego nie jest szczególnie potrzebna. Należy tylko zdać sobie sprawę z tego, czego możemy się spodziewać od tego sposobu badania, z tem zastrzeżeniem, że badający opanował technikę badania i krytycznie się odnosi do otrzymywanych wyników. Niedoskonałość naszych sposobów badania i wielka wartość rentgenoskopji nie mogą być powodem do lekceważenia tego, co nam częstokroć oddaje niespożyte usługi przy łóżku chorego. Poza temi uwagami krytycznymi należy zaznaczyć, że autor stara się konsekwentnie przeprowadzić swą główną tezę uproszczonego ujmowania postaci ostrych, gruźlicy włóknisto-serowatej i włóknistej. Omawia (wszystko po krótku, szkicowo) powikłania, rokowanie, rozpoznanie i rozmaite rodzaje leczenia. W rozdziale, poświęconym „postaciom o odrębnym umiejscowieniu”, rozpatruje: umiejscowienie szczytowe, u podstawy płuc, gruźlicę węzkową, gruźlicze zapalenie płatowe, i „co najoryginalniejsze, zajęcie opłucny”. O ile na podkreślenie zasługuje krótkie, lecz treściwe omówienie spraw międzypłatowych i przybrzuszowych, o tyle zbyt pobieżne potraktowanie zapaleń opłucny, zwłaszcza wysiękowych, robi wrażenie czegoś niedokończonego. Bardzo słusznie ujęta została sprawa ciąży w gruźlicy płuc, przyczem autor rozważa rozmaite możliwości wzajemne tych dwu stanów, dając wskazówki, jak, zdaniem jego, winien zachować się ftizjolog. Autor stoi na stanowisku, że ciąża nie jest obojętna dla gruźlicy płuc w niektórych jej postaciach, i że przerwanie ciąży może dodatnio wpłynąć na pogarszający się niekiedy w tych razach stan płuc. Nie pominięta została i gruźlica prosówkowa: dobrze jest tu przedstawiona patogeniza, nieco po macoszemu klinika. Rozpoznanie różniczkowe i rokowanie potraktowane są z właściwą ostrożnością i zdradzają, jak zresztą cała książka, duże doświadczenie i zmysł krytyczny autora. To samo przejawia się i w rozdziale, poświęconym leczeniu gruźlicy płuc w jego rozmaitych rodzajach. Przekład książki dobry. Miałbym tylko zastrzeżenia przeciwko takim wyrażeniom, jak „oddech jamisty” (m. in. str. 45), gdy winno być

„jamowy”, jak zresztą tłumacz w dalszych ustępach mówi o „zespole jamowym”. Podobnie razi „płat obkurczony” (str. 174 i inne). Strona zewnętrzna wydawnictwa bez zarzutu.

M. G a n t z.

V. FISCHL i H. SCHLOSSBERGER. *Handbuch der Chemotherapie*. II cz. Metallderivate. 1934 r. Fischers Med. Buchh. Lipsk. str. 898.

Śmiało możnaby nazwać to dzieło świadectwem niesłychanej pracy całych pokoleń lekarskich na ciernistej drodze szukania środków zwalczania najprostszych dolegliwości ludzkich. Niema chyba środka, którego by w tej, czy innej kombinacji przez czas dłuższy, czy krótszy nie stosowano, czy nie próbowano w licznych chorobach, trapiących ludzkość. Ciągła pogoń za nowymi i ciągly powrót do dawno zapomnianych środków chemicznych, niekiedy stosowanych w zaraniu dziejów, krótko lub dłużej trwające optymistyczne nastawienie względem wielu z nich i wkrótce potem całkowite porzucenie ich jako bezwartościowych, by znowu po pewnym czasie wrócić do nich w nieco zmienionej formie — oto treść części historycznej rozdziałów, poświęconych pochodnym metali: arsenu, antymonu, bismutu, jodu, miedzi, srebra, złota, rtęci, metali rzadkich i innych elementów. W każdym pozatem rozdziale znajdujemy przegląd literatury, farmakologję i toksyczność, nowoczesne ujęcie własności leczniczych każdego z tych metali i ich pochodnych w związku z budową chemiczną. W wielu miejscach znajduje się podkreślenie faktu, że niezawsze budowa ściśle odpowiada przewidywanym właściwościom farmakologicznym. Niepodobna streścić nawet najbardziej, pobieżnie książki o tak niebywale bogatej zawartości. Prawdziwie benedyktyńskiej trzeba było pracy do zebrania tego materiału i piśmiennictwa. Jest to niezbędny wprost podręcznik dla tych, którzy pracują nad chemoterapią w rozmaitych jej przejawach.

M. G.

Wskazówki praktyczne

Przepis na *przeciwnilny plynny plaster lepki*: Rp. *Jo-thioni* 5,0; *Collod. elast.* 95,0. (Pharmaceut. Zeitung Rocz. 79. N. 48).

—o—

W. K u n t z e stosuje *Evipan - Natrium* w *psychiatrii* do uspokojenia bardzo podnieconych chorych, do ich transportu i do przygotowania do karmienia przez zgłębnik. (M. m. W. 1934, N. 25).

—o—

S c h l o s s b e r g e r i K r u m e i c h na zasadzie ankiety, dotyczącej epidemji choroby *Heine - Medina* z r. 1932 w Niemczech, zaznaczają, że surowica ozdrowieńców, zastosowana w okresie istniejących już porażek, nie jest w stanie ich usunąć. Natomiast okazało się, że zastosowanie tej suro-

wicy w okresie wczesnym daje zupełny powrót do zdrowia. (Klin. Woch. 1934, N. 25).

—o—

P u r j e s z podaje nową *próbę żółdkową* za pomocą *alizaryny*: po śniadaniu alkoholowo - alizarynowem w przypadkach prawidłowej kwasoty i nadkwaśności moczu zabarwia się na czerwono, w przypadkach podkwaśności — na żółto. (Kl. Woch. 1934, N. 25).

—o—

S c h l i t t l e r stwierdzał w *migdałkach*, usuniętych z powodu powiększonych gruczołów chłonnych na szyi (*Lymphomata colli*), zmiany gruźlicze i widzi w wyluszczeniu migdałków środek, prowadzący do wstecznego rozwoju gruźliczych szyjnych gruczołów chłonnych. (Schw. m. W. 1934, N. 26).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia 1934 roku.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 79, wprowadzonych gości 28.

C z ę ś ć n a u k o w a.

1. Protokoły posiedzeń z dnia 12 grudnia i 19 grudnia 1933 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s przedstawił wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. P r z y ł ę c k i St. wygłosił odczyt p. t.: „Kwas moczowy i jego losy w ustroju ludzkim” (streszczenia nie nadesłał).

Posiedzenie naukowe zakończono.

Posiedzenie z dnia 23 stycznia 1934 roku.

Obecnych członków T-wa 64, wprowadzonych gości 31.

1. Kol. P r e z e s wita nowoprzyjętych członków T-wa i wręcza im dyplomy.

2. Kol. C h o d k o w s k i (członek Towarzystwa) przedstawił przypadek *raka stercza*.

Przypadek dotyczył mężczyzny lat 56 z zawodu żebraka. Przybył od dnia 31.10.1933 r. do Szpitala Dz. Jezus ze skargami na bóle w plecach. Bóle zjawiały się jakoby przed trzema tygodniami. Badaniem klinicznym stwierdzono: upośledzenie stanu odżywiania, brak podwyższonej ciepłoty, objawy rozedmy płuc. Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Röntgena wykonało 10.11 tegoż roku obok objawów rozedmy ujawniło w obu polach płucnych i szczytach bardzo liczne „nacieczenia ogniskowate i smugowate”, powiększenie i zagęszczenie cieni węzkowych, rozszerzenie tętnicy głównej i powiększenie poprzecznego wymiaru serca. Parokrotne poszukiwanie prątków gruźlicy w płwocinie wypadło ujemnie. Skarg ze strony narządów moczopłucnych nie było. Klinicznie rozpoznano gruźlicę płuc. Chory zmarł 26.11 1933 roku. Badanie pośmiertne (Zakład Anatomji Patologicznej U.W.L. p. 733/33) ujawniło jako cierpienie zasadnicze raka stercza z przerzutami do gruczołów chłonnych całego ciała, płuc, opłucnych, tarczycy i kości: czaszki, praw. żebra VIII, kręgów lędźwiowych i kości krzyżowej oraz szpiku kości długich.

W r o z p r a w a c h zabierali głos: kol. K r y n s k i L., Dąbrowska. G l u z i Ń s k i i L a s k o w s k i.

3. Kol. E r l i c h ó w n a M. członek T-wa, wygłosiła odczyt p. t. „*W sprawie leczenia za pomocą krwi ludzkiej — Doniesienie tymczasowe*”, (streszczenie własne).

Dokonała próby leczenia noworodków zapomocą krwi ludzkiej podawanej doustnie w ilości 15 — 20 cm³ na dawkę z dodatkiem 2 — 3 cm³ 2% cytrynianu sodu. Do wprowadzenia tej nowej metody skłoniła autorkę 1° znana właściwość przepuszczalności przewodu pokarmowego ustrojów młodych, 2° chęć podawania krwi w ilościach dużych, do kilkudziesięciu cm³ dziennie. Noworodki pija naogół dobrze krew samą lub zmieszaną z pokarmem; naogół wykazują poprawę, wagi, niektóre wcześniaki poprawiają się znakomicie (jeden przypadek otrzymał w ciągu 6 dni 125 cm³ krwi) w dwu przypadkach *melaena neonatorum idiopathica*, z których jeden ciężki, udało się zupełnie zatrzymać krwawienie przez podanie doustnie 40 — 50 cm³ krwi matki.

W r o z p r a w a c h przemawiali: M i k u ł o w s k i, Dębicki i E r l i c h ó w n a.

4. Kol. G o e b e l F. (członek T-wa) i R o t h b e r g e r C. J. wygłosili odczyt p. t. „*O zaburzeniach przewodnictwa międzykomorowego*” (streszczenie własne).

Po zadrażnieniu wewnętrznej ściany prawej komory serca, skurcze dodatkowe nie ulegają zmianie po przecięciu prawej gałęzi układu przedsionkowo - komorowego. Natomiast o ile przetnie się drobne gałązki, ciągnące od przegrody przedsionkowo - komorowej, do ściany komory prawej, wtedy wahnięcia początkowe na elektrokardiogramie zwiększa się i rozszerza. Spowodowane to jest tem, że bodziec zmuszony jest do przejścia przez zwykłą tkankę mięśniową, która znacznie wolniej przewodzi niż włókna mięśniowe układu przedsionkowo - komorowego.

Znaczenie drobnych rozgałęzień, idących od obu gałęzi układu przedsionkowo - komorowego, polega na tem, że przenoszą one bodźce normalne do mięśniówki przegrody. Rozgałęzienia te łączą się między sobą. Połączenia te odgrywają prawdopodobnie dużą rolę w zaburzeniach w przewodnictwie jednej z głównych gałęzi układu. Wtedy bodźce mogą przechodzić z jednej do drugiej i tą drogą następuje wyrównanie.

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. H r o m i G o e b e l.

5. Kol. S a b a t B r. (członek T-wa), wygłosił odczyt p. t. „*Radjografia intrarektalna (metoda, przyrząd, technika, wskazania, wyniki)*”.

W r o z p r a w a c h przemawiali: kol. M e l a n o w s k i, N i e w i a d o m s k i, D a t y n e r i S a b a t.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22-giej min. 30.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z
Sekretarz Doroczny: Aleksander P r u s z c z y Ń s k i.

Posiedzenie z dnia 30 stycznia 1934 roku.

Obecnych członków T-wa 50; wprowadzonych gości 46.

1. Kol. P r e z e s oświadczył, że odczytanie protokołu posiedzenia naukowego z dn. 23 stycznia 1934 r. odłożono

do następnego posiedzenia, aby dokładnie uzgodnić streszczenia własne przemówień ze stenogramami.

2. Kol. P r e z e s podaje do wiadomości tytuły prac, nadesłanych ostatnio do Biblioteki T-wa.

3. Kol. C h o d k o w s k a S. opisuje *przypadek tętniaka części zstępującej tętnicy głównej oraz przypadek tętniaka serca*.

4. Kol. M a r k e r t W. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t. „*O eozynofilii we krwi w niedokrewności złośliwej*” (streszczenie własne).

W typowym obrazie krwi n. z. niema krwinek wielojądrowych kwasochłonnych (eos). Stwierdzenie więc eos. w rozmazie krwi n. z. wzbudza podejrzenie n. z., wywołanej przez czerwce jelitowe. Rozstrzygnięcie zagadnienia, czy zwiększona liczba eos. nie zależy od obecności pasorzytów, może czasami stwarzać wątpliwości, nie ustępujące nawet wtedy, gdy badanie stolca jaj pasorzytów nie wykrywa. Prelegent prześledził zachowanie się eos. we krwi u chorych na n. z., przebywających w II Klinice chor. wewn. U. W. za okres 6-10 letni, poczynając od r. 1927. Zauważył, że 1. pod wpływem leczenia wątroby surową oraz jej przetworami, przetworami żółdka i przetaczaniem krwi w większości przypadków n. z. pojawia się we krwi eozynofilia, która czasami nawet może dochodzić do 30%. Przyjmując, że pojawienie się zwiększonej liczby eos. jest zawsze odczynem szpiku kostnego (N a e g e l i), sądzić można, że wszystkie wyżej wymienione środki pobudzają szpik kostny do zwiększonej czynności w sensie wytwarzania poszczególnych rodzajów krwinek, zarówno co do liczby jak i jakości: 2. w 43% naszych przypadków otrzymano wraz z eozynofilią remisję z ogólną poprawą stanu zdrowia, w 17% przypadków nie stwierdzono eozynofilii i poprawy, nie stwierdzono również eozynofilii w obrazie krwi w żadnym przypadku który skończył się śmiercią. Wobec tego w 60% przypadków można było stwierdzić między eozynofilią we krwi a natężeniem choroby zależność w tym sensie, że przypadki miały zawsze skłonność do remisji i ogólnej poprawy stanu zdrowia, brak zaś eos. szedł równolegle z brakiem poprawy lub pogorszeniem; 3. w 15% wszystkich przypadków stwierdzono remisję bez równoczesnego zwiększenia się liczby eos. w obrazie krwi. Nie stwierdzono natomiast w żadnym przypadku, aby zwiększeniu liczby eos. towarzyszyło równoczesne zmniejszenie liczby krwinek cz. krwi. Wobec tego należy przyjąć, że wzrost liczby eos. podczas leczenia jest zawsze objawem dodatnim, świadczącym o odczynie szpiku kostnego w sensie wzmożonej jego czynności, brak natomiast eozynofilii jeszcze nie wyłącza zdolności odrodznej szpiku kostnego.

Pozatem omówił wpływ podawania przetworów śledziony w n. z. z eozynofilią, zmniejszających w jednym przypadku liczbę eos. z 30% do 11%, jednak niekorzystnie wpływający na liczbę krwinek czerwonych. Omówiono również sposób podawania surowej wątroby w klinice.

W r o z p r a w a c h przemawiali: S z o k a l s k i i p r e l e g e n t.

5. Kol. B l a c h e r L. wygłosił odczyt p. t.: *Hematologiczna i kliniczna wartość płytek krwi*”.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1. małe liczby płytek z płytkogramami, w których była przewaga płytek panchromatycznych apyknotycznych bez pozostałych postaci płytek, przemawiają za zmniejszoną liczbą krwinek czerwonych nadbarwliwych i leukopenią z limfocytozą;

2. jeżeli w opisanym stanie układu płytkowego przy dalszym badaniu stwierdza się przesunięcie płytek panchromatycznych w lewo na korzyść płytek pyknotycznych tej samej grupy oraz pojawienie się pł. achromatycznych i okromatycznych a liczby płytek wzrastają, to należy wnioskować o zwiększeniu się liczby krwinek czerwonych i białych w 1 cm³ krwi, przyczem krwinki czerwone stają się niedobarwliwe;

3. niedopłytkowość i przewaga płytek panchromatycznych pyknotycznych współlistnieje ze zmniejszoną liczbą krwinek czerwonych niedobarwliwych i z leukocytozą wielojądrzastą;

4. wybitnie zmniejszone liczby płytek bez wybitnych zmian w płytkogramie przemawiają za stanem białaczkowym;

5. obecność płytek achromatycznych w większym odsetku współlistnieje z eozynofilią krwi.

Wartość kliniczną autor stwierdził w 67 przypadkach: 9 przypadków niedokrewności biermerowskiej, 28 przyp. niedokrewności wtórnej, 6 przyp. białaczki, w pozostałych przypadkach przeważał zaburzenia gruczołów dokrewnych. Układ płytkowy zachował się w wymienionych jednostkach choro-

bowych rozmaicie, wytwarzając pewien typ dla poszczególnych chorób. Ponadto autor stwierdził, że małopłytkowość występuje nie tylko w białaczce i w ciężkich postaciach niedokrewności, lecz również w przypadkach innych chorób z powiększoną śledzioną, a szczególnie w stanach chorobowych z zaburzeniem gruczołów dokrewnych.

W rozprawach przemawiali: Kol. Czubałski, Erlichówna, Słonimski, Fidler i Blacher.

6. Kol. Lobmanówna wygłosiła odczyt p. t.: „Znaczenie badania morfologicznego krwi dla kliniki” (streszczenie własne).

Czynniki chorobotwórcze wywołują, drażniac układ krwiotwórczy, zmiany ilościowe i jakościowe w obrazie krwi. Różnorodność odczynów układu krwiotwórczego zezwala na wnikięcie w istotę choroby, określenie jej natężenia i przebiegu, trafne rokowanie, ocenę skuteczności leczenia i wykrycie powikłań. Nie stawiamy rozpoznania na podstawie wyników badań morfologicznego składu krwi; obraz krwi jest jednym z objawów klinicznych i tylko w połączeniu z innymi objawami może mieć znaczenie w rozpoznawaniu.

W rozprawach przemawiali: Kol. Erlichówna, Słonimski i Lobmanówna.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 10.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz
Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 6 lutego 1934 roku.

Początek o godzinie 20 punktualnie.

Obecnych członków T-wa 44.

Wprowadzonych gości 24.

1. Odczytano protokołu posiedzeń naukowych z dn. 23 stycznia 1934 r. oraz z dnia 30 stycznia 1934 r. Oba protokoły przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac, nadanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. Kol. Chodkowski K. (członek T-wa) pokazał *przypadek przewlekłego zapalenia tarczycy*.

4. Kol. Huszcza A. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „Obecny stan rozwoju medycyny lotniczej w Polsce”. (Streszczenie własne).

Na wstępie ref. dał krótki zarys powstania i rozwoju medycyny lotniczej, podkreślając jej konieczność życiową, podkretowaną żywiołowym rozwojem lotnictwa i zupełnie osobliwymi warunkami pracy lotnika.

Warunki te polegają przede wszystkim na zmianach ciśnienia atm. — niekiedy bardzo gwałtownych, — a następnie także — ciepłoty powietrza, przyspieszeń ruchu ciała, wreszcie emocji nerwowej i psychicznej. Odczyny ustroju na te wpływy lotu mogą utrzymywać się w granicach fizjologicznych, ale mogą również przekraczać je, dając w wyniku zjawiska patologiczne w postaci różnych schorzeń lotniczych jak: zaburzenia krążenia, gruczołów wkrwennych, nerwice różnego stopnia, wreszcie astenia lotnicza. Wypływa stąd konieczność odpowiedniego doboru do tego zawodu osobników specjalnie uzdolnionych i wytrzymałych, a następnie potrzeba stałej opieki i kontroli lekarskiej nad personelem latającym. Podstawa do wypracowania metod selekcyjnych są tu badania i obserwacje nad fizjologią lotu, które dokonywane są nieprzerwanie od zarania dziejów medycyny lotniczej, — we wszystkich niemal krajach Europy i Am. Półn. Przytoczywszy pokrótce główne dane, otrzymane na tej drodze, ref. podaje organizację badań lotniczo - lekarskich w Polsce oraz dorobek cyfrowy sześćdziesięciu lat Centrum Bad. Lot. - Lek. — pod względem praktycznym i naukowym.

Na zakończenie ref. podnosi konieczność dalszej wzmoczonej pracy na terenie badań lotniczo - lekarskich, prowadzonej w możliwie szybkim tempie, aby utrzymać się na wysokości wymagań niezmiennie szybkiego postępu techniki lotnictwa. Jako nieodzowny warunek wysokiego poziomu i szerokiego zasięgu tych badań, referent wysuwa potrzebę żywszego zainteresowania się medycyną lotniczą ogółu lekarskiego a zwłaszcza nawiązania bliskiego kontaktu z pracownikami uniwersyteckimi.

5. Kol. Dobrowski Wł. wygłosił odczyt p. t.: „Fizjologiczne problemy lotnictwa” (streszczenie własne).

Postęp techniki często stawia medycynę przed nowymi i trudnymi pytaniami — zwłaszcza w lotnictwie.

Na czoło zagadnień fizjologicznych lotnictwa wysuwa się sprawa braku tlenu na większych wysokościach. Badamy zachowanie się ustroju w komorach niskich ciśnień. Dotychczasowe metody badania, stosowane zagranicą i u nas, można

określić jako próbę na zemdlenie, spowodowane zwykle załamaniem się nerwowego aparatu regulacyjnego narządu krążenia. Oddziaływanie na przebywanie w komorze pod ciśnieniem, odpowiadającym wysokości 5200 mtr. n. p. morza, jest u zdrowych lotników bardzo indywidualne i rozmaite; na czoło wysuwają się: euforia, lekkomyślność, osłabienie pamięci i roztrzęsanie, często występuje kłótniowość lub senność. Obniżenie sprawności umysłowej jest zupełnie wyraźne, często nawet silne. Czucie mięśniowe oraz pewność równowagi, świadomość położenia kończyn bywają poważnie zaburzone. Względna niedomoga narządu krążenia nie pozwala na pracę fizyczną, pogarsza się w miarę przebywania w komorze, prowadząc po 40 — 50 min. do zemdlenia nawet u najwytrzymalszych.

W dalszym rozwoju naszych prac tę metodę badawczą odrzucamy jako zbyt grubą i przechodzimy do badań psychotechnicznych, wykonywanych w komorze niskich ciśnień na zbudowanym przez nas reametrze. Komory niskich ciśnień dają możliwość badania inhalatorów tlenowych, mających na celu dodawanie do powietrza wdechowego lotnika takich ilości tlenu (zależnie od wysokości), by wyrównać deficyt.

Zadanie to, połączone z pędem lotnictwa do rekordu, stawia przed fizjologiem zagadnienie odpowiedniego nastawienia inhalatora tlenowego. Doświadczenia te, posługujące się niskimi ciśnieniami, odpowiadającymi wysokości 10 — 14 tysięcy mtr. n. p. morza, stoją już na granicy fizjologii i patologii. Bóle w stawach, rozmaite zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego, zaburzenia równowagi pojawiają się nawet przy zupełnie dobrze zachowanych funkcjach psychicznych i narządu krążenia.

Badania hematologiczne kol. Marczewskiego wysunęły problem podniesienia lotniczej wytrzymałości na brak tlenu przez wysokogórskie stacje aklimatyzacyjne. Pierwsze tego rodzaju badanie mamy zamiar przeprowadzić jeszcze tej zimy w formie dwutygodniowego lotniczego kursu narciarskiego w Wysokich Tatrach, Dolina Pięciu Polskich Stawów (1672 mtr. n. p. m.).

Ważnym czynnikiem w lotach wysokościowych jest wpływ zimna. Badania nasze w lotach wysokościowych doświadczały wykazały, że głównym czynnikiem jest nie tyle sama ciepłota atmosfery, ile pęd powietrza. Zdolność ochładzająca powietrza w czasie lotów zimowych lub wysokościowych zawsze przekracza znacznie 100 mkal. (cm²) sek. Ubiór lotniczy musi zredukować straty te do znośnego poziomu 10 — 12 mkal. (cm²) sek. Według wyników naszych badań — odpowiedzieć temu zadaniu może tylko kostium z wierzchem gładkim, skórzanym, nieprzewodnym i wnetrzem futrzanym z futrem gestem, nieściśniętym o sztywnym włosie.

Poważnym zagadnieniem jest działanie przyspieszeń na narząd krążenia. Sam fakt nagłej rekompresji nie zagraża życiu, ani też nie powoduje poważniejszych zaburzeń, jak tego dowiodły doświadczenia Garsaux i Strobla na zwierzętach i ludziach lub też niezamierzone wypadki w hamburskiej komorze niskich ciśnień. Rekompresje te były bardzo gwałtowne, dochodzące do podniesienia się ciśnienia z wysokości odpowiadającej 9.000 m. do 760 mm. rtęci w ciągu 3 sekund.

Wielkości przyspieszeń, działające w czasie lotu, są różne. Wynoszą one — zależnie od ewolucji powietrznych — od 1 g. do 6 — 7 g.*).

Naszkicowany wyżej szereg zagadnień stawia nas w ciężkiej sytuacji nie tylko ze względu na nowość zagadnień, ale także i ze względu na konieczny pośpiech w ich rozstrzygnięciu, bo technika lotu ciągle postępuje i żąda rychłej odpowiedzi.

W rozprawach przemawiali: kol. Fidler, Marczewski, Goebel, Fiumeli i Huszcza.

6. Kol. Fiumeli wygłosił odczyt p. t.: „Badanie czynnościowe narządów krążenia u lotników” (streszczenie własne).

Autor niniejszego referatu omawia w krótkim streszczeniu dotychczasowe spostrzeżenia niektórych badaczy nad wpływem lotów na układ krążenia człowieka.

Prztycza następnie wyniki własnych spostrzeżeń nad wpływem lotów na układ krążenia lotnika i poniera je obliczeniami statystycznymi z Centrum badań lotniczo - lekarskich za okres czasu od 1928 roku do 1932. Na podstawie powyższego autor przechodzi do wniosku, że warunki lotu w pierwszym rzędzie ujemnie wpływają na sprawność tego układu. Autor pozatem na poparcie swego wniosku przytacza

*) g. — przyspieszenie ziemskie.

także poglądy innych autorów na patogenzę zaburzeń układu krążenia powstających pod wpływem lotu.

Często stwierdzane zmiany chorobowe w układzie krążenia u lotników zmuszają do stosowania przy ocenie sprawności tego układu, poza ogólnymi metodami fizykalnymi, szeregu prób czynnościowych.

Następnie autor podaje w krótkich słowach zasady poszczególnych grup metod czynnościowych i przechodzi do omówienia prób, stosowanych w badaniach w Centrum badań lotniczo - lekarskich.

Stosowana próba Schneidera, jak to wykazała analiza statystyczna i własne spostrzeżenia ma większą wartość dla oceny sprawności układu krążenia niż próba Flacka. Powyższe wyraźnie stwierdza analiza graficzna porównawczego badania 10 osób za pomocą obu tych metod w identycznych warunkach.

Próba Schneidera, pomimo podkreślonych przez autora stron ujemnych, może mieć wartość, o ile jest umiejętnie interpretowana i zestawiana z wynikami ogólnego badania.

Badania lotniczo - lekarskie wymagają stałego zapoznania się z poszczególnymi próbami czynnościowymi układu krążenia i wyboru takich, któreby w największym stopniu ułatwiały ocenę sprawności tego układu. Powyższe ważne jest — nie tylko przy obserwacji stałego personelu latającego, lecz i przy selekcji kandydatów do lotnictwa.

Posiedzenie zakończono o godz. 23-ciej min. 10.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz
Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński

Z j a z d y

Zagadnienie gośca na IV Międzynarodowym Zjeździe antyreumatycznym w Moskwie 3 — 7 Maja 1934 r. *)

Dzięki mandatowi do reprezentacji Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego na Zjeździe w Moskwie otrzymałem przez Polskie Tow. Zwalczenia Gośca ulgowy paszport zagraniczny i wizę sowiecką. Mimo tej ulgi podróż do Z. S. R. R. nawet na jakich 7 — 12 dni nie jest przedsięwzięciem tanim. Oprócz kosztów pasportowych, wizy i t. d., trzeba było zapłacić 15 Fl. (54 zł.) za członkostwo Międzynarodowej Ligi Walki z gościami, do Inturistu zaś 50 dolar. w złocie za 7 dni, 75 dol. dla biorących udział w wycieczce do Leningradu i 125 dol. za udział w wycieczce na Kaukaz i Krym. Zato już wydatki przejazdu, hotelów, utrzymania i t. p. bierze na siebie Inturist. Należy przyznać, że „Inturist” w całości dotrymał swych zobowiązań. Jechaliśmy tam i z powrotem wagonem sypialnym I lub II klasy, w hotelach zamieszkiwaliśmy pierwszorzędnym, karmiono nas 3 razy dziennie tak, że każde śniadanie, obiad, czy kolacja starczyłyby mogły na trzy osoby. Tak obfite karmienie nie odpowiadało, zresztą, ani naszej zwykłej racji codziennej, ani tem mniej skromnemu „pajkowi”, którym się zadawała obywatel Z. S. R. R.

Należy tu dodać, że Rosjanie dolożyli wszelkich starań, ażeby uprzyjemnić gościom zagranicznym pobyt w Moskwie i zademonstrować im wszystkie strony dodatnie rządów sowieckich: We wszystkich przemówieniach uroczystych tak przedstawiciele oficjalni władz, jak i prezydium Zjazdu sami, zresztą, zawsze otwarcie podkreślali, że celem Zjazdu jest właśnie zademonstrowanie przed „zagranicą” wielkich zdobyczy nauki (zwłaszcza medycyny społecznej) w kraju sowieckim, które to zdobycze, ich zdaniem, są możliwe tylko w ustroju socjalistycznym. Zresztą, i niektórzy delegaci zagraniczni (z Holandii, Belgii i inn.) w swych odpowiedziach na powitania sowieckich inicjatorów Kongresu, — być może, jako wyraz kurtuazji — podziwiali wielkie sukcesy medycyny sowieckiej — naukowej i społecznej. Prawdopodobnie pewien wpływ wywarła tu również gościnność moskiewska, która znalazła swój wyraz w bankietach luksusowych, urządzonych dla członków Kongresu w Hotelu „Metropol” i we wspaniałej sali „Gieorgjewskiej” Pałacu Kremłowskiego.

*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 13.VI.1934 r.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 5 czerwca 1934 r. (Presse méd. N. 47, 1934) Guérin mówił o *zapobieganiu gruźlicy za pomocą szczepień BCG.* w *przychodniach Milhuzie*. Szczepienia B.C.G., jak wynika z doniesienia Guérina, stanowią czynnik, zmniejszający ogólną śmiertelność u małych dzieci. Z pośród dzieci, urodzonych w roku 1933, było szczepionych 62%, w Milhuzie — mieście i 80% w Milhuzie — wsi. Odsetek śmiertelności dzieci w wieku od jednego miesiąca do roku wynosił 2,15% wśród nieszczepionych i 0,94% wśród szczepionych w Milhuzie — mieście oraz 7,43% wśród nieszczepionych i 3,35% wśród szczepionych w Milhuzie — wsi.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 5 czerwca 1934 r. (Presse méd. N. 47, 1934) C. Jeannin i E. Chomé mówili o *uodparniającem przetaczaniu krwi ozdrowieńców w leczeniu zakażeń połogowych*. Prelegenci leczyli zakażenia połogowe uodparniającem przetaczaniem krwi ozdrowieńców, przyczem wykonywali od 1 do 4 przetaczań 150 do 350 cm.³ krwi. Zpośród trzech przypadków posocznicy z dodatnim wynikiem nosiewu ze krwi w dwóch otrzymali prelegenci wyleczenie. Zpośród trzech ciężkich stanów posocznicznych z ujemnym wynikiem posiewu ze krwi metoda zawiodła we wszystkich trzech przypadkach. Zpośród czterech przypadków ropnicy z powtarzającymi się dreszczami i stwierdzonem chirurgicznie ropnem zapaleniem żył macicy i miednicy małej w trzech otrzymano wyleczenie. Pomimo małej liczby przypadków, leczonych powyższą metodą, co nie pozwala na wyciąganie zupełnie pewnych wniosków, już obecnie można stwierdzić, że metodę tę można łączyć z wielkim pożytkiem z metodami, któremi rozporządzaliśmy dotychczas.

Nie jest, zresztą, mojem zadaniem zatrzymywać się na ogólnych wrażeniach z mego pobytu w Moskwie, przejdę więc do ścisłego zreferowania obrad Zjazdu.

IV Międzynarodowy Zjazd otwarto dnia 3.V. wieczorem zebraniem uroczystym w Sali Kolumnowej Domu Związków (dawne „Blagorodnoje Sobranie”), na którym między innymi Komisarz Ludowy Ochrony Zdrowia Kamiński zakomunikował postanowienie Rządu założenia w Moskwie stałego Muzeum Przeciwoścoścowego, Klinik Reumatologicznych w Soczy i Maceście, sanatorium reumatologicznego dla dzieci w Moskwie, wydania fundamentalnego podręcznika reumatologicznego w językach rosyjskim i francuskim, ustanowienia docentury Reumatologii w 4-ch Uniwersytetach oraz wyasygnowanie 1000 rb. w złocie dla 2-ch nagród międzynarodowych za najlepsze prace z dziedziny reumatologii.

Oprócz lekarzy rosyjskich, przybyłych z całego kraju, w Kongresie uczestniczyło około 100 delegatów zagranicznych z 19 różnych krajów. Najliczniej były reprezentowane Niemcy (14 delegatów), Holandia (12), Włochy (11), Skandynawja (10). Z Polski przybyło tylko 6 osób z sekretarzem Polskiego Towarzystwa walki z reumatyzmem docentem Eleonorą Reichem na czele. Referatów polskich nie zgłoszono, niestety, żadnych.

Prelegenci rosyjscy zawczasu się do Kongresu przygotowywali. W czasie od 25 do 28 grudnia roku ubiegłego odbył się w Moskwie w tym celu zjazd ogólnokrajowy uczonych specjalistów, na którym były przedyskutowane wszystkie referaty, które miały być ogłoszone na Kongresie, i przyjęte odpowiednie tezy.

Wogóle należy uznać, że kwestie dotyczące gośca, były w ciągu ostatnich lat w Rosji Sowieckiej szeroko omawiane tak z punktu widzenia naukowego, jak i praktycznego. Zaimuują się nimi Kliniki i Zakłady specjalne w Moskwie, Leningradzie, Charkowie, Kijowie i innych miastach. Istnieje już w języku rosyjskim obszerne piśmiennictwo, dotyczące różnych zagadnień gośca, wydańie się monografie i prace zbiorowe. Ogłoszono poszczególne artykuły, poświęcone tym zagadnieniom i t. d. Znaczna ich część została specjalnie wydana dla Kongresu — tak w języku rosyjskim, jak i częściowo w obcych, i ogłoszono w skróceniu w wydawnictwie Ligi Międzynarodowej do walki z gościami (Acta rheumatologica), wychodzącym w Amsterdamie.

Referatów programowych było dużo: rozłożono je na 3 dni według 3 tematów zasadniczych: 4.V. Klinika, Patologia

i Terapia, 5.V. Balneologia i Lecznictwo Uzdrowiskowe, 6.V. Gościec jako schorzenie zawodowe i społeczne.

Największa różnica zdań pomiędzy prelegentami wynika dnia 1-go przy omawianiu patologii i etiologii gościa. Najkonserwatywniejsi w tych sprawach byli uczeni niemieccy, najradzykalniejsi — Rosjanie. Pierwsi uważają gościec za schorzenie zakaźne, drudzy za schorzenie na tle konstytucjonalno-alergetcznym; i jedni i drudzy przeważnie kładli nacisk na sprawę ostrego gościa stawowego.

Stary prof. Schottmüller z Hamburga uznaje ostry gościec stawowy za ostre zakażenie reumatyczne (akute rheumatische Infektion) z wyraźnym określonym zespołem objawów, którego zarazek, co prawda, nie jest jeszcze wykryty. Nie poruszając sprawy gościa przewlekłego, uważa autor gościec ostry za *morbus sui generis*, którego przyczyny nie można wytłumaczyć stanem alergicznym ustroju. Przemawiają za charakterem infekcyjnym: przebieg kliniczny, podobny do przebiegu każdego innego schorzenia zakaźnego, związek przyczynowy z zakażeniem ogniskowym (migdałki, próchnica zębów), działanie swoiste preparatów salicylowych i piramidonu i t. d. Wywołują schorzenie albo określone zarazki (streptokoki, gonokoki i inn., lecz nie laseczniki *Koch*), jak przypuszczają inni autorzy, albo toksyn (czerwonka, plonica), lub też zaburzenia przemiany materii (dna). Wszystkie poszczególne objawy gościa (*polyserositis*, zapalenie wsierdza i mięśnia sercowego i t. d.) mogą być skutkiem infekcji ogólnej.

Analogiczne są poglądy, wyrażone w referacie prof. Gräffa z Hamburga: proponuje on gościec nazwać *Rheumatismus infectiosus specificus*, pomimo że zarazek swoisty nie jest jeszcze wykryty. Podłożem anatomicznym gościa jest guzek *Achoff*, który może się wytwarzać bądźto w ścięgnach, bądź w mięśniu sercowym, bądź też w innych narządach. Guzki *Achoff* są tak charakterystyczne dla gościa, jak gruźleki dla gruźlicy. Na tym jednak jednym objawie nie można opierać rozpoznania anatomopatologicznego gościa, jak nie można stawiać rozpoznania klinicznego na podstawie jednego objawu chorobowego. Dlatego uważa autor ten za błąd ze strony uczonych rosyjskich, jeżeli przypuszczają, że można sztucznie wywoływać gościec u zwierząt doświadczalnych, na tej podstawie tylko, że stwierdza się u nich przytem tworzy anatomiczne podobne do guzków *Achoff*. Zwierzęta przecież nie chorują na gościec i objawy, sztucznie u nich wywoływane, nie mają nic wspólnego z gościcem u człowieka.

Większa część innych prac, wycłoszonych w tym dniu, poświęcona była etiologii gościa, iak również wpływow warunków klimatycznych, meteorologicznych oraz zmianom anatomopatologicznym w gościcu.

Prof. Strażesko z Kijowa omawiał rolę łańcuszkowca w etiologii i patogenie gościa; stwierdził on, że ze wszystkich drobnoustrojów, spotykanych we krwi u chorych na ostre zapalenie wielostawowe, łańcuszkowce wykrywa się najczęściej (68%). Uważa Strażesko, że zakażenie streptokokowe towarzyszy procesowi gościcowemu we wszystkich powikłaniach. W przeciwnieństwie do swoich rodaków uważa Strażesko gościec za schorzenie infekcyjne, raczej septyczne. Lecz łańcuszkowiec nie jest jedynym drobnoustrojem, wywołującym to schorzenie; może nim być gonokok, lasecznik gruźlicy, kretek błądy i t. d. Proces gościcowy jest wieloprzyczynowy (polietologiczny), lecz monopatogeniczny, to znaczy, zmiany anatomiczne w tkankach (przeważnie w mezenchymie) w różnych postaciach mogą być jednakowe. Autor uważa, że nie należy wiodrebniać ostrego gościa (schorzenie stawów i serca — choroba *Boillau*) — jako odrębnej postaci. Te same zarazki w rozmaitych warunkach mogą być przyczyną i schorzenia przewlekłego.

Jak już wspomniałem, głównym tematem obrad był gościec ostry. Dużo przytem uwagi poświęcono schorzeniom serca i wogóle t. zw. gościcowi trzewiowemu. (Prof. Bracler z Londynu, prof. Gelsztejn z Moskwy, prof. Chini z Rzymu).

Prof. Schlesinger z Londynu szczegółowo omówił ostry gościec u dzieci. Uważa on że termin angielski „rheumatic fever” nie jest udany, gdyż zbyt akcentuje się tu „fever”, podczas gdy reumatyczne zapalenie wsierdza może przebiegać bez gorączki. Przyczyną ostrego gościa dziecięcego z zajęciem serca jest po największej części schorzenie migdałków, przeważnie pochodzenia streptokokowego. Największy

wpływ mają przytem zjawiska klimatyczne i atmosferyczne, konstytucja organizmu i t. d.

Analogiczne poglądy wypowiedział prof. Lichtenritt (Wrocław). W skłonności do zachorowania na gościec ostry dużą rolę odgrywa, zdaniem jego, zawartość procentowa wody w tkankach ustroju dziecka, która stopniowo z wiekiem maleje. Ścisłe związana z zakłóceniem przemiany wodnej w tkankach jest t. zw. skaza wysiękowa (*diathesis exudativa*). Zgodne z tem są badania Klingego, który, jak wiadomo, stwierdził był, że zmiany anatomopatologiczne w gościcu polegają na napęcznieniu włókien łącznotkankowych. Wychodząc z takiego punktu widzenia, zaleca Lichtenritt w leczeniu gościa u dzieci unikać mleka, jaj i węglowodanów. Pod tym względem poglądy jego są zgodne z poglądami autorów rosyjskich, o czem szczegółowiej wspomnę niżej.

Fahr (Hamburg), poruszając ten sam temat „Ostry gościec stawowy i serce u dzieci”, szczegółowo zatrzymał się na rozmaitych postaciach chorób serca. W przypadkach śmiertelnych przeważnie zostaje dotknięty mięsień sercowy, potem wsierdzie, najrzadziej osierdzie, lecz częściej, niż u dorosłych. Co się tyczy etiologii gościa, nie uważa autor, żeby przyczyną ziarniniaka (*granuloma*) gościcowego był łańcuszkowiec, lecz raczej inny *virus*, którego jeszcze nie wykryto. Kwestję, o ile tu gra rolę reakcja alergiczna, Fahr uważa za jeszcze nierozstrzygniętą.

Prof. Kisiel (Moskwa), stary pedjatra, dokładnie omawia klinię gościa u dzieci. Z jego wniosków warto zwrócić uwagę na następujące: wilgoć i ochłodzenie nie grają prawdopodobnie żadnej roli; zachorowania na gościec b. rzadko zdarzają się przed 4 r. życia; zajęcia stawów większej roli nie odgrywają i predko przemijają; przewlekłe schorzenie stawów zdarza się rzadko; płasawica powstaje zawsze na tle gościa; częste są guzki gościcowe, b. charakterystyczne na okostnie, ścięgnach, nigdy nie spotykane w innych chorobach. Rokowanie w gościcu u dzieci naogół jest niepomyślne; salicyl nie wpływa prawie wcale na przebieg choroby.

B. ważne są badania anatomopatologiczne profesora moskiewskiego Talla, a je w a, dotyczące gościcowego zapalenia wsierdza i powstawania wad sercowych. Wywody jego spotkały się z uznaniem nie tylko u Rosjan, lecz i u uczonych zagranicznych. Talla je w rozróżnia dwa procesy w zajęciu aparatu zastawkowego u chorych na gościec, których przebieg jest od siebie niezależny: 1) *endocarditis verrucosa* i 2) *endocarditis rheumatica*. Pierwszy polega na stwardnieniu (*sclerozie*) brzegów zastawkowych bez uszkodzenia ich czynności. U chorych takich w przeważającej liczbie przynadków wada sercowa się nie wytwarza; proces ten, z łog i brodawkowate, wytwarzają się dość wcześnie — w 8 — 10 dniu choroby. Drugi proces przenika włąb miąższu zastawek, nici włóknistych, całego pierścienia włóknistego, wsierdza, lewego przedsionka i komory. Rozpoczynając się okresem wysiękowym, proces przechodzi w postać ziarninową z guzkami *Achoff*, następnie zaś we wtórną sklerozę gościcową. Skutkiem tego powstaje organiczna wada serca.

Podstawowym pytaniem, zajmującym współczesnych reumatologów, jest kwestja, czy gościec jest jednym schorzeniem, występującym pod różnymi postaciami w różnym umiejscowieniu, czy też istnieją różne postacie chorobowe, łączone tylko pod wspólną nazwą „*rheumatismus*”. Kwestja ta, iak dotychczas, nie została rozstrzygnięta, i zdania uczonych co do tego nie są zgodne. Znany niemiecki anatomopatolog, prof. Klinge, którego prace — nieobecnego zresztą na Zjeździe — zostały ogłoszone w *Acta rheumatologica* uważa, że i edna k o w e zmiany anatomiczne gościcowe mogą zachodzić w różnych częściach ustroju i w ten sposób powodować różn e objawy kliniczne. Autor ten broni oryginalnego punktu widzenia, że bodźcem dla rozwoju procesu gościcowego jest u r a z, nie tylko zewnętrzny, przynadkowy, lecz i fizjologiczny, wynikający z czynności mechanicznej danego narządu. Dlatego też najczęściej ulegają zakażeniu gościcowemu narządy ruchu: stawy, mięśnie i t. d., następnie serce, błony surowicze i naczyńia krwionośne. Co się tyczy przyczyn zewnętrznych gościa, Klinge e przynisuje duże znaczenie z a k a ż e n i u (przez migdałki i t. d.) i ochłodzeniu („przeziębienie”), a prócz tego specjalnej reakcji alergiczej ze strony organizmu, który jest uczulony przez porażenie nierwotne (*Primär-Affekt*).

Przypięta przez Klingego idea o alergii rozpowszechnia się coraz szerzej wśród uczonych. Początkowo myśł o alergicznem pochodzeniu gościa rzucił, jak wiadomo,

W e i n t r a u d. Rozumował on w sposób następujący: człowiek do pewnego wieku nie choruje na góściec. Tylko w miarę rozwoju uczula się ustrój przez toksyny, pocnodzące np. z migdałków; następuje hipersensybilizacja, i organizm reaguje na nowe infekcje zjawiskami alergji. Ze tak jest, wskazują eksperymenty berlińskiego anatoma R o s s l e: jeżeli królikowi zastrzyknąć obcogatunkowe białko podskórnio lub dostawowo, zapalenie nie powstaje, ponieważ surowica sama przez się nie jest toksyczna. Jeżeli zaś takie same zastrzyknięcie po pewnym czasie powtórzyć, zwierzę reaguje ciężkim zapaleniem; jest ono nadwrażliwe, alergiczne, hiperergiczne.

Tę właśnie myśl o alergji podchwycili badacze rosyjscy i rozwinęli ją b. szeroko w ciągu kilku lat za pomocą całego szeregu doświadczeń na zwierzętach; jest ona myślą przewodnią większej części ich referatów na Kongresie. Wyniki swych badań zastosowali oni również w leczeniu ludzi.

Przedewszystkiem nadmienić to w swym przemówieniu wstępem prof. K o n c z a ł o w s k i (Moskwa), przewodniczący Kongresu. Przypuszcza on, że dla wytłumaczenia patogenezy góścia jest hipoteza alergji najbardziej prawdopodobna. Uważa on, że czynniki toksyczne - infekcyjne znaczenia swoistego nie mają, gdyż mogą one być najrozmaitsze. Pod tym względem góściec ostry niewiele się różni od przewlekłego, gdyż napady powtórne są tylko momentem epizodycznym w przebiegu przewlekłego procesu.

Dużo prac o alergji wyszło z Instytutu Medycyny Doświadczalnej im. M i e c z n i k o w a w Charkowie pod kierownictwem prof. A l p e r n a, jak również z instytutów i uniwersytetów w Moskwie i Leningradzie.

Badacze rosyjscy obrali sobie za cel przy pomocy doświadczeń na zwierzętach wywołać u nich zjawiska chorobowe podobne do zjawisk reumatycznych u człowieka, zbadać dokładnie te sztucznie wywołane zjawiska oraz morfologiczne zmiany naczyniowo - mezenchymatyczne, powstałe wskutek hiperergji stawowej; studjowali również wpływ czynników konstytucjonalnych, endogenicznych i egzogenicznych momentów, biochemizmu krwi, przemiany materji i t. d.

Prof. A l p e r n i jego współpracownicy uczulali króliki przy pomocy zastrzykiwań w różnych odstępach czasu dożylnie i podskórnio $\frac{1}{4}$ cm.³ i więcej świeżej surowicy konskiej; następnie stosowali t. zw. prowokujące zastrzyknięcie do stawu kolanowego. Doświadczenia trwały 6 — 7 miesięcy. Niektórym królikom smarowano gardło kulturami drobnoustrojów, wyhodowanych z migdałków chorych na góściec. W zależności od dawki surowicy i charakteru uczulenia powstają u królików zapalenia stawów z miejscową martwicą. To samo odbywa się w tkance okołostawowej, w ścięgnach, mięśniach, w błonie wewnętrznej naczyni i zastawkach sercowych. Na preparatach mikroskopowych, demonstrowanych przez prelegenta, widoczne są w różnych narządach te same prawie zmiany anatomo-patologiczne, jakie są opisane w góście u człowieka. Przebieg schorzenia u królika również jest podobny do przebiegu u człowieka: obrzęki stawów, sztywność mięśni sąsiednich, miejscowe podniesienie ciepłoty i przekrwienie. Po całym szeregu zastrzykiwań udaje się wywołać u królików zniekształcenia stawów.

Badacze rosyjscy, nie poprzestając na tych doświadczeniach, zajęli się również zbadaniem momentów ubocznych (konstytucja, odżywianie i t. d.) które nasilają lub osłabiają reakcję alergiczną. Okazało się, że tyroksyna ma własność przyspieszania i potęgowania mezenchymalnych zmian w sercu. Usunięcie tarczycy osłabia odczyn stawowy wskutek ogólnego zahamowania przemiany materji. Tak samo również pituitryna zmniejsza sensybilizację ustroju i objawy hiperergji. Pewien wpływ posiada również czynność układu śródbłonkowo - siateczkowego; usunięcie śledziony potęguje odczyn miejscowy.

Wielki wpływ wywiera również rodzaj pokarmu. Obfitość pokarmu w węglowodany (buraki + glukoza) wyraźnie zwiększa przekrwienie stawów, obfitość białka — osłabia. Nie

pozostaje bez wpływu również pora roku: jesienią i zimą odczyn jest wyraźniejszy, latem — mniej wybitny. Badania biochemizmu krwi tak u chorych, jak i u zwierząt doświadczalnych wykazały pewną prawidłowość fizjologiczną w okresie sensybilizacji i desensybilizacji co do wahań w zawartości K i Ca, lecytyny, cholesterolu, zapasów zasad, przemiany kwasomoczwowej i t. d. Wspólnosć wahań biochemicznych w przemianie kwasomoczwowej u chorych i zwierząt doświadczalnych zbliża tę postać góścia z wadliwą przemianą purynową u chorych dnawych.

W ten sposób szkoła A l p e r n a uważa góściec nie za schorzenie zakaźne o charakterze swoistym, lecz za wynik stałe trwającej intoksykacji, powodującej uczulenie ustroju względem tej lub innej substancji trującej, skutkiem czego występuje charakterystyczny odczyn ze strony mezenchymy i anafilaktyczne zapalenie stawów.

Wymienione badania na zwierzętach doświadczalnych, jak również na chorych na góściec, wysunęło u lekarzy nowożytnych metodę d j e t e t y c z n e g o l e c z e n i a góścia jako schorzenia konstytucjonalnego i hiperergetycznego.

Prof. P e w z n e r wspólnie z prof. T a t a l a j e w y m, L e w i n e m (Moskwa) i inn., jak również prof. L e p o r s k i (Woroneż) w swych pracach, ogłoszonych na Kongresie, chwala nadzwyczajnie dodatnie rezultaty osiągnięte w leczeniu chorych na góściec — ostry i przewlekły — za pomocą specjalnej diety. Bez stosowania jakichkolwiek innych sposobów leczenia (salicyl i t. d.) autorzy osiągnęli poprawę obrazu klinicznego ostrego góścia stawowego, obniżenie ciepłoty, szybkie zmniejszenie bólów i zmian zapalnych w stawach, wznowienie ruchów, zmianę w opadaniu czerwonych ciałek, poprawę w obrazie elektrokardiograficznym i t. d.

Leczenie dietetyczne góścia jest oparte według L e p o r s k i e g o na następujących zasadach: Wychodząc z faktu znacznego zmniejszenia przemiany materji i objawów głodu tlenowego, 1) dieta powinna zawierać nie więcej niż 1500 kaloryj na dobę; 2) W ciągu pierwszych 8 — 10 dni powinno się stosować bezwzględnie dietę suchą lub też ograniczenie ilości wody do 200 — 400 cm.³ na dobę. Ilość dobową NaCl ogranicza się do 2 — 4 gr. 3) Wyłącza się białko zwierzęce, ogólna zaś ilość białka roślinnego zmniejsza się do 0,5 na kilo wagi. 4) Dieta oblicza się w ten sposób, ażeby nadmiar zasad w stosunku do kwasów sięgał określonej normy.

Opowiednio do tego dieta chorego na ostry góściec stawowy powinna się składać z chleba, kasz, ziemniaków, jarzyn, owoców, masła i cukru przy zawartości dobowej 26 gr. białka, 45 gr. tłuszczu i 280 gr. węglowodanów z przewagą zasad nad kwasami. Wyłącza się przytem wszelkie leczenie farmakologiczne.

Prof. P e w z n e r nieco inaczej układa swą metodę leczenia dietetycznego. W niektórych przypadkach stosuje on dietę P e m b e r t o n a z ograniczeniem węglowodanów, białka i ogólnej liczby kaloryj, w innych przypadkach zarządza się ograniczenie ilości węglowodanów przy normalnej zawartości białka, tłuszczu i kaloryj. Dalej wyznacza on przeciwzapalną dietę N o o r d e n a w postaci czystej lub z ograniczeniem węglowodanów, lub z przewagą soków surowych. Naogół trzyma się on diety kombinowanej ze stosowaniem, Zvezag-Diät N o o r d e n a.

Przy odwiedzaniu klinik przez uczestników Kongresu prof. P e w z n e r demonstrował szereg chorych z różnymi ostre i przewlekłe postaciami góścia stawowego, którzy byli przedtem bezskutecznie leczeni innymi sposobami i którzy zostali przez niego wyleczeni (znikły ból, polepszyły się elektrokardiogramy, powróciła zdolność do pracy) wyłącznie dzięki specjalnemu leczeniu dietetycznemu.

Na ile właśnie ta okoliczność gra rolę w wyleczeniu, i na ile tu gra rolę sugestia chorego lub autosugestia lekarza samego, trudno osądzić. W każdym razie krytyka i pesymizm są tu całkowicie uzasadnione.

(Dok. nast.).

C. S z a b a d (Wilno).

O d c i n e k

Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za okres 1930—1932 r.

Podala:

Dr. Małja GRZYWO - DĄBROWSKA (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 29 30)

Całkiem różny jest typ nadwrażliwy (hyperémotif). Dla jednostki tego typu rytm codziennego życia może być niekiedy źródłem nieustannych wzruszeń, drobne nawet przejawy życia codziennego mogą wzbudzić gwałtowne fale silnych uczuć. Nieznaczną przyczyną może ich wprowadzić w taki gniew, że ciało zaczyna drżeć, twarz chorobliwie się zaczerwieni, głos stanie się chrapliwy, oddech przerywany; strach może również przyjąć potężne rozmiary: w chwili niebezpieczeństwa nogi wrastają w ziemię, zamiast się cofnąć, człowiek stoi, jak przygwożdżony, kiedyindziej znów gna na oślep. Spowodowane przez wzruszenia zaburzenia mowy spotkać u nich można w najrozmaitszych formach i postaciach: głos może się załamać, mowa staje się niezrozumiała, bełkotliwa, występuje jąkanie, kiedyindziej głosu może zabraknąć.

Uważam za stosowne omówić nieco szczegółowiej podobny typ, typ już nieomal patologiczny, gdyż znaczna część młodocianych samobójców, zresztą także i dorosłych, do niego należy. Jednostki tego typu dzięki swej nadwrażliwości przeżywają nieraz stan przeraźliwego niepokoju już nie tylko z powodu rzeczywistego, istotnego niebezpieczeństwa, grożącego czy to im samym, czy to osobom, im bliskim, lecz często nawet na myśl o możliwości niebezpieczeństwa lub nawet na wspomnienie dawno minionych już nieszczęść. Czasem wytwarza się u nich w tych warunkach lęk, który odczuwają jakby w okolicy serca, kiedyindziej doznają ściskania w gardle, i t. d. A teraz wyobraźmy sobie, że podobna jednostka odznacza się przytem wybujałą wyobraźnią. Obrazy, jakie ta ostatnia może im nasuwać w pewnych momentach, odsuwają dzięki swej grozie na daleki plan nieraz zdolność rozumowania. Oczywiście, że u podobnych ludzi najrozmaitsze tarcia i przykrości życiowe, które są wszak nieomal zawsze nieodłącznymi składnikami istnienia, często wywołują b. ciężkie, niekiedy nawet nie do zniesienia objawy natury fizycznej i psychicznej. Spotykamy zatem zależnie od nasilenia: ból i ściskanie serca, bezsenność, utratę apetytu, suchość w ustach oraz w gardle i, co jest chyba najstraszliwsze, lęk nieokreślony, połączony zazwyczaj z oczekiwaniem czegoś okropnego. O ile życie takiego człowieka płynie spokojnem korytem, o ile nie przynosi ono wstrząsów, przeminąć może długi okres czasu, a nadwrażliwa natura człowieka nie da się zauważyć. Inaczej jest, gdy rytm codziennego życia zostanie zakłócony, gdy nieszczęścia nieoczekiwane, czy też nawet przewidywane spadną na podobną jednostkę. Wówczas nie tylko stan duchowy, lecz nawet i fizyczny, ulec może silnemu rozprężeniu, przyjąć zastraszające formy. Oczywiście, im życie jest więcej skomplikowane, im możliwość zderzeń z otoczeniem są częstsze, występowanie podobnych stanów, wywoływanych, jak to przed chwilą zaznaczyłam, zawsze przez przyczyny natury zewnętrznej, tembardziej jest ułatwione. W razie silnego wstrząsu w każdej chwili może się wytworzyć u osoby nadwrażliwej stan ostrego przeczułenia tak silnego, że można je nazwać odczu-

waniem „przed życiem, nie przed śmiercią” trwogi — ucieczka ze świata w tych warunkach może się wydać raczej wyzwoleniem.

Okoliczności, sprzyjające powstawaniu tarć i głębszych konfliktów, wytwarzają się przedewszystkiem tam, gdzie ludzkie interesy i sprawy więcej się zazębiają o siebie, bardziej się zahaczają; w miastach i większych zbiorowiskach są one częstsze, niż tam, gdzie ludzie nie są narażeni na bezpośredni, stały ze sobą kontakt. Szkoła, która wypełnia nieomal całkowicie życie dziecka, następnie młodzieńca, jest dla niego źródłem najrozmaitszych wzruszeń — zrozumiałe się stają wobec tego samobójstwa młodzieży szkolnej, wśród uczniów, należących do tego typu ludzi.

W materiale, stanowiącym przedmiot mej poprzedniej pracy, dotyczącej samobójstw młodzieży szkolnej, nie znalazłam odpowiednich danych, któreby mi pozwoliły omówić wyczerpująco tę chorobliwą konstytucję psychiczną i poprzeć tłumaczenie odpowiedniami przykładami. W obecnej pracy postaram się te braki uzupełnić.

Przedewszystkiem musimy wyjaśnić, co nazywamy konstytucją ustroju. Pojęcie to obejmuje sumę własności dziedzicznych, tylko dziedzicznych — sprawy, nabyte w okresie życia płodowego nie podpadają pod nie. Większa część cech konstytucjonalnych znajduje się w stanie utajonym i występuje dopiero na skutek działania tych czy innych czynników lub też w miarę rozwoju osobnika. Pojęcie konstytucji każe przypuszczać pewną określoną skłonność do występowania tych czy innych cech psychicznych lub fizycznych — mówimy o konstytucji fizycznej i psychicznej, konstytucji zdrowej, normalnej i chorobliwej. Konstytucja psychopatyczna, chorobliwa nie może jeszcze być uważana za chorobę stwierdzoną, jest jednak ona, zdaniem niektórych psychiatrów, czemś w rodzaju ułomności, kalektwa chronicznego, stwarzającego podatny grunt dla rozwoju chorób psychicznych, z których jedne są przemijające, inne stałe, a których objawy są tylko wzmożeniem się skłonności konstytucjonalnych. Byłoby najzupełniej bezcelowem i nie mieściłoby się w ramach obecnej pracy zaznajać czytelnika ze wszystkimi konstytucjami psychopatycznymi, ograniczę się zatem do omówienia jedynie tych, które mają ściślejszy związek ze zjawiskiem samobójstwa, stanowiąc dla niego jakby podłoże. Jest ich dwie: omówiona przed chwilą konstytucja nadwrażliwa i druga, niemniej groźna od poprzedniej z punktu widzenia skłonności do samobójstwa, t. zw. cyklotymiczna lub okresowa. Na czym polega związek między skłonnością do samobójstwa, a tą czy inną konstytucją czyli organizacją? Zwolennicy omawianej teorii uważają, że przy właściwych dla obu tych organizacji psychicznych nastawieniach wytwarzają się stanu uczuciowe tak ciężkie, powstają nastroje tak nie do zniesienia, że wskazują one jako wyjście — śmierć. Skłonność do samobójstwa byłaby wobec tego nieomal wyłącznym smutnym przywilejem obu wymienionych konstytucyj.

Teoria ta w dużej mierze jest słuszną, nie może jednak być przyjęta w całej rozciągłości bez zastrzeżeń. Nie sposób się zgodzić, że wyłącznie tylko ciężkie stany uczuciowe w połączeniu z jedną z wymienionych konstytucyj psychopatycznych są przyczyną samobójstw, że nigdy myśl o pozbawieniu się życia nie

jest w stanie doprowadzić do własnowolnej śmierci. Pozostawione niekiedy przez samobójców listy przeczą takiemu jednostronnemu postawieniu sprawy, przeczą mu także choćby np. wypadek, dotyczący L a f a r g u e ' a. Z drugiej znowu strony nawet tam, gdzie zdaje się, że tylko myśl, konsekwentnie przeprowadzona, jest przyczyną tych czy innych czynów człowieka, trudno jest sobie wyobrazić, by całkowicie była ona pozbawiona zabarwienia uczuciowego — zazwyczaj głębsza analiza i tam wykryje pewien podkład uczuciowy.

Wyznawcy teorii, że samobójstwo jest zawsze czynem psychopaty lub człowieka więcej czy mniej nie-normalnego, w każdym poszczególnym wypadku mogą znaleźć wytłumaczenie, że dany osobnik był jednostką nadwrażliwą, z czym się potrafił ukrywać, lub też pesymistą chrobliwym, skłonny do niepokoju, do smutku czy depresji. W myśl tej teorii te oto stany uwarunkowały i doprowadziły go do samobójstwa.

Uspokobienie, skłonne do depresji, w rozmaitem natężeniu spotykamy właśnie w konstytucji cyklotymicznej czyli okresowej.

O ile w omówionej przed chwilą konstytucji nadwrażliwej (hyperémotive) czystej, t. zn. pozbawionej domieszki depresji dla wywołania stanu przygnębienia czy lęku, zawsze istnieć musi przyczyna zewnętrzna: strata osoby bliskiej, utrata majątku, niepowodzenie w przedsiębiorstwie i t. d., w konstytucji cyklotymicznej lub okresowej przyczyna ta tkwi wyłącznie tylko w samym osobniku, i, niezależnie od przebiegu jego życia, choroba wybucha czy też powoli występuje w tej czy innej swej fazie. Muszę tu zaznaczyć, że bardzo szeroki co do swej rozpiętości typ cyklotymika charakteryzuje się zasadniczo występowaniem u niego dwóch okresów: w pierwszym jego przejawy życiowe ulegają ulegając wzmożeniu — jest to okres podniecenia, w drugim zwolnieniu, przytłumieniu — jest to okres depresji. W pierwszym naszym zazwyczaj, lecz niezawsze, bywa wesoły, w drugim smutny. Cyklotymika, u którego występują obie fazy, możemy przyrównać do fali, która to wznosi się, to opada, do morza o przyływach i odpływach. Bywają jednak ludzie tej konstytucji skłonni nieomal tylko do stanów podniecenia, kiedy indziej prawie tylko do depresji. Nieznaczny stopień cyklotymji, wyrażający się jedynie w pewnej, niewielkiej, zresztą, skłonności do podniecenia, którego natężenie nie jest b. silne, to potężny niekiedy atut w grze o powodzenie w życiu. Niewybujale nadmierne podniecenie przyjmowane bywa za zapal, za żywiość temperamentu, za energię; ludzie, obdarzeni w stopniu nienadmiernym tą konstytucją, są zazwyczaj uspokobieni wesołego, pogodnego, obecne niepowodzenia nie sprawiają im większych zmartwień, nie zniechęcają się oni przeszkodami, są dzielni, wierzą w lepsze jutro, zrozumiałem jest zatem, że nawet i wtedy, gdy pod względem innych wartości duchowych nie są oni szczerzej uposażeni od innych ludzi, znajdują się w gruncie rzeczy w znacznie szczęśliwszym od innych położeniu; to też łatwiej udaje się im wybić, wysunąć na szerszą widownię, zabłysnąć niekiedy, co prawda, krótkotrwałym tylko blaskiem. Jednak i tu jest wielka przeciwwaga wyszczególnionych przed chwilą darów życiowych, złożonych jeszcze do kolebki niemowlęcia — ludzie, skłonni do nieznacznych nawet stanów podniecenia, mogą być również i bywają orzaważnie skłonni także do depresji, do dłuższej czy krócej trwającego przygnębienia, zniechęcenia o bardzo

różnorodnym natężeniu. W pewnych przypadkach u podobnych jednostek nawet krótkotrwała faza depresji może doprowadzić do samobójstwa. Dlaczego? Bo okres ten jest naogół bardzo niemiły, więcej, niebывале czasami ciężki: siły moralne i fizyczne topnieją, zniechęcenie, rozczarowanie, przygnębienie opanowuje duszę, wszystko, co tak niedawno jeszcze wydawało się łatwym, piętrzyć się zaczyna trudnościami, droga życia, co do niedawna zdawała się tak gładka i równa, jeżyć się zaczyna ostreimi głazami, niepokój ogarnia duszę; niepokój ten może być tak straszliwy, że zmienia się czasem w ślepy lęk. Zda się, że bez śladu minęły te dni, gdy pełen sił życiowych szedł nasz cyklotymik równym, sprężystym krokiem, gdy na twarz miał wyraz pewności siebie, pogody, zadowolenia i dobrośliwości. W sobie czuł siły, nie lękał się niebezpieczeństw, był pewny, że w walce życiowej da sobie radę... Teraz w okresie przygnębienia nurtuje go nieraz myśl, że stoi niżej, o wiele niżej od innych, że musi zostać zgnieciony, zdeptytany. Zmienił się jego stosunek do świata i ludzi; świat, który poprzednio wydawał mu się tak piękny, jakby poczeriał, pokrył się kirem, ludzie mogą być dla niego przedmiotem lęku. Postać jego się skurczyła, głowę opuścił, na twarzy ma wyraz z troskania i niepokoju.

I te formy nie są jednak jeszcze najstraszniejsze, bywają jeszcze groźniejsze, gdy tym razem doprowadzi ciężko już chory człowiek staje się ofiarą uroień męczących, ponurych, gdy w sobie samym wyszukuje przyczyn nieszczęść osób mu bliskich lub otoczenia, gdy uważa się czasem za tak pozbawionego wszelkiej wartości, że nie jest godzien chodzić po świecie. Stany te są nieraz tak niewymownie ciężkie, że śmierć zdaje się wyzwoleniem od męki życia. Konstytucja cyklotymiczna osobnika, słabo zazwyczaj u niego zaznaczona, może w pewnych momentach tak jaskrawie i silnie się wykazać, że nawet człowiek nie mający pojęcia o tego rodzaju chorobliwych organizacjach, dojdzie bez trudu do wniosku, że dany osobnik jest nienormalny. Inaczej jest wtedy, gdy objawy nie są wyraźnie zaznaczone, lub gdy się je w dodatku stwierdza w niezbyt silnej formie u osoby, skłonnej naogół do depresji, niekiedy skrytej, opowanej, starającej się wszelkimi siłami ukryć swój stan przed otoczeniem, nakładającej maskę przy ludziach. W tych warunkach samobójstwo może się często wydać niezrozumiałą zagadką: „Wczoraj jeszcze spotkałem ją na ulicy — rozmawiała, jak zazwyczaj”, „Przed kilku dniami widziałem go w towarzystwie, był wesoły i ożywiony” i t. d.

Mamy już pojęcie o obu fazach cyklotymji, musimy dodać jeszcze, że obojętne typów, wykazujących okresowość nastroju i przejawów życiowych, spotyka się jednostki, u których nie widać wyraźnie zaznaczonej fazy depresji, znajdują się one natomiast nieomal stale w nastroju zniechęcenia, rozczarowania, przygnębienia — są to ludzie smutni, zgorzkniali, niezadowoleni. Do tej grupy zaliczyć musimy także „urodzonych pesymistów, wiecznych malkotentów”, dla których wszystko jest zawsze beznadziejnie szare lub czarne. Zdarzają się także osoby, które łączy w sobie cechy cyklotymji z nadwrażliwością; położenie ich jest, oczywiście, jeszcze gorsze: każdy nieco żywszy wstrząs, zwłaszcza, gdy się zdarzy w okresie przygnębienia, łatwo może doprowadzić do katastrofy.

Z tego, com tu powiedziała, wypływa, że w konstytucji cyklotymicznej przyczyny, leżące poza jednostką, warunki zewnętrzne, grają znikomą tylko rolę, jako

moment, wywołujący chorobę, w przeciwieństwie do konstytucji nadwrażliwej, gdzie rola ich jest istotna, gdzie wytwarzają one niekiedy stan niewymownie ciężki, wiodący ostatecznie do zaniku instynktu życia. Punkt ciężkości tkwi jednak w obu wypadkach w rzeczywiście chorej w danej chwili psychice jednostki.

Przy wychowywaniu dziecka, posiadającego jedną z opisanych przed chwilą konstytucyj, niezawsze starczyć mogą wyłącznie tylko pedagogiczne metody. W okresie obostrzenia niezbędne jest leczenie: najbardziej racjonalnie prowadzone wychowanie nie jest w stanie zwalczyć potężnie wyolbrzymiałej w pewnej chwili skłonności do samobójstwa. Nie pomogą tu żadne środ-

ki pedagogiczne; interwencja lekarza - specjalisty, często nawet kuracja w odpowiednim zakładzie może okazać się rzeczą konieczną. Tak samo, jak leczymy wrzód żołądka, zapalenie płuc czy jaką inną chorobę, należy poddawać leczeniu stany lękowe i depresję, które, niestety, mają skłonność do nawrotów.

Nie tak się jednak dzieje w życiu: sądząc z materiału, jakim rozporządzałam, a także z gazet, które tak szeroko rozpisują się zazwyczaj o wypadkach samobójstw, widzimy, że naogół stany chorobliwe nie są w porę rozpoznawane, nie bywają poddawane leczeniu, nic więc zatem dziwnego, że prowadzą one często do katastrofy. (C. d. n.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z prywatnego Sanatorium dla nerwowo i psychicznie chorych w Otwocku.

(Dyrektor Dr. Rafał Becker)

O skłonności do samobójstwa*).

Podał:

Dr. Med. Rafał BECKER (Otwock).

Choćbyśmy byli jaknajbardziej otrząskani ze zgrozą budzącymi scenami z otchłani cierpienia i śmierci, widok samobójstwa zawsze będzie w nas budził jakiś tajemniczy dreszcz. Temu uczuciu nawet lekarz, który z racji swojego zawodu codziennie tak blisko się styka z bólem i męką w ich najokropniejszych postaciach, na widok samobójcy oprzeć się nie może uczuciu przerażenia.

Wciąż rosnąca liczba samobójstw doby obecnej mimowoli przykuwa uwagę do tego zagadnienia, które po wsze czasy zajmowało najwybitniejszych przedstawicieli myśli. Zpśród czynów ludzkich żaden nie wywołuje takiej różnorodności sądów, w zależności od epoki i cech indywidualnych osób, które te sądy wydają, jak samobójstwo. Potępiane i piętnowane przez jednych, postulowane jako prawo wolnej jednostki ludzkiej i nawet apoteozowane przez innych, przez jedne religie propagowane, przez inne zwalczane w sposób bezwzględny — samobójstwo przedstawia się nam jako jedno z najbardziej zawitych i zarazem najbardziej ciekawych zagadnień w dziejach kultury i obyczajów ludzkich. Zagadnieniu samobójstwa zostały też poświęcone liczne rozprawy, w których wybitni przedstawiciele różnych dziedzin i kierunków myśli i wiedzy próbowali oświecić istotę samobójstwa z tego lub innego punktu widzenia. Zagadnieniem tem zajmowali się teologowie i socjologowie, prawnicy i lekarze.

Morselli dopatruje się w samobójstwie jednego z wielu sposobów, za pomocą których natura urzeczywistnia swe podstawowe prawo walki o byt. Massarik w swym dziele „Samobójstwo jako masowe zjawisko społeczne“, wydanem już w roku 1881, określa samobójstwo jako wytwór postępu kultury i cywilizacji. Rehfisch uważa, że samobójstwo, z nielicznymi wyjątkami, jest tylko końcem ogniwem całego łańcucha stanów patologicznych.

Pogląd, że samobójstwo niemal zawsze jest

oznaka pewnego zaburzenia psychicznego, wypowiedział już Esquirol przed przeszło stu laty. Do niego przyłączają się też inni autorzy, którzy widzą w samobójstwie pewną odmianę choroby psychicznej.

Nie brakowało też i prób dotarcia do istotnej przyczyny samobójstwa na stole sekcyjnym. Stwierdzono, np., że bardzo wysoki odsetek (do 43%) ogólnej liczby zwłok samobójczych, które się dostają na stół sekcyjny, wykazuje zmiany patologiczne, świadczące o tem, że czyn samobójczy popełniony został w stanie zmniejszonej poczytalności.

Tübingeński psychiatra Gaupp w swej klasycznej pracy o samobójstwie, ogłoszonej już w roku 1905, pierwszy zwrócił uwagę na konieczność rozróżnienia obu pojęć: właściwej, obiektywnej przyczyny samobójstwa i jego umotywowania przez samobójcę. Motywy samobójstwa są właściwie racją, która występuje w świadomości człowieka, który targnął się na swe życie; przyczynami natomiast nazywamy czynniki istotne, tkwiące czy to w konstytucji fizycznej, czy psychicznej samobójcy, a które przy dłuższem nawet działaniu nie dochodzą do jego świadomości. Sam Gaupp osłabia jednak to swoje twierdzenie, przyznając, że na większym materiale ta zasada nie jest do przeprowadzenia. W końcu Gaupp przychyliła się do zdania, że tylko u psychicznie chorych i u potatorów związek przyczynowy między skłonnością do samobójstwa a chorobą psychiczną da się ustalić z absolutną pewnością. Z wielką oględnością natomiast należy, według niego, traktować t. zw. „niestałość psychiczną“ jako moment przyczynowy. Jeśli nawet przyjmemy, że należyce rozróżnione przypadki rzeczywiście należą do wspomnianej kategorii psychicznie niestałych, to z tego bynajmniej jeszcze nie wynikałoby, że popełnione samobójstwo spowodowane zostało przez czynniki konstytucjonalne lub też przez nie uwarunkowane. Samobójstwo bowiem niezależnie od tego mogło być spowodowane przez cały kompleks ważkich motywów, które nawet normalnego człowieka mogłyby popchnąć do targnięcia się na własne życie.

Dreikurs jest zdania, że istnieje ogólna tendencja do oceniania samobójstwa pod kątem widzenia niepatologicznego, ponieważ samobójstwa, popełniane są również przez ludzi normalnych. Kuhner natomiast udawadnia, że naogół przeważa pogląd, zaliczający samobójstwa do kategorii przejawów chorobowych. Jego zdaniem samobójstwo jest jedną z form protestu—pro-

*) Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Polskiego Tow. Psychiatrycznego w Warszawie w dniu 6.6.1934.

testu, skierowanego przeciw tym, co pozostają przy życiu, a u których ten protest wywołuje obawę. A wszystko to, co w postępowaniu człowieka budzi u nas obawę, określamy jako anormalne.

Chcąc oświecić zagadnienie samobójstwa w sposób możliwie obiektywny i wszechstronny, musimy jednak stale pamiętać o tem, że jest ono zjawiskiem masowym, w wielkiej mierze zależnym od ogólnych warunków społecznych i biologiczno-fizycznych. Wpływ tych czynników na rozpowszechnienie samobójstw, wzgl. ich częstość, na ich podział podług rodzaju, podług płci i wieku samobójców, podług pór roku, w których najczęściej zdarzają się samobójstwa, jak również podług wyznania i rasy — nie da się ustalić bez rozległych systematycznych badań statystycznych.

Szczegółowemu i bardziej wyczerpującemu omówieniu wszystkich tych momentów, z należytem uwzględnieniem rozporządzalnych danych statystycznych zamierzam poświęcić specjalną monografię. W dzisiejszym odczycie zajmę się jedną tylko, a zarazem najbardziej kardynalną kwestją z dziedziny psychologii i psychopatologii samobójstwa, mianowicie, zagadnieniem skłoności do samobójstwa.

Zanim jednak przystąpię do właściwego tematu mojego referatu, pozwolę sobie dla lepszej orientacji przytoczyć kilka danych, dotyczących częstości samobójstwa w różnych krajach ze szczególnem uwzględnieniem Polski.

W Niemczech przed wojną stwierdzono wzrost liczby samobójstw. Wojna i późniejszy okres inflacji wzrost ten zatamowały, lecz wraz z powrotem czasów normalniejszych liczba samobójstw znowu się wzmożła. Częściej, niż przed wojną, występują samobójstwa w Saksonji, w Hanowerze, w Westfalji i w Hamburgu, przytem ujawniła się wyraźna różnica między dzielnicami protestanckimi a katolickimi na korzyść tych ostatnich.

Po wojnie dało się zaobserwować zwiększenie się liczby samobójstw wśród kobiet w Austrii, Czechosłowacji, na Węgrzech a także w neutralnej Szwajcarii, natomiast zjawisko samobójstwa nie stało się częstszem we Francji, Belgji i Holandji.

Frena u w pracy, poświęconej sprawie samobójstw w Stanach Zjednoczonych, stwierdza, że jest ono tam zagadnieniem nader poważnem. Śmierć z powodu samobójstwa wynosi w Stanach Zjednoczonych jeden procent wszystkich zgonów, co przy wskaźniku 10 do 16 na 1000 mieszkańców stanowi 10.000 rocznie na ogólną liczbę 109 milionów ludności. Liczba zgonów tej kategorii jest tam niemal równa liczbie zgonów wskutek starości.

W Finlandji liczba samobójstw stale wzrasta i w ciągu ostatniego 10-lecia podwoiła się. Podczas wojny Europejskiej śmiertelność z powodu samobójstw uległa zmniejszeniu. Dopiero w roku 1918, podczas wojny domowej dał się zauważyć silny wzrost samobójstw. Analogiczne zjawisko stwierdzono również w Jugosławiji, zwłaszcza w stolicy kraju. Od roku 1919 do 1928-go liczba samobójstw wzrosła tam sześciokrotnie. W Rosji Sowieckiej natomiast liczba samobójstw od chwili ustania wojny domowej znacznie zmalała i spadła nawet poniżej poziomu przedwojennego.

A jak się przedstawiają odnośne stosunki w Polsce?

Kwestją samobójstw najwięcej u nas się zajmuje Prof. Grzywo-Dąbrowski, który w tej sprawie ogłosił szereg przyczynków statystycznych. Jedną z tych prac poświęconą jest samobójstwom w Warszawie w okresie od roku 1921 do 1930. W krzywych, obrazujących liczebny rozwój samobójstw w okresie 1910 — 1930, najbardziej rzuca się w oczy wybitny wzrost samobójstw, poczynając od roku 1910-ego aż do roku 1913-ego, kiedy osiąga największe nasilenie. Zjawisko to autor tłumaczy całym szeregiem przyczyn, a mianowicie, niezmiernie szybkim rozrostem miasta Warszawy i jej ludności, przyspieszonym tempem ruchu budowlanego, życia społecznego i politycznego w ostatnich latach przedwojennych, wzmożeniem się walki podziemnej z caratem i zaostreniem się walki o byt. Wszystko to w sumie stworzyło podatniejszy grunt dla wzrostu liczby samobójstw.

Od 1914-go roku, roku, w którym wybuchła wojna światowa, następuje nagły spadek liczby samobójstw, który szczególnie wyraźnie zaznaczył się w roku 1920. Zjawisko to znajduje swoje wytłumaczenie w Wojnie Europejskiej, a następnie w latach 1918 — 1920 w trwającej jeszcze walce o Niepodległość.

Największy spadek liczby samobójstw w Warszawie zaznaczył się w roku 1920, w czasie, gdy u wrót stolicy stały wojska bolszewickie, gdy mało kto myślał o własnych sprawach i przeżyciach, a uwaga całej niemal ludności skupiona była na niebezpieczeństwie, grożącym ogółowi. Lecz od roku już 1921-go rozpoczyna się ponowny wzrost liczby samobójstw, który trwa aż do roku 1926-go. Wzrost ten nie ustaje i w późniejszych latach i osiąga przeciętną liczbę 1600 rocznie.

Analogiczne zjawisko obserwujemy w Łodzi, gdzie na podstawie danych Pogotowia Ratunkowego liczba samobójstw wynosiła w 1918-ym roku tylko 72. Odtąd liczba ta wzrasta bez przerwy aż do roku 1927, w którym to roku osiągnęła liczbę 350.

O ruchu samobójstw za okres pięcioletni, który obejmuje też lata kryzysowe, informuje nas niedawno ogłoszona praca Bakalowej; między innemi autorka zwraca uwagę na ciekawe i pozornie wprost paradoksalne zjawisko. „Jeżeli sądzić z wiadomości podawanych przez prasę codzienną — pisze Bakalowa — to liczba samobójstw w Warszawie wzrasta niepomieranie. Wydaje się naturalnem, że tak ciężki kryzys, jaki obecnie przeżywamy, musi prowadzić do samobójstwa jednostki wykołejone lub pozbawione kawałka chleba, bardziej chwiejne psychicznie, których życie z przyczyn materialnych zostało załamane. Na łamach dzienników czytamy codziennie o czynach rozpaczliwych, o wypadkach targnięcia się na życie wskutek krachu finansowego lub braku środków do życia. Obiektywne zbadanie tej sprawy nie potwierdza tych przypuszczeń, zdawałoby się zupełnie słusznych. Liczba zamachów samobójczych w Warszawie w okresie pomyślnej konjunktury gospodarczej wyższa jest niż w latach kryzysowych. Naturalnie, powiada dalej autorka, nie należy tu wyprowadzać wniosku, że niema żadnej zależności między kryzysem a liczbą samobójstw. Stosunek ten jednak nie jest tak prosty, jak to ogół sądzi i w wyciąganiu wniosków należy tu być bardzo ostrożnym. Na podstawie analizy szczegółowej danych za okres 1927—1932, możemy ponad wszelką wątpliwość powiedzieć, że kryzys wywarł wpływ dominujący na strukturę wewnętrzną samobójstw, lecz współczynnik zamachów w latach kryzysowych 1930 — 1932 wynosił tylko 123 wobec

136-ciu wypadków samobójstwa w okresie 1927 — 1929“.

Z przytoczonych przykładów, których ze względu na ramy niniejszego odczytu przytoczyłem tylko część niewielką, wynika, co następuje:

Popierwsze: Liczba samobójstw wzrasta z roku na rok i staje się coraz poważniejszą klęską społeczną. Podrugie: Momenty społeczno - gospodarczy, jak również i polityczny, o ile chodzi o samobójstwa, odgrywają wprawdzie bardzo wybitną, lecz nie decydującą rolę.

Główny bodziec zamachu samobójczego tkwi

przeważnie w samym człowieku i w jego ustosunkowaniu się do otoczenia. Innymi słowami, ucieczka od życia uzależniona jest nie tylko od warunków społecznych i gospodarczych, lecz również uwarunkowana jest kompleksem zaburzeń bądź to natury organicznej, bądź psychicznej, w walce z którymi człowiek ulega.

Opierając się na poglądach najnowszej literatury przedmiotu, której najwybitniejszymi wyrazicielami są lekarze F e d e r n, S c h n e i d e r i M e e r l o o, oraz na własnych obserwacjach, spróbuje nieco dokładniej oświetlić tę stronę zagadnienia.

(C. d. n.

Wiadomości bieżące

— Ordynatorem oddziału chorób nerwowych w Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie został mianowany kol. Eufemjusz H e r m a n, członek redakcji naszego pisma. Życzymy kol. H e r m a n o w i owocnej pracy na tem zaszczytnym stanowisku.

— Wyszedł z druku Z. 3 — 4 tomu I „Archiwum Kryminologicznego“, założonego przez prof. Wacława Makowskiego, pod redakcją Dr. Stanisława Batawii. Na treść tego zeszytu składają się prace: Baleya, Łuniewskiego, Rabinowicza, Mydlarskiego i Wiązowskiego, Rosenblumówny i Neudingowej, Steffena, Strasmana, Piątkiewicza i Strasmana. W dziale „Voria“ znajdujemy kilka mniejszych ciekawych prac. „Archiwum“ wychodzi nakładem znanej księgarni F. Hoesicka i odznacza się wytworną szatą zewnętrzną. Nowe to wydawnictwo znajdzie bezwątpienia licznych czytelników wśród przedstawicieli świata lekarskiego.

— W Nr. 32 „Polskiej Gazety Lekarskiej“ znajdujemy następującą godną powtórzenia notatkę „Dla dosadniejszego potępienia wrogów diety mięsnej, używających swych wpływów politycznych dla propagowania zarzucenia mięsa, jako składnika normalnej diety człowieka zdrowego, porównywa ich C. von N o o r d e n w artykule, ogłoszonym w Med. Klin. Nr. 25 z r. b. do inkwizytorów, skazujących na spalenie na stosie heretyków, lub do... ludzi, którzy podyktowali pokój wersalski“. (Dosłownie: „Gdyby zasadniczy wrogowie mięsa przeforsowali swoje ciasne idee, to zniszczyliby

coś, czego by już odbudować nie mogli. Pozostawiliby po sobie ruiny, tak, jak to uczynili inni, niszcząc bezmyślnie. Byliby w obliczu dziejów świata takimi samymi przestępcami, jak ci, co palili heretyków, jak inkwizytorzy, chrzciciele (Wiedertäufer), jak ci, co dyktowali pokój wersalski“).

— T o w. L e k. J u g o s ł o w i a ń s k i e urzęda dn. 7 września r. b. w Bledzie doroczny Z j a z d L e k a r s k i. Jednym z tematów programowych jest higiena wsi. Komitet organizacyjny zaprasza na Zjazd Polaków i proponuje im zarazem przedstawienie stanu higieny wsi polskiej. Zgłoszenia przyjmuje Jugosłowiańskie Tow. Lek. Beograd, Zeleni Venac N. 3

— W czasie od 12 do 15 września r. b. odbędzie się w Marjenbadzie Zjazd, mający na celu przeciwdziałanie rozproszeniu naukowej myśli lekarskiej drogą syntezy poglądu na życie, przyrodę i świat. Komitet organizacyjny stanowią profesorowie: Breinl (Praga), Breitner (Insbruck), Brugsch (Halle), Bamberger (Praga), Stransky (Wiedeń) i Sihle — przewodniczący (Ryga). Odczyty wygłoszą wybitni przedstawiciele nauk lekarskich, biologicznych i filozoficznych. Informacyj w sprawach naukowych udziela prof. Sihle, dyrektor I uniwersyteckiej kliniki wewnętrznej, Riga, Elisabethstrasse 63. Programy wysyła na żądanie: Balneologisches Institut in Marienbad. Instytut ten przyjmuje również zapisy na Zjazd. Dla wcześniej zgłaszających się na Zjazd mieszkania bezpłatnie w ograniczonej liczbie. Wpisowe 60 kor. czeskich. Ulgi na kolejach czeskosłowackich.

TRĘŚĆ: E. GLAESSNER. Leczenie choroby wrzodowej pepsyną. — A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ. Dwa przypadki białaczki. — D. THURSZ. Model rozszerzań macicznych własnego pomysłu. — W. HALBERÓWNA. O serodiagnostyce gruźlicy (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Przyczynek do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia publicznego za okres 1930—1932 r. (C. d.) — R. BECKER. O skłonności do samobójstwa. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: E. GLAESSNER. Traitement de la maladie ulcéreuse par pepsine. — A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN et J. KRAMARZ. Deux cas de leucémie. — D. THURSZ. Un modèle des dilatateurs utérins, inventé par l'auteur. — W. HALBER. Sur le sérodiagnostic de la tuberculose (Rev. gén. fin.). — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Contribution à la psychologie et psychopathologie de jeunes suicidés. (suite). — R. BECKER. Sur la disposition au suicide.

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71. tel. 8-34-48.

