

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok VIII

WARSZAWA, 12 MARCA 1931 R.

Nr. 11

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

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

#### O wartości praktycznej przeciwalergenowej metody leczenia dychawicy oskrzelowej.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

(Dokończenie patrz Nr. 10).

Jak się sprawa ta przedstawia w r. 1930? Ostatnie doniesienia znamionują poważny zwrot w nieco sceptycznym przedtem stosunku do omawianego leczenia. Otóż Hugo Kämmerer z Monachjum, Brauer, Stepp, Ot. Müller, Köppe, Eckstein, Czerny, Alsleben z pośród poprzednio wymienionych klinicystów, negatywnie odnoszących się naogół do leczenia przeciwalergenowego, podnoszą, że w większości swych przypadków stwierdzili przyczynowy udział nieżytych oskrzeli, zapaleń płuc, grypy i innych nieżytych schorzeń dróg oddechowych w powstawaniu napadów d. o. Niekiedy pierwszy napad d. o. bezpośrednio poprzedzał nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc i t. p. Niekiedy ropne ogniska w migdałkach, względnie w różnych częściach dróg oddechowych, pozostałe po ostrych nieżytach, podtrzymywały dalsze istnienie d. o. Wobec tego stosowali oni leczenie autoszczepionkami i naogół otrzymywali (Brauer, Stepp, O. Müller, Nonnenbruch i inni) dobre wyniki. Woldrich z kliniki Nonnenbrucha w Pradze pisze („Klin. Woch.” N. 32. r. 1930), że we wspomnianej klinice stwierdza się stale u astmatyków wyraźną przewagę alergii bakteryjnej (w 63% przyp.); prawie wszystkie przypadki wykazują dodatnie próby skórne na mieszanke zawieszin gronkowców i łańcuszkowców; rozpoznanie umożliwia jednak nie próba skórna, lecz anamneza; metodą wyboru leczenia dychawicznych od lat pozostaje w klinice leczenie autoszce-

pionkami. Według statystyki Woldricha, 37% chorych zostało doszczętnie wyleczonych, w 23% nastąpiła znaczna poprawa, w 22% zaznaczyła się poprawa nieznaczna i tylko w 18% nie spostrzegano się poprawy. Wyniki te są naogół zbliżone do naszych, podanych w 1926 r., są jednak nieco lepsze.

Od roku 1926 znacznie wzbogaciliśmy własne doświadczenie w tem leczeniu, i liczba przypadków, którymi obecnie statystycznie rozporządzać moglibyśmy, przekracza 60. Musimy w tem miejscu stwierdzić, że pierwotny nasz optymizm w tym kierunku znacznie się zmniejszył. W ciągu ostatnich 4-ch lat nie spostrzegaliśmy ani jednego przypadku, zupełnie wyleczonego, aczkolwiek poprawę większą lub mniejszą w stanie astmatycznym otrzymywaliśmy często. Tłumaczy się to zjawisko po części tem, że ostrożniej ostatnio oceniamy skutki lecznicze. Chorego N., wyleczonego przez nas dawniej, obserwujemy do dziś dnia od 8-iu lat; jest on stale wolny od napadów d. o. Nie zaliczylibyśmy go ostatnio bez pewnych wahań do wyleczonych zupełnie za pomocą autoszczepionek, gdyż, badając rzecz dokładnie, wykryliśmy, że w kilka lat po opuszczeniu szpitala pacjent porzucił swe dawne zajęcie (przy sprzedaży futer), co już podważyć może wniosek o stałości wyleczenia.

Materiał nasz musimy podzielić na szpitalny i ambulatoryjny. Wyniki szpitalne są zgoła niezachęcające. Często bieg rzeczy jest następujący: w szpitalu — poprawa, a po powrocie do domu poprzedni, a niekiedy i gorszy stan zdrowia. Czynniki szkodliwe w domu, w zawodzie, o czym wspomnieliśmy wyżej, zubożniają całkowicie wpływ leczenia.

Dla przykładu chora P. (N. ks. gł. chorych 6859): po 15 zastrzyknięciach autoszczepionki znaczna poprawa. Chora, która codziennie miewała po kilka napadów, pozbyła się ich zupełnie. Pozostała lekka duszność. Chora wypisała się 21/V 1930 r. po 4-miesięcznym pobycie w Szpitalu; w tydzień po powrocie do domu żadnych śladów poprawy.

Przypadki ambulatoryjne są bardziej zachęcające. Chory leczy się w warunkach swego zwykłego trybu życia, poprawa trwa po kilka miesięcy i dłużej. Zaznaczyć musimy 2 czynniki, które w ocenie tego leczenia należy wziąć pod uwagę: 1<sup>o</sup>) chorzy szpitalni poddają się leczeniu zwykle po wielu latach istnienia cierpienia i bezskutecznego leczenia ambulatoryjnego, 2<sup>o</sup>) chorzy prywatni, a również i szpitalni przerywają często leczenie i nie przechodzą obydwu kursów leczenia (po pierwszym kursie leczenia — 30 zastrzykiwaniach — należy nanowo przygotować autoszczepionkę, która wtedy wykazuje niekiedy inny skład bakteryjny, i nanowo szczepić do 30 razy). Wyniki lecznicze wspomnianych klinik uniwersyteckich są, jak widzimy, znacznie lepsze. Przyczyny? Wymienimy następujące: 1<sup>o</sup>) bardziej systematyczne i uporczywe leczenie, i 2<sup>o</sup>) chorzy po wypisaniu się z klinik przeważnie nie byli dostatecznie obserwowani; sam zaś pobyt w klinice — usunięcie czynników mieszkaniowych i zawodowych — już często znacznie poprawia stan zdrowia pacjenta.

Przytoczmy tu znamieny przypadek. Chora G. C. lat 19 (N. ks. chor. 8040, r. 1930), leczona przez nas przed wstąpieniem do szpitala różnymi środkami, nie doznała żadnego polepszenia; codziennie występowały ciężkie napady d. o. Skierowaliśmy chorą do szpitala w celu leczenia autoszczepionkami. Po kilku dniach pobytu w szpitalu napady d. o. ustały samoistnie; chora następnie cały miesiąc była wolna od napadów i wypisała się ze szpitala z poprawą, nie otrzymawszy ani jednego zastrzyknięcia autoszczepionki.

A więc pobyt w szpitalu sam przez się podziałał na chorą leczniczo. Obserwowaliśmy przypadki, gdy, odwrotnie, pobyt w szpitalu pogarszał stan chorego.

20-letni student, chory na d. o. od dzieciństwa; leczenie objawowe przyniosło choremu pewną ulgę w jego cierpieniu; skierowaliśmy chorego do szpitala celem systematycznego leczenia, między innymi i autoszczepionkami. W szpitalu znaczne pogorszenie: napad po napadzie, pomimo stosowania najrozmaitszych leków; wreszcie żadnym środkiem nie można było choć nieco przytłumić napadów: chory był w ciągu tygodnia w stałym niezwykle ciężkim napadzie, czego nigdy nie notował u siebie w ciągu wielu lat swego cierpienia; ogólny stan chorego budził poważne obawy. Na własne żądanie chory wypisał się w ciężkim stanie ze szpitala i, jak się później okazało, nasilenie napadów w domu natychmiast zmalało. W kilka miesięcy później przeprowadziliśmy u chorego ambulatoryjne leczenie autoszczepionkami, do którego nie mogliśmy przystąpić w szpitalu; leczenie to na dłuższy czas przyniosło choremu ulgę.

Od kilku lat nie stosujemy leczenia autoszczepionkami u osobników z najłżejszymi objawami gruźlicy płuc. Wbrew opinii M o r a w i t z a, S t o r m - v a n - L e e u v e n a i innych, uważamy, że gruźlicze zmiany w płucach, często niewielkie, są niemal nieodłącznym powikłaniem d. o. Poza tym wyodrębniliśmy w swoim czasie specjalną grupę chorych, którą oznaczyliśmy, jako VIII, u których w obrazie astmy o. przeważała gruźlica, niekiedy rozpadowa; po każdym napadzie d. o. następuje nasilenie sprawy w ogniskach gruźliczych w płucach z kilkutygodniowym okresem wysokiej gorączki; po ustąpieniu gorączki — ponowny napad, i tak w ciągu szeregu lat cykliczny przebieg choroby. Pogląd ten na udział gruźlicy w d. o.

poparł w r. 1927 Fr. B i a ł o k u r („Stany astmatyczne, jako odległy skutek zakażenia gruźliczego” nakład Główniej Księgarni Wojskowej r. 1927); w pracy tej Białokur, przytoczywszy wyodrębnione przez nas 8 kategorii chorych, pisze: „Jak widzimy z opisu Szoura, astma i gruźlica często się ze sobą łączą. Moje spostrzeżenia w ambulatorjum Kasy Chorych w zupełności potwierdzają spostrzeżenia Szoura i jeszcze w większym stopniu zaznaczają przyczynowy związek gruźlicy i astmy”. Grossfeld w r. 1927 (P. G. L. N. 2 i 3) w swoich poglądach zbliża się do wypowiedzianych powyżej. Zdaniem jego, przeważna część prawdziwej d. o. jest pochodzenia gruźliczego. Pamiętać należy o tem, że objawy gruźlicy płuc są często zamaskowane przez d. o. i rozedmę płuc, częściowo analogicznie do postaci starczej gruźlicy płuc. Zasadą powinno być: dokonanie zdjęcia promieniami Roentgena płuc dychawicznego przed przystąpieniem do jego leczenia. Podejrzana na gruźlicę płuc wydaje się nam i część przypadków d. o., objętych przez starszych autorów nazwą „gorączkowej postaci d. o.”.

W każdym razie gruźlica płuc we wszystkich jej postaciach, a nawet i nieczynna, lecz wyraźna, jest ważnym przeciwwskazaniem do stosowania omawianego leczenia. Do przeciwwskazań należą poza tem, jak wiadomo, organiczne schorzenia narządów, jak, szczególnie, nerki i t. p. Powikłań na ogół leczenie to nie daje, liczyć się jednak trzeba z czasowem pogorszeniem stanu dychawicznego. Nadmienić jednak w tem miejscu musimy, że w przebiegu leczenia autoszczepionkami spostrzegaliśmy 2 przypadki nietypowego płatowego zapalenia płuc w górnym lewym płacie z domieszką krwi do płwociny w ciągu kilku tygodni oraz z ujemnym wynikiem badania na prątki Kocha. Jaki udział przypisać należy w tem szerepieniu lub ewentualnie przygodnym infekcjom (grypa?) jest dla nas dotychczas niejasne.

Ostateczny wniosek w sprawie leczenia autoszczepionkami chcielibyśmy sformułować w sposób następujący: do leczenia autoszczepionkami należy przeznaczać chorych po wyłączeniu przeciwwskazań, szczególnie ze strony zmian gruźliczych w płucach; leczenie należy przeprowadzać systematycznie i uporczywie i zasadniczo ambulatoryjnie; leczenie to daje często poprawę; przypadki wyleczenia zupełnego są b. nieliczne; nie ulega jednak wątpliwości możność całkowitego wyleczenia w pojedynczych przypadkach.

Leczenie szczepionkami obcorodnymi, niespecyficznymi (szczepionka Danysz: lasecznik okrężnicy, *proteus*, *enterococcus*, łańcuszkowiec, gronkowce, albo szczepionka z las. okrężnicy i t. p.), jako mniej skuteczne, nieliczne już znajduje zwolenników. Jednak dotychczas Cooke i Rackeman w Ameryce uważają, że szczepionki obcorodne przynoszą w leczeniu d. o. więcej pożytku, niż autoszczepionki. Wreszcie Storm — van — Leeuwen jest przekonany, że leczenie szczepionkami często pogarsza stan chorego.

Natomiast propaguje on niespecyficzne leczenie dychawicznych tuberkulą, co przekracza granice właściwego leczenia d. o. ze względu na częste powikłania d. o. gruźlicą płuc; dodać trzeba, że ma się wrażenie, że St. — van — Leeuwen

mniej już ostatnio wysuwa leczenie tuberkuliny, poświęcając specjalnie swą uwagę leczeniu powietrzem, pozbawionem alergenów.

Jak wiadomo, 8 lat temu St. — v an — L. stwierdził, że 85% dychawicznych w Holandji cierpi na klimatyczną a. o., to jest na d. o., wywołaną swoistymi alergenami danego powietrza, zwanymi przez St. — v. — L. miazmatami. Miazmaty te, pochodzenia przypuszczalnie białkowego o charakterze toksyn, znajdują się przeważnie w ścisłym związku z pasorzytami, grzybkami i pleśniami (szczególnie kropidlak popielaty — *aspergillus fumigatus*), gnieźdzącymi się w zbożu, zamkniętych pomieszczeniach i t. d. Pozatem do alergenów klimatycznych należą i poczęści już wymienione wyżej i zbadane substancje: pyłki roślin — róży, wierzby, słonecznika, koniczyny, klonu, brzozy itp., woń kwiatów, wyziewy, kurz i t. p. Część dychawicznych, jak tylko przenosi się do innych miejscowości o innym składzie alergenów w powietrzu, natychmiast uwalnia się od napadów d. o., które wracają wraz z powrotem chorych do stałego miejsca zamieszkiwania. Obserwacje takie poczynione są, prócz Holandji, w pewnych częściach Anglii, północnych Niemiec, Ameryki, krajów tropikalnych i t. d.

Zresztą, było rzeczą ogólnie znaną i dawniej, że zmiana klimatu często jest najlepszym środkiem do pozbycia się napadów d. o. Pod tym względem zaznaczają się niekiedy paradoksalne zjawiska. Spostrzega się niekiedy, że astmatyk stosunkowo dobrze się czuje w środowisku wielkomiejskim, pełnem kurzu, dymu fabrycznego i t. p., natomiast czyste powietrze, nawet w górzystych lub leśnych miejscowościach, wzmagają jego cierpienie. Avellis w 1904 r. wprowadził pojęcie „prywatnego klimatu astmatycznego“, czyli dla każdego dychawicznego istnieje specjalny klimat, w którym się dobrze czuje. Za specjalnie zdrowe dla większości astmatyków uznawane są miejscowości górzyste o wysokości 1200—1500 metr. nad poziomem morza oraz wybrzeża morskie. Niektóre miejscowości są jakoby zupełnie wolne od d. o.: tak np., Turban i Spengler w Dawosie, Plauta i Nolda w Engadinie nie widzieli wśród tubylców d. o.

Jeżeli rozchodzi się o nasze miejscowości, to Otwock zimą, a zwłaszcza Szczawnica latem niezwykle łagodzi chorobę w wielu przypadkach. Warszawę pod tym względem, wydaje się nam, należy zaliczyć do miejscowości, wysoce sprzyjających napadom d. o. Jeden z naszych chorych, E., wzmiankowany przez nas w jednej z poprzednich prac, cierpiący na wyjątkowo ciężką d. o., jest już od kilku lat prawie wolny od napadów d. o., zimą i późną jesień spędzając w Otwocku, pozostałą zaś część roku w Szczawnicy. Gdy przyjeżdża na jeden dzień do Warszawy, dostaje natychmiast ciężkiego napadu.

Zasługą St.—v. L. jest, że dowiódł istnienia alergenów klimatycznych doświadczalnie. Poleciał on zbudować komory typu Nr. I i Nr. II z azbestu lub z płyt blaszanych (wymiary 2 m. × 2 m. × 2.5 m. wysokości), do których specjalną rurą, wynoszącą się ponad dach domu, doprowadza się stale filtrowane i poprzednio suszone powietrze, w komorach typu Nr. II — poprzednio ochładzane do — 5.0° C. i następnie ogrzane, Gładkie ściany komory, podło-

ga i niezbędne sprzęty, przeważnie metalowe, są stale wyjaławiane. Komora jest zupełnie wolna od kurzu i pyłu i nie daje sposobności do rozwoju drobnoustrojów. Cóż się okazuje? Chorzy, którzy co noc cierpieli na napady d. o., nie mają ich w komorze. Rzecz ta, wielokrotnie przez klinicystów sprawdzana, naogół nie ulega wątpliwości. O. Müller, sam astmatyk, doświadczył na sobie działania komory i nazywa je cudownem. Przytacza szereg przypadków, gdy chorzy jego w ½ godz. po wprowadzeniu do komory, byli zupełnie odrodzeni. Komory takie wprowadzają u siebie kliniki zagraniczne, a również i nasze (np. klin. uniwersytecka w Poznaniu). Ruhnstück z kliniki Curschmanna („Med. Klin.“ Nr. 27, r. 1930) podaje, że od wiosny 1930 r. leczono w komorach w klinice 63 dychawicznych w wieku lat 14—58, w tem 20% ciężkich przypadków.

We wszystkich przypadkach natychmiastowy dodatni wynik leczenia w kabinach, wolnych od alergenów

Jednak słysząc już i zastrzeżenia przeciw temu sposobowi leczenia; przedewszystkiem urządzenie komór jest drogie, i niewiele nawet klinik uniwersyteckich je posiada, po 2) nie wyłączone jest działanie sugestji, szczególnie przy tak częstej neuropatycznej konstytucji dychawicznych, po 3) skutki leczenia są przeważnie czasowe. Analogicznie do tych przypadków, gdy chorzy po powrocie z uzdrowisk zapadają niekiedy na cięższe, niż poprzednio, napady, obserwuje się podobne zjawisko i po opuszczeniu komory, a nie można przecież stale trzymać chorego w komorze. Niektórzy (O. Müller) wszakże podają, że dłuższy pobyt w komorze osłabia nadwrażliwość ogólną i miejscową — płucną chorych i poprawia ich stan na czas dłuższy. Jeżeli analogję z miejscowościami kuracyjnymi przeprowadzić dalej, to należy uznać i taką możliwość. Są i tacy klinicyści, którzy w szeregu przypadków nie mogli się przekonać o zbawiennem działaniu komór, — widocznie nie rozchodziło się w tych przypadkach o d. o. klimatyczną. Przypadek taki, w którym pobyt w komorze w klinice St.—v. Leeuvena nie przyniósł nawet i chwilowej ulgi, obserwujemy obecnie wspólnie z kol. Lejzerowiczem. W każdym razie, sądząc z piśmiennictwa, gdyż własnego doświadczenia w tej sprawie narazie mieć nie możemy, komora bezalergenowa w mieście może być kojącym środkiem dla dychawicznych, którzy, pomimo stosowania różnych środków leczniczych, nie mogą uwolnić się nawet czasowo od ciężkiego stanu astmatycznego, wielce obciążającego ustrój cały. Nawet czasowa ulga daje niezbędny odpoczynek ustrojowi. Rozumie się, że załóżni chorzy mogą komorę St.—v. L. urządzić u siebie w domu (komory w Niemczech wytwarza i instaluje inż. Schmalz w Dreźnie).

Ostatnio, zamiast komór, zaleca się prostsze urządzenie, mianowicie, maski, podobne do przeciwgazowych, dostarczające przefiltrowanego powietrza, t. zw. Allergolia — maski według Frankel-Lewyego. Działanie ich jest bardziej ograniczone i uciążliwe dla chorych; również nadają się one do uzyskania ulgi czasowej.

Podkreślić tu należy, że, oprócz ogólnej klimatycznej alergji, niewątpliwie duże znaczenie ma specjalnie alergja mieszkaniowa, o czem kilka-

krotnie już wspominaliśmy. Przyczyniają się do niej alergeny pościelowe (włos materaców, pierze, puch, pledy i t. p.), wyziewy grzybków i pleśni wilgotnych mieszkań, tapety, perfumy, brak słońca — promieni pozafijolkowych, sierść domowego kota i t. d. i t. d. W poszczególnym przypadku trudno jest ściśle dociec przyczyny napadów. Fakt niewątpliwy — chory dostaje napadów często tylko w swem mieszkaniu, np., gdy się kładzie do swego łóżka i t. p.; przeniesienie takiego chorego do zakładu leczniczego lub innego mieszkania — wywiera niekiedy dobroczynny wpływ na stan chorego. Zmiana tapet, pościeli (łóżko polowe i t. p.), usilne przewietrzanie mieszkania, zmiana pokoju mieszkalnego i t. d. — wszystko to powinno należeć do stałych zleceń lekarza.

Czy wobec powyższego leczenie przeciwalergonowe ma wartość praktyczną? Zdaje się, przedstawiliśmy tego dowody dostateczne. Prawda, że

wartość praktyczna leczenia przeciwalergonowego jest bez porównania niższa, niż pierwotnie, po doniesieniach autorów amerykańskich, przypuszczano; nie ziściło ono wszystkich nadziei w całej ich rozciągłości; jednak teoretyczne podstawy tego leczenia okazały się płodne w szereg pożytecznych poczyną praktycznych, wzbogaciły arsenał środków i zabiegów leczniczych; co prawda, przeważnie nie wyleczających doszczętnie chorych, lecz przynoszących często niewątpliwą, mniej więcej długotrwałą ulgę w cierpieniach, poza tem wytłumaczyły, potwierdziły i uzupełniły spostrzeżenia i wnioski lecznicze dawniejsze. Jeżeli do tego dodamy, że od udoskonalenia techniki rozpoznawania alergienów oczekiwać możemy znacznie większego, niż dotychczas, sukcesu leczniczego, to musimy przyznać, że nader krytyczny, a niekiedy ujemny nowoczesny stosunek do omówionego leczenia, a szczególnie do jego podstaw teoretycznych, nie opiera się na poważnych podstawach.

## Z praktyki prywatnej

### Choroba Legg-Calvé-Perthesa z zaburzeniami natury rozwojowej i wewnątrzwydzielniczej.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Ze wszystkich zachorzeń układu kostnego stosunkowo najmniej wysświetlone, a równocześnie najbardziej interesujące są te, które polegają na zaburzeniach odczynowych kości oraz stawów. W opracowaniu monograficznym tego przedmiotu, które ogłosiłem na krótki czas przed wojną, starałem się ująć pojęcie odczynowych zaburzeń kostnych w najszerszym znaczeniu tego słowa, uwzględniając oprócz właściwych troficznym zmian kostnych *sensu strictiori* w zachorzeniach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego również i zniekształcenia wrodzone, zaburzenia rozwojowe, przejawy nadmiernego wzrostu kości w znaczeniu jakościowym i ilościowym, degeneracyjne cierpienia kostne z ich głównym reprezentantem — zniekształcającym zapaleniem stawów na czele, dalej zmiany kostne, dające się sprowadzić do zaburzeń natury wewnątrz- lub zewnątrzpochodnej, następnie także zmiany kostne, u których podstawy wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tkwią zaburzenia wydzielania gruczołów dokrewnych — i wreszcie dystrofje kostne o niejasnej dotąd patogeniezie. Obszerna ta dziedzina wzbogaca się nieustannie nie tylko o coraz to nowe spostrzeżenia, ale i o nowe postacie kliniczne przynależne do tej lub innej z wyszczególnionych kategorii. Do niej również niewątpliwie należy znana nam stosunkowo od niedawna choroba Legg-Calvé-Perthesa czyli *osteochondritis coxae juvenilis deformans*, której ciekawy przykład przytaczam nie tylko ze względu na rzadkość tego cierpienia, ale również i na powikłanie jego przez szereg zaburzeń rozwojowych i inkrecyjnych, które rzucać mogą pewne światło na jego patogenezę.

Przypadek dotyczy 9-letniej dziewczynki, u której od wczesnego dzieciństwa zauważony został cały szereg anomalii rozwojowych i czynnościowych. Mianowicie, już w pierwszych miesiącach zwróciło na siebie uwagę skrzywienie boczne kręgosłupa oraz nadmierne uwypuklenie okolicy pośladkowej. Dziewczynka chodzić zaczęła bardzo późno, dopiero po ukończeniu 2 lat, jednakowoż przez cały szereg lat następnych chód nie wykazywał żadnych anomalii. Ząbkowanie było również bardzo spóźnione i nieprawidłowe, zarówno pierwsze, jak i następne zęby były pośliskłe, pokarbowane, łatwo kruszyły się i prędko wypadały. Natomiast rozwój mowy podobno był wczesny i prawidłowy — i rozpoczął się jeszcze przed ukończeniem ósmego miesiąca. Nie podążał za nim rozwój inteligencji, gdyż dziecko zawsze było powolne, apatyczne, trudne do skoncentrowania uwagi — i jakkolwiek w życiu codziennym orjentowało się niezgorzej — jednakże dotąd nie mogło rozpocząć nauki szkolnej.

Już w końcu 6-go roku życia zaczęły rozrastać się w wybujały sposób gruczolysutkowe, w miesiąc po ukończeniu 7 lat zaczęło rozwijać się dość obficie uwłosienie na wzgórku łonowym, zaś w 4 miesiące potem wystąpiła pierwsza miesiąstruacja (7 lat 5 miesięcy!), która dotąd zjawia się co miesiąc z pewnymi odchyleniami i wahaniami.

14 miesięcy temu poraz pierwszy zwrócił na siebie uwagę otoczenia anormalny chód dziewczynki: zaczęła chodzić utykając i balansując się w stawach biodrowych. Anomalia ta szczególnie uwidaczniała się przy chodzeniu na ulicy, a zwłaszcza przy wchodzeniu na schody i schodzeniu ze schodów. Na szczególne zaznaczenie zasługuje przytem fakt, że dziecko ani wtedy, ani nigdy potem nie uskarżało się na bóle w stawach biodrowych, ani w kończynach dolnych — i że chód w przeciągu ubiegłego roku uległ raczej pewnej poprawie.

Pacjentka pochodzi z rodziny zdrowej i nieobarczonej ani pod względem gruźliczym, ani neuropatycznym. Jest pierwszym dzieckiem z dwojga rodzeństwa, poród był lekki i krótkotrwały, młodszy czteroletni jej braciszek jest zdrowy i rozwija się normalnie. Pacjentka począwszy od najwcześniejszego dzieciństwa przeszła wyjątkowo dużo chorób zakaźnych: mianowicie, w pierwszych latach życia 5-krotnie zapalenie płuc oraz wielokrotnie anginę, w 3-im roku życia — zapalenie pę-

cherza moczowego, mając 4 lata malarję, mając  $4\frac{1}{2}$  roku — dur brzuszny, mając 5 lat — szkarlatynę, mając 9 lat — odrę.

Badanie obiektywne.

#### Wymiary ciała

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Ogólna wysokość          | 126 |
| Wysokość górna           | 70  |
| Wysokość dolna           | 56  |
| Obwód na wysokości sutek | 73  |
| „ „ „ pępka              | 79  |
| Długość ramienia         | 29  |
| „ przedramienia          | 26  |
| „ uda                    | 32  |
| „ podudzia               | 31  |
| Obwód ramienia           | 20  |
| „ przedramienia          | 20  |
| „ stawu garstkowego      | 15  |
| „ uda                    | 30  |
| „ podudzia               | 27  |
| „ czaszki strzałkowy     | 37  |
| „ „ czołowy              | 54  |
| „ „ od ucha do ucha      | 35  |

Wzrost wybujały, odżywianie mierne, budowa w znacznym stopniu wadliwa. W obu płucach rozlane suche rżenia i świsty, brak objawów nacieczenia wierzchołkowego. Granice serca prawidłowe, tony głuchawe, tętno 64. Mocz nie zawiera białka, ani cukru. Ciężar gatunkowy 1016. Wątroba i śledziona niewyczuwalne, nieznaczna bolesność na ucisk w okolicy lewego podżebrza. Pod pachami i pod lewą żuchwą wyczuwa się szereg powiększonych gruczołów.

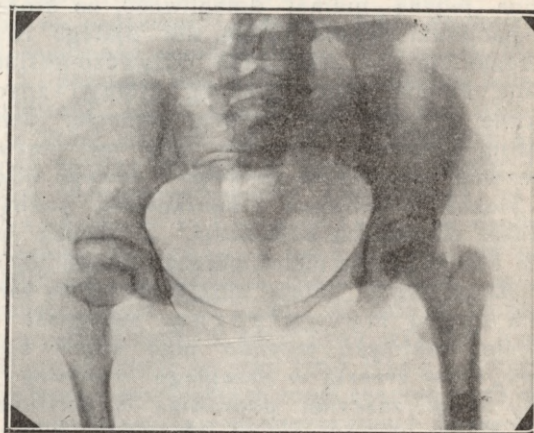
Skóra na czole, na policzkach oraz na grzbietowej powierzchni obu dłoni jest wyraźnie zgrubiała, tkanka podskórna pastowata, ucisk nie pozostawia śladu. Znaczna sinica stóp i dłoni. Gruczoł tarczowy niewyczuwalny. Wyraz twarzy nierozgarnięty, mimika bardzo upośledzona, ekspresja mimiczna nie odpowiada reakcji wzruszeniowej. Brzegi obu powiek zaczerwienione, lewa rogówka w dolnym wewnętrznym kwadrancie zlekka zmętniała. Zabarwienie tęczówek obustronnie jednakowe. Brwi i rzęsy bardzo skąpe. Owłosienie na głowie prawidłowe. Układ brwi łukowaty, zaś na najwyższym wypukleniu każdej łukowatości widoczna jest nadmierna jakgdyby dodatkowa kępka uwłosienia. Jak to widoczne jest niekiedy u epileptyków. Znaczna asymetria w budowie małżowin usznych, z których lewa jest jakgdyby obcięta u wierzchołka. Wargi wydętne, dolna nieco odwinięta z murzyńska, podbródek wybitnie szpiczasty. Podniebienie twarde strome. Język długi i gruby, przecięty kilkoma poprzecznymi brózdami, porusza się dość niezręcznie w jamie ustnej. W górnej i dolnej szczęce brak jest więcej niż połowy zębów, pozostałe absolutnie wszystkie, w stanie najdalej posuniętej próchnicy.

Sutki bardzo duże, okrągłe, odpowiadające wiekowi co najmniej lat 16. Bardzo obfite kępkowate owłosienie na spojeniu łonowym, odpowiadające wiekowi lat 15—16. Wymiary macicy odpowiadają okresowi 14—16 letniemu. Menstruacje są bardzo obfite, zaś wydzielina ma zabarwienie brunatno-czerwone. W ostatnich miesiącach na tle naogół apatycznego usposobienia dziewczynki zaczęły zarysowywać się pewne cechy sublimowanego popędu płciowego, którego nastawienie jest wyraźnie homoseksualne. Rozpoczęło się od tego, że pacjentka zaczęła otaczać szczególną czułością kilkunastoletnią dziewczynę, która zajęta była jako posługaczka u sąsiadów. Ciągłe znajdowano ją u sąsiadów w kuchni, jak tuliła się do owej posługaczki, obcałowywując ją po rękach i twarzy. W ostatnich tygodniach afekty pacjentki przeniosły się w kierunku 8-letniej córeczki dozorcy, do której ciągle ucieka, którą zamecza pieścizotami i z którą nie chce się rozstać. Objawów masturbacji dotąd nie zauważono.

Lewa żrenica zniekształcona, ma kształt trójkąta z zaokrąglonymi kątami, prawa ma kontury prawidłowe. Obie reagują na światło i przystosowanie prawidłowo. Obraz wzornikowy normalny. Prawa fałda nosowowargowa w spokoju wydaje się nieco mniej pogłębiona, niż lewa, jednakowoż przy ruchach czynnych i mimicznych asymetria ta zatuszowuje się. Ruchy języka dosyć niezręczne, ale w wymiarach nie są ograniczone. Odruch gardzieli słaby, fonacja i polykanie prawidłowe. Sfera czuciowa nie wykazuje zmian obiektywnych, jakkolwiek reakcje bólowe są niewątpliwie mniej żywe aniżeli to bywa w warunkach normalnych. Odruchy z mięśnia trójgłowego oraz okostnowe szprychowe żywe, kolanowe i Achillesowe bardzo żywe, ale bez odcienia klonicznego, brzuszne bardzo słabe, drażnienie pięty nie wywołuje żadnej reakcji.

Ruchy w kończynach górnych nie wykazują nigdzie wyraźnego ograniczenia, są one jednak en bloc wyraźnie osłabione, szczególnie słabe jest unoszenie ramion oraz przywodzenie ramion i łopatek do kręgosłupa. Muskulatura pasa barkowego obustronnie zwiotczała, nieznaczne zaniki mięśni nad- i podgrzebieniowych. Nieznaczne zaniki mięśni prawego i lewego uda, natomiast pośladki nie tylko nie wykazują zaników, ale są w stanie wybitnego przerostu wrzekomego, wypinając się karykaturalnie ponad okolicę zagłębienia lędźwiowego. Muskulatura podudzi rozwinięta jest normalnie. Ruchy zginania i rozginania w stawach biodrowych dokonywane są w wymiarach pełnych i z siłą dostateczną, odprowadzanie prawego uda ograniczone jest do połowy wymiaru prawidłowego, lewego ograniczone nieznacznie. Ruchy w stawach kolanowych i skokowych zachowały wymiary normalne i siłę dostateczną. Ruchy obrotowe prawego i lewego uda nie napotykają na żaden opór. Ani czynne, ani bierne ruchy w stawach biodrowych nie powodują żadnej bolesności. Również uciskanie na okolicę stawu biodrowego ani uderzanie w piętę bólu nie wywołuje. Chód ma charakter zlekka utykający z równoczesnym kaczkowatym przechyleniem się z nogi na nogę i nadmiernym odchyleniem bocznym w miednicę. Przy poleceniu zmiany pozycji leżącej na siedzącą uwydatnia się wybitne osłabienie masy mięśniowej kręgosłupa: pacjentka może usiąść, tylko podpierając się rękami.

Badanie elektryczne stwierdza głębokie zmiany natury ilościowej w obu pośladkach oraz mniej wybitne w masy mięśniowej pasa barkowego oraz obu ud. Charakter skurczu wszędzie jest szybki.



Zmiany kostne, stwierdzone przez badanie rentgenologiczne (kol. Kryński). Kąt nachylenia szyi kości udowej do trzonu prawidłowy, również prawidłowy przebieg zachował łuk, który tworzy dolny brzeg szyi kości udowej z górnym konturem otworu zasłonnego. Ani w obrębie trzonu, ani szyi, ani głowy kości udowej, jak również w obrębie panewki nie widać nigdzie odwapnienia, ale przeciwnie, tu i owdzie rzuca się w oczy raczej zgęszczenie cienia kostnego. Główna prawej

kości udowej pocentkowana w wielu miejscach przez smugi jaśniejsze lub ciemniejsze, czego nie widać w obrębie główki lewej kości udowej. Szyja lewej kości udowej jest nieco zgrubiała, chrząstka natomiast pokrywająca głowę zmian widocznych nie wykazuje. I z prawej i z lewej strony rzuca się w oczy znaczne rozszerzenie szpary stawowej przyczem górne jej brzegi są nierówne, poząbkowane, a gdzieś tam jakgdyby powyrąbywane. W lewym stawie biodrowym w samej panewce widoczne są trzy małe okrągłe ogniska martwicowe, z których jedno dosięga dolnego brzegu panewki. W prawym stawie widać kilka zupełnie drobnutkich ognisk rozmiękczeniowych również w obrębie panewki oraz jedno małe w samej główce kości udowej. Główna lewej i prawej kości udowej wykazuje znaczne zniekształcenie: w prawym stawie górny odcinek główki wygląda jakgdyby zeszlifowany (*caput planum*), a główka kształtem przypomina zarysy buforu, w lewym stawie natomiast zniekształcenie głowy przypomina kształt „beretu” nasadzonego na głowę „sz po uszy” (Lancea). Zmianom uległy również grzebienie talerzy biodrowych: i tutaj widoczne są w niektórych miejscach zgęszczenia cieni kości a górne brzegi grzebieni są jakgdyby pokarbowane i głęboko ząbkowane.

Na zdjęciu rentgenowskim kręgosłupa: *spina bifida vertebrae sacralis I*. Skrzywienie boczne znacznego stopnia bez żadnych cech schorzenia kręgosłupa.

Staw garstkowy nie wykazuje cech schorzenia kostnego, specjalnie zaś oznak przedwczesnego skostnienia,

W obrębie czaszki zwapnienia w obrębie szyszynki nie stwierdza się. Kontury siodełka tureckiego normalne.

Psychika dziewczynki odpowiada głuptactwu średniego stopnia (iloraz inteligencji 56). W całym zachowaniu się pacjentki uderza powolność, roztargnienie, brak inicjatywy i zainteresowania, ociężałość myślenia i znaczna wyczerpywalność. W eksperymencie kojarzeniowym występuje wydłużenie czasu reakcji, perseweracja wyrazów sygnałowych oraz wybitna stereotypia. Niewątpliwie upośledzone są również reakcje wruszeniowe oraz odczynny na podniety bólowe i termiczne.

Dla zorientowania się w obrazie chorobowym przypadku niniejszego tak skomplikowanym, w którego skład wchodzi zaburzenia natury rozwojowej, psychicznej, wegetatywnej, mięśniowej, kostnej i gruczolowej — wydaje mi się słusznym wziąć za punkt wyjścia sprawę kostno-stawową nie dlatego, że stanowi ona jedyną niemal dolegliwość, na którą otoczenie pacjentki zwraca uwagę, ale dlatego również, że reprezentuje ona zaburzenie odżywczo-kostne mało znane klinice neurologicznej, którego znaczenie praktyczne wszakże jest bardzo doniosłe. Jedynym przejawem klinicznym procesu tego jest nieznaczne ograniczenie odwodzenia prawego i lewego uda oraz chód zlekka chromający i kaczkowy, pozbawiony wszelkiego charakteru bolesności. Z dwóch wymienionych komponentów nienormalnego chodu jego charakter „kaczkowy” należy złożyć raczej na karb powikłania sprawą myopatyczną, natomiast lekkie chromanie traktować wypada jako objaw swoiście stawowy, który zresztą w przebiegu ostatniego roku choroby uległ znacznej poprawie. W porównaniu z owymi zlekka zaznaczonymi objawami klinicznymi uderzająca jest obfitość i głębokość zmian, jakie stwierdzone zostały przez badanie rentgenologiczne. Zmiany, te jak widać w opisie, dotyczą 1) szpary stawowej, 2) tkanki kostnej panewki, 3) konfiguracji główki kości udowej, 4) grzebieni talerzy biodrowych oraz 5) szyi lewej kości udowej. Ze wszystkich zmian powyższych największe znaczenie przypada widocznym na rentgenogramie małym jaśniejszym plamom okrągłym, otoczonym kością jakby bardziej zbitą, któ-

re odpowiadają drobnym ogniskom martwiczym w kości, i które już same wystarczają do rozpoznania t. zw. *Osteochondritis coxae deformans juvenilis* (choroba Legg-Calvé-Perthesa), które w naszym przypadku ograniczone są prawie wyłącznie do tkanki panewki stawu biodrowego, podczas, gdy zazwyczaj umiejscowione bywają w główce kości udowej, które w naszym przypadku rozwinięte były obustronnie, podczas kiedy zazwyczaj ograniczone bywają do jednego stawu. Drugą cechą składową omawianego tutaj zespołu stanowi obustronne rozszerzenie szpary stawowej z jej nierównymi, pokarbowanymi, a gdzieś tam jakgdyby powyrąbawanymi brzegami. Najbardziej jednak rzucającym się w oczy przejawem upośledzonej trofiki kostnej są zmiany, dotyczące konfiguracji górnego odcinka główki kości udowej, które po prawej i po lewej stronie przedstawiają się odmiennie: lewa główka, mianowicie, ma górny odcinek jakgdyby odszlifowany i przypomina kontury buforu (t. zw. *caput planum*), prawa natomiast zniekształceniem swoim przypomina postać grzyba lub też „beretu”, nasuniętego na same uszy” według plastycznego porównania, które znajdujemy w pracy Lancea. Oba zniekształcenia powyższe należą do najbardziej częstych i charakterystycznych przejawów trofopatii stawowej omawianego tutaj typu. Również i zgrubienie szyi kości udowej, które w przypadku naszym widoczne jest tylko z lewej strony, spotykamy w całym szeregu spostrzeżeń z piśmiennictwa (Kidner, Chruszcz, Szerszyński i inni). Natomiast rozszerzenia się procesu chorobowego na grzebienie talerzy kości biodrowych, które obustronnie i tak wybitnie występowało w naszym przypadku, nie udało mi się odnaleźć w żadnym z dostępnych mi w piśmiennictwie spostrzeżeń. Do wszystkich objawów powyższych dodać należy jeszcze cały szereg cech rentgenologicznych natury negatywnej, którym przypada bardzo doniosłe znaczenie pod względem różniczkowo-rozpoznawczym. Mam tu na myśli przede wszystkim zupełnie niezmienny charakter chrząstki stawowej pokrywającej główkę kości udowej, normalne nachylenie kąta szyi kości udowej do trzonu, prawidłowy przebieg łuku, który tworzy dolny brzeg szyi kości udowej z górnym zarysem otworu zasłonowego, a przede wszystkim brak jakiegokolwiek odwapnienia trzonu, szyi, panewki i głowy kości udowej, ale przeciwnie raczej gdzieś tam zgęszczenie cienia kostnego. Te właśnie dwie ostatnie cechy radiologiczne — poza brakiem swoistych zmian destrukcyjnych tkanki kostnej — pozwalają tu na wyłączenie z całą pewnością gruźlicy stawu, w której bardzo wcześnie następuje wygięcie wzmiankowanego łuku zależne od mniejszych lub większych przesunięć główki względem panewki. Co się tyczy zapalenia zniekształcającego stawu biodrowego (*arthritis deformans coxae*), to sprawę tę, która zazwyczaj ujawnia się w wieku od lat 15 do 30 — wykluczyć tu można na zasadzie wieku pacjentki, pomyślnego przebiegu oraz normalnego zachowania się chrząstki stawowej, pokrywającej główkę kości udowej, podczas gdy w zniekształcającym zapaleniu stawu biodrowego chrząstka stawowa, jak to wykazały badania Pommersa, Gulekego, Froelicha i innych, stanowi właśnie punkt wyjścia sprawy chorobowej. Wobec powyższych danych badania klinicznych i radiologicznych oraz rozumowań różniczkowo-rozpoznawczych — istnieje wystarczająca

podstawa do rozpoznania w przypadku niniejszym tej swoistej postaci zachorzenia stawu biodrowego w dziecięcym i młodzieńczym okresie życia, która wyodrębniona została z pośród licznych spostrzeżeń, zaliczanych dotąd w czambuł do gruźlicy po nazwą *osteochondritis coxae juvenilis deformans*, którą niezależnie od siebie w 1909 i 1910 r. opisali Legg w Ameryce, Calvé we Francji, a Perthes w Niemczech, i która wobec tego słusznie jest określana nazwą choroby Legg-Calvé-Perthesa.

Jakkolwiek badania radiologiczne dają nam pełny obraz rozwijających się w tem cierpieniu zmian stawowych, nie wyjaśniają jednak dostatecznie samego charakteru procesu, tkwiącego u podstawy tych zmian. Anatomja patologiczna tej sprawy — w zasadzie zupełnie łagodnej — rozpoczyna się od okresu, kiedy próbowano leczyć ją operacyjnie, badając następnie pod względem histopatologicznym usunięte po rezekcji stawu biodrowego odcinki. Otóż, jeżeli pominąć pierwsze w tym kierunku badania Riedla, który niesłusznie identyfikował stwierdzone przez siebie zmiany z t. zw. *ostitis fibrosa Recklinghausena*, większość badaczy późniejszych (Perthes, Heitzmann, Axhausen, Balensveig, Brandes,

Martinez, Rivarola, Porro, Wassink, Zeman sky i inni) dopatruje się w wynikach badania histopatologicznego zmian swoistych. Przedewszystkiem wszystkie badania obok normalnego zachowania się chrząstki stawowej stwierdziły brak jakichkolwiek zmian gruźliczych lub ropnych, zaś posiewy dawały zawsze wynik ujemny. W ogromnej większości przebadanych przypadków proces zasadniczo rozgrywał się w głowie a poczęści w górnych odcinkach kości udowej. Polegał on na drobnych rozsiianych ogniskach martwicowych w kości, otoczonych tkanką włóknistą, częściowo bogato unaczynioną, zawierającą miejscami nagromadzenia komórek olbrzymich, a gdzie indziej niewielkie torbiele. Z niektórych badań wynika, że zmiany owe poprzez chrząstkę nasadową przenikać mogą również do szyi kości udowej, zaś opisany tutaj przypadek (coprawda badany tylko rentgenologicznie) dowodzi, że w wyjątkowych razach ogniska martwicze ograniczyć się mogą wyłącznie do panewki. Brak jakichkolwiek cech zapalnych ostrych lub przewlekłych wskazuje, że mamy tu do czynienia z procesem natury par excellence odżywczej, to też nie bez pewnej słuszności zaproponował Rivarola dla postaci tej nazwę: *trophopathia coxae osteochondralis*. (Dok. nast.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z oddziału Szp. Św. Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Wernie)

#### 10 lat stosowania bizmutu w lecznictwie kiły.

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

„Rtęć jest najlepszym środkiem w leczeniu cierpień wenerycznych. Mówię tu o lekach, używanych dotychczas, gdyż możliwe, że przyszłość przyniesie odkrycia, których nie w stanie jesteśmy przewidzieć; nastąpi prawdopodobnie dzień, kiedy geniusz ludzki, kierowany szlachetnymi pobudkami ulżenia cierpieniom ludzkości, stworzy lek znacznie aktywniejszy i lepszy.”

Oto, co pisał w roku 1525 Jacques de Bethencourt, francuski lekarz średniowiecza z Rouen. Od chwili owej upłynęły cztery stulecia, kiedy stanęliśmy w obliczu rewelacyjnych zmian w lecznictwie kiły.

Początek wieku XX-go przyniósł odkrycie arsenobenzolów, 10 lat zaś dobiega już od chwili, kiedy Levaditi i Sazerac wprowadzili do lecznictwa kiły poraz pierwszy bizmut. Było to odkrycie powojenne, kiedy fala kiły ponownie objęła Europę i inne kraje i pobudziła umysły badaczy do szukania nowych dróg i zmodernizowania dotychczasowych metod lecznictwa. Wprowadzenie arsenobenzolów było pierwszym wielkim etapem w walce z kiłą; bizmutoterapia była krokiem niemniej ważnym i zdobyła sobie oby-

watelstwo może jeszcze szybciej, aniżeli przetwory arsenikowe. Dziś niema już nikogo, kto mógłby wątpić o wartości tego leku, 10 zaś lat stosowania bizmutu wysunęło masę spostrzeżeń i uwag, które nie od rzeczy będzie tu zestawić.

Pierwsze próby zastosowania bizmutu sięgają jeszcze roku 1889, kiedy Balzer, badając działanie bizmutu na organizm, zakażony kiłą, stwierdził wysoką toksyczność amoniakalnego cytrynianu bizmutowego i porzucił swe badania na skutek bolesności zastrzykiwań. Już w samym bowiem początku stosowania u ludzi, okazało się, że rozpuszczalne sole bizmutu są bardzo bolesne w użyciu i silnie trujące (*Natrium bismuto-tartaricum*). Okoliczność ta skłoniła Sazeraca i Levaditego na drodze doświadczalnej, Fourniera zaś i Guenota na drodze klinicznej do oddania pierwszeństwa związkowi nierozpuszczalnemu. Od chwili tej związki nierozpuszczalne wyeliminowały z lecznictwa wszelkie inne.

Dopiero, kiedy w roku 1925 Picon doniósł poraz pierwszy o przypadkach ropni aseptycznych w miejscach zastrzykiwań nierozpuszczalnych zawieszin olejnych bizmutu, zaczęto znowu interesować się związkami rozpuszczalnymi.

W dobie dzisiejszej istnieje już szereg patentowanych związków rozpuszczalnego bizmutu, które stanowią przedmiot licznych obserwacji i prac klinicznych. Jeśli porównamy ogłoszone wyniki tych prac, będziemy uderzeni wielkimi różnicami w poglądach rozmaitych autorów co do stężenia, czasu wydzielania i toksyczności tych związków.

O ile własności nierozpuszczalnych związków bizmutu były bardzo wszechstronnie poznane przez Levaditiego i jego współpracowników, związki rozpuszczalne wykazują pod tym względem jeszcze bardzo duże braki. Np. czas wydzielania się ich z organizmu jest bardzo nieokreślony: o ile jedni autorzy obliczają go na 2—5 dni, inni znów podają do 35 dni (kakodylaty bizmutowe). Większość autorów naogół pomija kwestję wydzielania się i rytmu obiegowego soli rozpuszczalnych, choć sprawa ta zdaje się mieć niewątpliwie ważne znaczenie dla szybkiego nasycenia lekiem organizmu, co zatem idzie, dla wczesnego zaatakowania zarazków.

Kwestja toksyczności związków rozpuszczalnych jest również nieustalona; u tego samego zwierzęcia, zatem w warunkach identycznych, wykazuje ona wahania, sięgające 4-krotnych wielkości. W każdym razie toksyczność bizmutu, nawet w związkach rozpuszczalnych, jest znacznie słabsza, aniżeli rtęci. Oto prawdopodobnie przyczyny, dla których współczesna syfilidologia nie ma jeszcze zdecydowanego zdania w sprawie rozpuszczalnych związków bizmutu, i dlatego związki te są jeszcze niewiele stosowane.

Cechą zasadniczą rozpuszczalnych związków jest to, że podlegają one w organizmie niezmiernie łatwo rozszczepieniu, które zmienia ich stan fizyczny i przekształca je w związki nierozpuszczalne. Tem tłumaczy się rozmaite zachowanie się soli bizmutu *in vivo* i różnorodność zjawisk intoksykacyjnych, zależnie od zastosowania tego lub innego preparatu. Rozszczepione bowiem związki mają wyraźny wpływ na chemizm krwi. Fabre i Picon ustalili, że w toku pobizmutowych zaburzeń nerkowych ilość mocznika we krwi podnosiła się do 0,96 mlgrm. na litr. Zupełnie analogiczne zjawisko otrzymywali ciż sami autorzy doświadczalnie. Przy podawaniu królikowi dwóch mlgrm. amoniakalnego cytrynianu bizmutowego dziennie, ilość mocznika wzrastała nieprzerwanie, na 20-ty zaś dzień zwierzę padało wśród objawów zatrucia moczniczego.

Kwestja wpływu bizmutu na szybkość znikania krętków z wykwitów kiłowych również nie jest jeszcze dokładnie poznana. Badania Levy wykazują pod tym względem niewątpliwą przewagę soli rozpuszczalnych w wodzie i tłuszczach nad zawiesinami oleistymi. Pod wpływem tych ostatnich krętka z owrzodzenia pierwotnego znikają dopiero po 4-krotnej dawce preparatu, podczas gdy ten sam wynik osiąga się po drugiej dawce soli rozpuszczalnej.

Przez dłuższy czas panował pogląd, że niepodobna uzyskać trwałych wyników w leczeniu kiły, jeśli nie wprowadzi się do ustroju możliwie dużych dawek leków swoistych. Zwolennikiem tego poglądu jest również i Sezary, który podaje w odstępach pięciodniowych duże dawki, dochodzące bowiem jednorazowo do 0,26 gr. bizmutu metalicznego. Twierdzi on, że przy tym sposobie podawania komplikacji dziąsłowych i nerkowych nigdy nie spostrzegali; masywne dawki, jego zdaniem, nadają się najlepiej do leczenia kiły wczesnej (*traitement d'assaut*) lub ciężkich przejawów kiły późnej.

Pogląd ten uległ w dobie dzisiejszej poważnemu zachwianiu. Jeszcze i dziś są tacy, którzy nawroty i niepowodzenia w leczeniu kiły wiążą z niedostatecznością dawek, choć trudno sobie wyobrazić, czy można wielkość tych dawek określić. Wszak wahają

się one w granicach bardzo szerokich i nie podlegają żadnym prawom patologii ogólnej.

W leczeniu kiły ze specjalnym naciskiem należy podkreślić zasadę, że mamy właściwie do czynienia nie z chorobą, lecz z chorym; zasada, wyłożona może w zbyt prosty i schematyczny sposób, lecz całkowicie odpowiadająca rzeczywistości. Nie posiadamy bowiem żadnego kryterjum, co do sił obronnych i tolerancji organizmu.

Od pewnego czasu widzimy próby ustalenia, czy można osiągnąć w kiłę dobre wyniki lecznicze przy użyciu słabszych dawek specyfiku, i właśnie bizmut stał się głównym przedmiotem tych badań. W toku swych badań Levaditi doszedł do przekonania, że właściwie bizmut działa tylko jako katalizator w stosunku do tych substancyj obronnych, które organizm produkuje w walce z krętkami. Jak małe dawki wystarczają do uzyskania efektu, za dowód może służyć fakt, że, podając królikowi, zakażonemu kiłą, po 1—2 mlgrm. bizmutu, rozpuszczonego w oleju kamforowym, na kg. żywej wagi, Levaditi uzyskiwał całkowite wyjałowienie ustroju z krętków. Katalizatorem jest tu jedynie jon metaliczny bizmutu.

Już od czasu pierwszych prac nad bizmutem okazało się, że ma on nie tylko leczniczą, lecz również i wybitną wartość zapobiegawczą. Kolle doświadczalnie starał się określić warunki, w jakich odbywa się zapobiegawcza czynność bizmutu. W 2—15 tygodni po domięśniowym zastrzyknięciu bizmutu nie udawało się zakażać królika t. zw. *spirochaete cuniculi*; okres odporności trwał tak długo, póki radiogramy wykazywały obecność złogów bizmutu w mięśniach. Stan ten trwał rozmaicie długo, zależnie od rodzaju preparatu, jaki wstrzykiwano królikowi: przy związkach rozpuszczalnych — do 3-ch miesięcy, przy nierozpuszczalnych zaś do pół roku. Długotrwałość okresu refrakcyjnego była wprost proporcjonalna do ilości wprowadzonego bizmutu. Dość zbliżone wyniki dawał również tellur. W tej właśnie trwałości okresu refrakcyjnego, jaką daje bizmut dzięki swemu powolnemu wchłanianiu się, leży jego przewaga nad arsenobenzolami. Lecz obecność złogów bizmutu w mięśniach nie jest ostatecznym warunkiem zapobieżenia zakażeniu. Wszystkie organy, a przedewszystkiem nerki muszą mieć pewien współczynnik nasycenia bizmutem, poniżej którego siła zapobiegawcza bizmutu równa się zeru. Zależy to w dużej mierze od charakteru związku bizmutowego, a przedewszystkiem od jego zdolności wiązania się z białkiem ustrojowym. Znane są prace Sonnenberga nad zapobieganiem kiły u prostytutek za pomocą wprowadzania domięśniowego 10%-owej zawiesiny *magisterium bismuti* w oleju. Lepine powtarzał doświadczenia Sonnenberga w warunkach eksperymentalnych, na małpach; wyniki całkowicie zgadzały się z pracami Sonnenberga. Wyjątki, jakie opisuje Pinard, nie są odstępstwem od reguły, lecz dotyczyły przypadków, w których nasycenie bizmutem było jeszcze niedostateczne. Kiedyż możemy sądzić o całkowitem nasyceniu organizmu? Wobec niedoskonałości aktualnych sprawdzianów należy zadać sobie pytanie, czy leki przeciwikiłowe mogą wywoływać w organizmie odczynny specyficzny, które pozwoliłyby na ocenę ich wartości. Wiadomo wszak, że większość specyfików działa nie bezpośrednio na czynnik chorobowy, lecz na organizm, gdzie wpływają one jako bodźce na odczynny

obronne. Właściwie żaden lek przeciwiłowy nie posiada absolutnej specyficzności, wyższej nad inne leki. Wartość leku przeciwiłowego w danym przypadku chorobowym waha się w zależności od jego charakteru i od sił obronnych organizmu. Trudno wypowiedzieć się pod tym względem, zanim nie dokona się szeregu prób z rozmaitymi środkami i nie porówna się ze sobą wyników klinicznych, co praktycznie jest niemal niemożliwe do przeprowadzenia. Wszak i bez leczenia swoistego widzimy ze strony organizmu całą gamę odczynów obronnych, prowadzących w większości przypadków do znikania objawów chorobowych.

Niejednokrotnie stwierdzano, że inne czynniki lecznicze, jak np. promienie X, wywołują w kile rozmaite odczyny kliniczne i serologiczne, zależnie od sposobu ich zastosowania: naświetlenie np. trójkąta *Scarpy* wywołuje leukopenię z zaostreniem zjawisk skórnych; naświetlenie kręgosłupa, przeciwnie—leukocytozę z zanikaniem objawów skórnych. Leukocytoza jest tu zjawiskiem obronnym i korzystnym, wywołanym przez promienie X. W podobny sposób przedstawia się mechanizm działania leków specyficznych. Z rozważań tych wynikałoby, że każdą substancję, która zdolna jest wywołać w organizmie leukocytozę, możnaby uważać za lek specyficzny dla kili. Takie własności w wybitnym stopniu posiada np. szczepionka

*Dmelcos*, a jednak trudno uważać ją za lek przeciwiłowy, bowiem chodzi tu o taką substancję, która wywoływałaby odczyn leukocytozy tylko u osobników, zakażonych kilą, innymi słowy, musi ona posiadać pod tym względem własności wybiórcze. Dlatego większość środków gorączkotwórczych, wywołujących z reguły leukocytozę, może mieć wartość tylko pomocniczą w leczeniu kili i nie ma charakteru leków specyficznych. Paradoksalny odczyn we krwi po wlewaniu arsenobenzolu, opisywany przez *d'Amato* jako „*crise leucopenique*” w myśl najnowszych badań *Renato de Blasio* (*Ann. de Dermat.* t. I, Nr. 10, 1930) jest tylko końcowym etapem początkowo występującej leukocytozy. *d'Amato* i *Gouin* widzą w walce obronnej organizmu z kilą 3 etapy: I—kiedy organizm reaguje sam leukocytozą, II—i, kiedy pobudzenie lekami specyficznymi leukocytozą, co zatem idzie procesów obronnych, wystarcza do zlikwidowania objawów chorobowych, wreszcie III-ci, kiedy w kile późnej nerwowej nie wystarczają środki specyficzne i trzeba gwałtownie pobudzić proces leukocytozy środkami nieswoistymi (leczenie gorączkowe). W ten sposób tłumaczy się mechanizm działania wszystkich nukleo-proteidów w kile nerwowej.

(Dok. nast.)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Anatomja normalna i patologiczna.

C. KRFB, H. C. RASK—NIELSEN, A. WAGNER. *Lymphosarcomatosis, geneza tego schorzenia i jego stosunek do pokrewnych postaci schorzeń układu limfatycznego (leucosis) białych myszy.* (*Acta Radiologica*, suppl. X, Stockholm 1930).

W sprawie klasyfikacji schorzeń układu limfatycznego poglądy nie są jeszcze uzgodnione. Jedni badacze uważają że *limphadenosis leucaemica* i *aleucaemica*, *lymphosarcoma* (*Kundrat*) i *leucosarcoma* (*Sternberg*) są tylko różniami (kliniczne lub anatomicznie) postaciami tego samego schorzenia. Inni natomiast rozróżniają przynajmniej dwie jednostki chorobowe: *limphadenosis* i *limpho* — lub *leuco* — *sarcomatosis*. Szereg prac klinicznych i histologicznych poświęcono t. zw. postaciom przejściowym między temi schorzeniami. Dużo do wyjaśnienia sprawy przyczyniły się prace doświadczalne od chwili, gdy udało się badaczom przeszczepić białaczkę u zwierząt, naprzód u kur (*Ellerman* i *Bang* w 1908 r., następnie *Hirschfeld* i inni). Stwierdzono nawet, że przesącz, pobrany od kury z białaczką limfatyczną, u kury szczepionej może wywołać białaczkę psikową. U ssaków wyniki dodatnie otrzymali *Schultze*, następnie *Snijder*, *Tio Tjwan Gie*, *Richter* i *Mac Dowell*, *Korteweg* — u królika, świnki morskiej i myszy białej. Przeważnie używano do przeszczepienia guzy samorodne, rzadziej wywołane doświadczalnie (*Korteweg*), jednakowoż dopiero duńscy autorzy wymienionej w nagłówku pracy znaleźli metodę pewną i względnie łatwą dowolnego wywoływania guzów układu limfatycznego i przeszczepiania ich dalszego. Rozporządzali oni dużym materiałem myśm szpitala w Aarhus. Wśród ich myszy od roku 1923 (otworzenie pracowni badań nad rakiem) aż do roku 1928 stwierdzono tylko jeden przypadek mięsaka limfatycznego, a wykonane z nim próby przeszczepiania wypadły ujemnie. W tym czasie

rozpoczęto badania nad zmniejszeniem odporności na raka (u myszy) za pomocą naświetlania promieniami *Röntgena* i znaleziono, że naświetlane myszy względnie często zachorowują na mięsaka limfatycznego, oraz że są one podatne na przeszczepianie im mięsaki. (*Murphy* i *Morton*, *Juul* i *Wagner* wykazali już, że naświetlanie zwierząt *Röntgenem* sprzyja przeszczepianiu tkanek nowotworowych). Niejednokrotnie udawało się autorom przeszczepiać mięsaki w jednym lub dwu pokoleniach; z dwóch jednak tylko przypadków otrzymali oni guzy stale przeszczepialne (szczep A — dotychczas przez 25 pokoleń i szczep B — przez 5). Dodatnie wyniki przeszczepiania wzrastają ze zwiększeniem dawki promieni *Röntgena*. Wyniki 100-procentowe otrzymywano jedynie z dawką subletalną (za dawkę śmiertelną autorzy przyjmują *minimum* naświetlania, które w przeciągu 2 tygodni zabija mysz wagi 15—20 gr.) Naświetlanie słabsze znacznie zmniejsza liczbę wyników dodatnich, co, oczywiście, utrudnia zachowanie szczepu. Po dokładnem ustaleniu dawki przygotowawczej promieni *Röntgena* otrzymywano dodatnie wyniki przeszczepiania w 40 — 50 proc. Przyczyną tego, że tylko w 2-ch przypadkach udało się otrzymać szczepy stale, jest prawdopodobnie to, że wykrywano guzy (używane następnie do przeszczepienia) dopiero podczas sekcji myszy, kiedy już żywotność tkanek musiała być upośledzona. Wszczepiano zwykle (za pomocą igły) kawałeczki tkanki guza (lub gruczołu limfatycznego w szczepie B) wielkości lepka szpilki — pod skórę, dootrzewnowo lub do klatki piersiowej (w tym przypadku myszy ginęły jednak bardzo szybko). Wszelkie próby zakażenia myszy przesączami guza lub krwią dały wynik ujemny.

Zmiany o charakterze białaczkowym u myszy nienaświetlanych znaleziono w 0,29 proc., t. j. tylko u 3 myszy z 10,500, (trzech innych przypadków! autorzy nie biorą w rachubę, gdyż myszy otrzymywały alkohol lub były smolowane); u myszy naświetlanych w 3,6<sub>00</sub>, t. j. u 19 z 5,550; wreszcie

u myszy naświetlanych i z dodatnim wynikiem szczepionych tkanką mięsaka limfatycznego — 42<sup>0</sup><sub>00</sub>, t. j. u 36 z 850.

Guzy przeszczepiane prawie nigdy nie tworzą ognisk okrągłych (jak to zwykle bywa z innymi nowotworami), ale rozrastają się pod skórą w postaci cienkiej warstwy o wyglądzie słoninowatym, nieraz mało widocznej, jednak naciekają otoczenie i przerastają sąsiednie tkanki i narządy. Guzy te zbudowane są z komórek o charakterze limfoblastów. Zaródź komórek jest zasadochłonna (niekiedy dostrzec w niej można ziarenka nieznacznie chłonne eozynę); jądra — przeważnie okrągłe. Gdzieś tam znajdują się komórki mniejsze o charakterze limfocytów. Figury podziału są częste. Istotnego podścieliska, ani naczyń guzy nie posiadają. Drobne (mikroskopowe) ogniska martwicy zdarzają się często. Odczyn oksydazowy w komórkach nowotworowych (w tkankach i we krwi) zawsze wypadł ujemnie. Badano mikroskopowo serce, płuca, gruczoły limfatyczne, wątrobę, nerki i śledzionę wszystkich myszy, a w dużej liczbie przypadków i inne, niemal wszystkie narządy. W śródpiersiu znajdowano zwykle guzki wielkości ziarna grochu lub nawet orzecha laskowego około podstawy serca, niekiedy taki guzek sprawiał wrażenie powiększonej grasicy. W płucach nacieki nowotworowe stwierdzano często, głównie dookoła naczyń; serce tylko wtedy wciągnięte było w sprawę, gdy przerastał do worka osierdziowego guz śródpiersia. Gruczoły limfatyczne ulegały znacznemu powiększeniu, nawet do wielkości małego orzecha laskowego, niekiedy bywały one pozrastane, mikroskopowo w gruczołach znajdowano różnorodne obrazy: od zmian o charakterze rozrostu — do nowotworowego przekształcenia całego gruczołu, z naciekaniem torebki. W wątrobie (w poszczególnych przypadkach bardzo znacznie powiększonej) znajdowano skupienia komórek okrągłych około naczyń, zwłaszcza rozgałęzień żyły wrotnej, i w naczyniach. Makroskopowe zmiany w śledzionie zdarzają się nieczęsto; mikroskopowe zmiany odpowiadają obrazom, w gruczołach, a oprócz tego notowano zwyrodnienie szkliste, amyloid oraz metaplastę szpikową. W nerkach spostrzegano nacieki głównie w miedniczkach, następnie wzdłuż naczyń, w istocie rdzennej i najmniejsze — w korze. W szpiku kostnym spotykano niekiedy (naogół rzadko) skupienia komórek o charakterze guza (wśród komórek szpikowych); szpik wtedy miał zabarwienie czerwone a nie żółte, jak zwykle.

Co do zmian we krwi, to wyraźne zmiany o charakterze białaczkowym (bardzo znaczne zwiększenie ilości białych ciałek z ogromną przewagą limfocytów) stwierdzono tylko u myszy z guzami, wywołanymi naświetlaniem. U myszy natomiast z guzami przeszczepianymi zmiany nie były tak charakterystyczne, liczba białych ciałek nigdy nie sięgała tak dużych liczb, jak u Kortewega; można to uzależnić od innego nieco charakteru guza, od naświetlania lub od przedwczesnej śmierci zwierząt (często również zależnej od naświetlania). Korteweg, mianowicie, sądzi, że limfocyty (komórki nowotworowe) przedostają się do krwiobiegu dopiero w ostatnich dniach choroby myszy. Jednakowoż w 4,2% myszy z przeszczepionym guzem autorzy stwierdzili zmiany, które uważają „za wyraz wyraźnej tendencji do powstawania białaczki limfatycznej”. Gdyby zaś brano pod uwagę również te myszy, których mikroskopowo nie badano systematycznie, gdyż sekcja nie wykrywała w nich zmian makroskopowych, to prawdopodobnie procent podniósłby się do 45, jak to można przypuszczać z dorywczego badania narządów w poszczególnych przypadkach. Nigdy natomiast zmian takich nie widziano u myszy, u których przeszczep guza nie przyjął się.

Na podstawie badań histologicznych autorzy, pomijając umyślnie istnienie guza pierwotnego lub wszczepionego, segregują swój materiał i stwierdzają, że poszczególne przy-

padki należałyby do 1. białaczki limfatycznej, 2. *lymphadenosis aleucaemica*, 3. *lymphosarcomatosis*, 4. *leucosarcomatosis*. (wszystkie te postacie znane są u myszy z prac wielu autorów, zwłaszcza Simondsa). Autorzy podkreślają niedoskonałość różniczkowania tych postaci chorobowych (ściśle mówiąc: *lymphadenosis* i *lymphosarcomatosis*); wzrost „naciekający” jest raczej sprawą różnicy ilościowej a nie jakościowej, odnosi się wrażenie, że chodzi tu raczej o okres choroby, w którym bada się tkanki. To też materiał myszy autorów, rezultat szczepienia myszom tego samego guza w tych samych warunkach (naświetlanie całkowitej myszy), daje cały szereg postaci przejściowych i tylko najcharakterystyczniejsze przypadki można zaliczyć do jednej z wymienionych grup. Dlatego też autorzy uważają wszystkie te postacie za różne przejawy tego samego schorzenia i proponują dla nich miano wspólne: *lymphamatosi infiltrans (leucaemica et aleucaemica)*. Ustaliwszy jedność omawianych spraw u myszy białej, autorzy wyrażają przypuszczenie, że podobnie rzecz się ma u człowieka, gdyż obrazy patologiczne, spostrzegane u myszy, pod bardzo wieloma względami odpowiadają zmianom chorobowym u człowieka.

Jeżeli chodzi o punkt wyjścia guzów, obserwowanych u myszy naświetlanych, to autorzy przypuszczają, że mogą one powstawać wszędzie, gdzie znajduje się tkanka limfoidalna, najczęściej jednak wychodzą one z grasicy (16 przypadków z 19). Co do guzów przeszczepianych, a raczej schorzenia myszy, wywołanego przeszczepianiem tkanek guza, to autorzy wyobrażają sobie, że zaszczepiona tkanka wywołuje powstawanie jakichś ciał toksycznych, które — krążąc w ustroju — pobudzają do rozplemu chorobowego tkankę limfoidalną. Czynniki infekcyjne (stwierdzony niewątpliwie u kur) zdaje się nie grać roli w doświadczeniach autorów, zarówno jak u Kortewega (jałowe posiewy, wrażliwość guza na promienie Roentgena). Autorzy sądzą, że *lymphamatosi* jest odczynem ustroju na bodźce, nieswoiste (zaburzeniem normalnie istniejącej równowagi sił, jak chcą Naegeli i Ziegler), w danym przypadku — na naświetlanie promieniami Roentgena.

Przejrzyście napisany tekst (32 str.) i krótko podane protokoły (16 stron) doskonale ilustrują bardzo dobre fotografie i mikrofotografie (29 na 15 tablicach). Można mieć pewne zastrzeżenia co do oceny obrazu krwi, niezbyt charakterystycznego u niektórych myszy ze szczepionymi guzami. Jednak cenna ta praca stanowi niewątpliwie duży krok naprzód w zakładowej dziedzinie schorzeń układu limfatycznego, przede wszystkim podając nową metodykę wywoływania zmian białaczkowych (i o charakterze mięsaka limfatycznego), i nikt z pracujących w tej dziedzinie wiedzy nie może tej pracy pominąć.

E. Siedlecki.

H. WAGNER. O komórkach pierwotniakowych w narządach dzieci. (Zieglers Beiträge pathol. Anat. T. 85 z. 1. 1930).

W narządach [kanaliki nerkowe, wewnątrzwątrobowe przewody żółciowe, pęcherzyki płuc i tarczycy, cewki i przewody wyprowadzające trzustki, przewody gruczołu podszczękowego, podjęzykowego, kanałki najądrza] 15 dniowego wcześniaka, zmarłego na ogólne zakażenie gronkowcami oraz u 4-ga innych dzieci w gruczołach ślinowych autor zna, łaź duże (średnica 20—35 mikromil) komórki z zarodkiem o dużych grubych ziarnistościach (wtręty). Duże okrągłe, owalne lub nerkowate jądra zajmowały około 1/4 komórki. Komórki te leżały wolno w świetle kanalików, pęcherzyków i przewodów lub w szczelinach między komórkami nabłonka wyścielającego. Zaródki komórek barwiła się hematoksyliną i eozyną na białe różowo, jądra na czerwono-niebiesko lub

niebiesko—liljowo, ziarnistości—fioletem kręzylowym meta-chromatycznie na kolor czerwono-fioletowy lub prawie czerwony. Nie dawały one odczynów na tłuszcz i ciała tłuszczowate ani na śluz. Wielu autorów uważa komórki te za istotne pierwotniaki, autor natomiast spostrzegał postacie przejściowe między niemi i komórkami nabłonka wyściełającego; uważa je przeto za zwyrodniałe nabłonki. Przyczyny ich powstawania należy szukać w działaniu jądów (duża liczba dzieci zmarła wskutek posocznicy lub z objawami skazy krwiotocznej), a nie w kile, jak twierdzą inni.

K. Chodkowski.

## Gruźlica.

WEIL. Gruźlica skóry i narządów wewnętrznych i ich wzajemne oddziaływanie. (Virchows Archiv r. 1930 T. 277 z. 1.)

Praca doświadczalna. Do doświadczeń użyto 168 świnek morskich. Badanie miało ustalić, jaki związek zachodzi między zmianami gruźliczemi skóry i narządów wewnętrznych. Metodyka badań została omówiona ogólnikowo. W zarysach ogólnych podano dane badania mikroskopowego. Pracę ilustruje 12 mikrofotografij. Wyniki doświadczeń streszczono w następujący sposób:

1. U świnek morskich, królików i małp po doskórnem szczepieniu gruźlicy powstają zmiany, niezmiennie przypominające zmiany w toczniu u ludzi (typ gruźlicy wytwórczej, dobre unaczynienie ziarniaków gruźliczych, mała w nich zawartość prątków gruźliczych, nieznaczna skłonność do serowacenia).

2. Zakażone w ten sposób zwierzęta żyją długo (6-8-12 miesięcy) nawet jeśli wstrzyknięto stosunkowo dużo prątków gruźliczych. Wstrzyknięcie tej samej ilości prątków do jamy brzusznej lub do tkanki podskórnej wywołuje znacznie szybszą śmierć zwierzęcia ( $1\frac{1}{2}$  — 3 m.).

3. Zwierzęta, którym wstrzyknięto zawiesinę z ognisk gruźlicy skóry, żyją dłużej od zwierząt, którym do jamy brzusznej wstrzyknięto zawiesinę z gruźliczo zmienionych narządów wewnętrznych.

4. Po szczepieniu doskórnem gruźlica uogólnia się bardzo wcześnie, jednak zmiany narządów wewnętrznych są nieznaczne i rozwijają się bardzo powoli, tak że trudno je wykryć, zarówno makro- jak i mikroskopowo w pierwszych miesiącach po zakażeniu zwierzęcia. W okresach późniejszych w gruczołach chłonnych, śledzionie, wątrobie i w płucach zmiany gruźlicze są typu wytwórczego z małą skłonnością do serowacenia, z dużą zaś do bliznowacenia.

5. Istnieje pewien niestosunek między zmianami gruźliczemi skóry a narządów wewnętrznych: gdy zmiany w skórze są wybitne — to w narządach wewnętrznych są mniejsze, niż w tych przypadkach, w których gruźlica skóry jest nieznaczna i szybko się goi.

W. Czarnocki.

S. BANNAMOUR i P. BERNAY. Wczesne objawy gruźlicy jelit u chorych na gruźlicę płuc. (Revue de la Tuberculose № 8 1930.)

Zmiany w jeliach w 85% są zlokalizowane na granicy między jelitem cienkim i grubym, głównie dookoła zastawki Bauhina.

Początek choroby może przypadać w każdym okresie gruźlicy płuc, najczęściej w drugim lub trzecim roku suchot płuc.

Początkowe objawy polegają na szybkim wychudnięciu chorego oraz na podwyższeniu temperatury, która ma specyficzny charakter: gorączka ta zwykle występuje po jedzeniu

i jest bardzo nieregularna, podczas gdy w przebiegu gruźlicy płuc tor gorączkowy wykazuje pewną cykliczność (Burnand).

Jednym z wczesnych objawów jest zupełna utrata apetytu oraz objawy żołądkowe: uczucie ciężkości, odbijanie, senność — rzadziej wymioty. Objawy żołądkowe powstają drogą odruchową z jelit.

Objawy jelitowe zwykle są późniejsze: na pierwszym planie rozwolnienia, które przebiegają nietypowo. Charakterystyczna dla zaburzeń jelitowych jest okresowość rozwolnień; czasem w ciągu dwu lub paru dni obok biegunek występują normalne stolce; śluz i krew są zjawiskiem bardzo rzadkiem.

Niekiedy występuje zaparcie stolca, zależne od nacieków w okolicy zastawki Bauhina, co powoduje opóźnianie wydalenia treści jejit cienkich do grubych.

Gruźlicy jelit zwykle towarzyszą bóle o typie kolki, przeważnie przed oddaniem stolca; prócz bólów ostrych przejściowych, występuje stała bolesność samoistna lub uciskowa w okolicy prawego dołu biodrowego; bolesność ta naśladuje przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego.

Krew w stolcu jest zjawiskiem bardzo rzadkiem; niekiedy zdarza się silny krwotok, natomiast utajone krwawienie nie należy do objawów gruźlicy jelit.

Badanie fizykalne może nie dać żadnych wyników; często wyczuwa się nierówne *coecum* lub guz, który powstał z powodu nacieczonych ścian kiszki ślepej — *tumor ileo-coecalis*.

W rozpoznawaniu oddają duże usługi promienie Rentgena, gdyż często wykazują zmiany w jelitach oraz lokalizację sprawy, co ma ważne znaczenie dla zabiegu chirurgicznego.

Zwykle mamy zastój w *ileum* obok hiperkinezyj kiszki ślepej.

Obraz Stierlina polega na zatarciu konturów jelita oraz na skurczu odcinka jelitowego podczas przechodzenia treści kontrastowej, co wskazuje na owrzodzenia ściany jelitowej.

Pierwszy okres choroby trwa parę tygodni, niekiedy parę miesięcy; okres ten cechują zaburzenia jelitowe, które występują naprzemian z okresami zdrowia. Dolegliwości te czasem mają charakter ostry i przypominają ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Burnand nazywa je „pousses coecales tuberculeuses”. W tym okresie obserwuje się wychudnienie chorego, pomimo dobrych warunków klimatycznych i dietetycznych.

Po wstępnym okresie rozpoczyna się drugi etap, dający obraz klasyczny gruźlicy jelit: częste rozwolnienia, spadek wagi, stałe bóle brzucha. W tym okresie prawie zawsze dochodzi już do rozsianych spraw wrzodziejących w jelitach; wkroczenie chirurgiczne już wtedy nie jest wskazane.

Autorzy sądzą, że rozwolnienia zależą nie tylko od owrzodzeń jelitowych, lecz i od ogólnego stanu chorego. Przyczyną rozwolnień bowiem mogą być zmiany w układzie nerwu współczulnego, niewydolność trzustki i wątroby, spowodowane toksynami gruźlicy; tego rodzaju toksyczne sprawy oraz wstępny okres gruźlicy jelit leczą się drogą zachowawczą.

Szwajcarzy podają dobre wyniki przy stosowaniu heljoterapii. Autorzy chwalą tę metodę; obserwowali oni na początku pogorszenie, po pewnym jednak czasie znakomitą poprawę. Stwierdzili, że poprawa ta jest czynnościowa, gdyż po leczeniu obraz rentgenowski nie ulegał zmianie. Ponadto autorzy nawołują do rozszerzenia wskazań do zabiegu chirurgicznego, gdyż sama już laparatomia niekiedy daje poprawę.

## Choroby serca i naczyń.

E. LESCHKE. Spostrzeżenia nad działaniem hormonu krążenia Kallikreiny. (Münch. med. Wschr. 1930, Nr. 36.).

Kallikreina obniża powoli skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi o 30—50 mm Hg, a w poszczególnych przypadkach w stopniu jeszcze większym. Również i po zaprzestaniu leczenia ciśnienie w ciągu długich miesięcy utrzymuje się na obniżonym poziomie. Oprócz chorych, którzy reagują na Kallikreinę szybko i pomyślnie, zdarzają się również i tacy, na których preparat okazuje działanie przemijające i szybko ustępujące. Zwłaszcza przypadki nadciśnienia na tle marskości nerek, a czasem i niektóre przypadki nadciśnienia samoistnego zachowują się w stosunku do Kallikreiny tak samo opornie, jak i w stosunku do wszelkich innych środków i zabiegów leczniczych. Miejscowe skurcze naczyniowe, jak chromanie przestankowe i połączone z bólami nerwice naczyniowe kończyn oraz niektóre organiczne choroby naczyniowe poddają się pomyślnemu wpływowi Kallikreiny. *Angina pectoris* i *angina abdominalis* reagują na Kallikreinę różnie. Nawet po najstaranniejszym zbadaniu nie można z góry przewidzieć, czy i w jakim stopniu dany przypadek zareaguje na Kallikreinę. Na owróżdzenia troficzne na tle miażdżycy, zapalenie zakrzepowe tętnic, chorobę Bürgera, nerwice naczyniowe, chorobę Raynaua i kurcze naczyniowe Kallikreina okazuje działanie tak pomyślne, jak żaden z dotychczas znanych sposobów leczenia. Nawet rozległe zwapnienia i zakrzepy naczyń podudzi i stopy poprawiały się znacznie, pod warunkiem, że tętnice były wogóle jeszcze choć w pewnym stopniu drożne dla przepływu krwi. Pomyślne działanie Kallikreiny w spostrzeganych przez autora przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy zależy, prawdopodobnie, od lepszego ukrwienia i odżywiania tkanek. Odnośnie do migreny, padaczki, mózgowych udarów naczynioskurczowych i przewlekłych drętwych zapaleń stawów oraz chorób i niedrożności naczyń siatkówki potrzebne są jeszcze dalsze spostrzeżenia. Prawidłowego poziomu cukru we krwi Kallikreina nie obniża wcale lub bardzo nieznacznie, natomiast zwiększony poziom cukru przy cukrzycy nieznacznie opada. Leschke tłumaczy to działanie jako podrażnienie nerwu błędnego, które pobudza wydzielanie insuliny. Autor uważa, że związek otrzymany przez Harrovera z wyciągów wątrobowych i nazwany przez niego Anabolina, jest identyczny z Kallikreiną. Działanie Anaboliny, której jednostka w doświadczeniu na psach wagi 10 kg obniża ciśnienie krwi o 12 mm Hg, jest o wiele słabsze, niż działanie Kallikreiny lub Angioxylu. W wielu przypadkach dla osiągnięcia działania należało wstrzykiwać domięśniowo 2—3 razy dziennie w dawkach 2 — 4 cm<sup>3</sup>. Przedawkowania można się nie obawiać, gdyż zastrzyknięcia nie powodują żadnego działania drażniącego, ani też żadnych objawów ubocznych.

J. Typograf.

FREY. W sprawie hormonu krążenia Kallikreiny i jego zastosowania w praktyce. (Dtsch. med. Wo. 1930, № 35.)

Frej wykrył w trzustce nowy nieznaný dotychczas hormon krążenia, który nazwał Kallikreiną. Hormon krąży we krwi związany w znacznej części z inaktywatorem. Przy przejściu do moczu odbywa się oddzielenie czynnego hormonu od inaktywatora. Oddzielenie to odbywa się również i we

krwi przy kwasicy np. już przy zastoju. Frej stosuje hormon krążenia już od dwóch lat, przyczem przy wstrzykiwaniach domięśniowych otrzymuje bardzo pomyślne wyniki lecznicze w przypadkach nadciśnienia samoistnego bez współistnienia czynnika nerkowego; ciśnienie krwi obniża się i pozostaje nawet po zaprzestaniu wstrzykiwań na obniżonym poziomie. Przy dusznicy bolesnej, a zwłaszcza przy chromaniu przestankowym liczba napadów zmniejsza się. Przy martwicy i zgorzeli kończyn, dzięki stosowaniu Kallikreiny można uniknąć amputacji, która bez tego leku byłaby konieczna. Kraye w doświadczeniach na zwierzętach stwierdził, że Kallikreina przy pozostającym bez zmiany rzucie krwi obniża ciśnienie. Ukrwienie naczyń wieńcowych zwiększa się. Na osłabiony mięsień sercowy Kallikreina wpływu nie okazuje. Schuberst stosował z pomyślnym wynikiem Kallikreinę w przypadkach zaburzeń naczynioruchowych u kobiet w okresie przekwitowym. Nordmann stwierdził pod wpływem Kallikreiny uśmierzanie bólu i odgraniczenie się zgorzeli przy rozpoczynającej się martwicy kończyn. Schwarzkopf leczył skutecznie Kallikreiną twardziel skóry i chorobę Raynaua.

J. Typograf.

P. GÖRL. W sprawie leczenia dusznicy bolesnej Lacarnolem. (Münch. med. Woch. 1930, Nr. 35.)

W badaniach swych korzystał Görl początkowo z preparatów otrzymanych z serc wołów, następnie zaś z mieszaniny wyciągów z mięśnia sercowego i mięśni szkieletu. Stosując w przypadkach dusznicy bolesnej Lacarnol, autor stwierdzał, że jednocześnie z ustępowaniem uczucia ucisku, bólu i lęku zwiększała się w znacznym stopniu również i wydolność chorych. Po odstawieniu Lacarnolu okres wolny od napadów trwał 4 dni do 3 tygodni. Tolerancja Lacarnolu była znakomita, przykrych objawów działania ubocznego nie stwierdzono ani razu. Tyko u jednego pacjenta, który okazywał nieprzewidywalny wstręt do mięsa, trzeba było po 6 dniach zaniechać podawania Lacarnolu, ze względu na jego smak podobny do kostek Maggi. W sprawie dawkowania przepisów ostatecznych podać jeszcze nie można. Görl podawał przeciętnie 3 razy dziennie po 10—20 kropel, również jednak i większe dawki chorzy znosili bez zarzutu. Załedwie jeden chory po dłuższym przyjmowaniu Lacarnolu w dawce 3 razy dziennie po 15 kropel skarżył się na uczucie mocnego bicia serca. Wyraźnego wpływu na ciśnienie krwi nie stwierdzono. Tyko u dwóch pacjentów nastąpiło dość znaczne zwiększenie się ciśnienia, które po odstawieniu wróciło znowu do poprzedniej wysokości. W każdym razie stałe kontrolowanie ciśnienia wydaje się niezbędnie potrzebne. U dwóch chorych z ciśnieniem krwi powyżej 200 mm. Hg. podawanie Lacarnolu wpłynęło ujemnie, gdyż napady stały się częstsze i silniejsze. U chorego z niemiarowością stałą i u chorego z kiłowym zajęciem tętnicy głównej stosowanie Lacarnolu pozostało bez wpływu. Ze spostrzeżeń swych autor wyciąga wniosek, że przy *Angina pectoris vera* można osiągnąć bardzo pomyślne wyniki lecznicze, podczas gdy przy znacznie wzmożonym ciśnieniu wskazana jest ostrożność.

Ze względu na swą doskonałą tolerancję i wygodny sposób stosowania Lacarnol nadaje się zwłaszcza dla przewlekłego stosowania pod zasadniczym jednak warunkiem czuwania nad ciśnieniem tętniczym.

J. Typograf.

## Wskazówki praktyczne

W przypadkach pooperacyjnych *bezmoczu* stosuje Och-  
sler z dobrym skutkiem *sparteinę*. W przypadkach ciężkich  
zastrzykuje się pod skórę 3—4 razy dziennie po 0,1—0,12 siar-  
czanu sparteiny. (The urol. and cut. rev. 1930 N. 10)

—o—

Tifensee stosuje przeciwko astmie *zakwaszenie ustroju*  
przy pomocy *wapnia krzemowego*. Obok djety kwaśnej  
otrzymują chorzy 3—4 razy dziennie po 2 łyżeczki od herbaty  
wapnia krzemowego, rozpuszczonego w wodzie. Skuteczne dzia-  
łanie kamer wolnych od allergenów udaje się tylko po prze-  
zwyciężeniu alkalozy. (Kl. W. 1930. N. 36).

—o—

Przeciwko *bólom po operacjach* poleca Schubert  
*Quadronal*. Jedna do dwóch pastylek tego leku, składającego  
się z fenacetyny, laktofeniny, phenyldimetylpyrazolonu, kofe-  
iny, nadsiarczanu magnezji i heksametylentetraminy wystarcza  
do uspokojenia bardzo silnych bólów. Jeżeli trzeba zarazem  
działać nasennie, to stosuje się *Quadru—Nox*, t. j. Quadronal

bez kofeiny + dietylmalonylkarbamid. (Med. Klin. 1930  
№ 24).

—o—

U chorych na *cukrzycę*, dotkniętych cierpieniami serca,  
miażdżycą tętnic, dławicą piersiową lub ostrem schorzeniem  
żołądka i kiszek, stosowanie *insuliny* wymaga dużo ostrożno-  
ści. Wrazie skłonności do śpiączki, nie należy zastrzykiwać  
naraz dużych dawek, lecz często mniejsze dawki. (Ther. d. Ge-  
genw. 1930 N. 11).

—o—

*Dilauid* w postaci czopków po 0,0025 jako środek *prze-  
ciwkaszlowy i przeciwbólowy* poleca gorąco Hofmann. Dawka  
dzienna nie powinna przekraczać 0,01. Już po 10 minutach  
występuje działanie dilauidu, trwające zwykle 4—6 godzin.

—o—

W przypadkach groźnych *krwotoków macicznych* z powo-  
du atonji macicy i naderwania szyi macicznej po porodzie ra-  
dzi Heim stosować *przetaczanie krwi oraz wyluszczenie młocy  
przez pochwę*. (D.m.W. 1930 N. 32).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Posiedzenia lekarzy szkolnych

Posiedzenie z dnia 22 stycznia 1931 r.

Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński. Se-  
kretarz: dr. Marja Sobolewska. Osób obecnych 34.

Przewodniczący zawiadamia o świeżo wydanej  
przez Ossolineum pracy prof. dr. Piaseckiego „Teorie  
wychowania fizycznego”. Książka napisana żywo i poglądowo,  
nadaje się do gruntownego przestudjowania nie tylko dla nau-  
czyciela ćwiczeń cielesnych, lecz i dla lekarza zarówno szkol-  
nego, jak i sportowego.

Dalej Przewodniczący uzupełnia informacje z  
ostatniego posiedzenia, dotyczące kursu dokształcającego dla  
lekarzy szkolnych. Kurs ten rozpocznie się 13 IV 1931; sto-  
sownie do życzenia, wyrażonego przez lekarzy, będzie się od-  
bywał 2 razy w tygodniu od godziny 20—22, pozatem codzien-  
nie od 8½—9½ i raz w niedzielę. Lekarze, biorący udział w kur-  
sie, będą zwolnieni z zajęć szkolnych w godzinach urzędowa-  
nia, kolidujących z wykładami. Ogółem kurs będzie obejmował  
44 godz. teorii i kilka godzin zajęć praktycznych; przedmiotem  
wykładów będzie fizjologia i patologia wieku młodzieńczego.

Wreszcie przewodniczący podaje do rozważenia broszur-  
ki o preparacie „Panacrin” i próbki tego środka, przysłane  
przez wytwórcę mgr. Bukowskiego.

Dr. Mitkiewicz podaje do wiadomości, że niejaki p.  
Nawarski zgłasza gotowość wynajęcia 10 pokoi na kol-  
onje letnie w swej willi, w Ciechocinku; następnie przypom-  
ina Rozp. Zdr. Kom. Rządu o obowiązkowym zgłaszaniu  
wypadków twierdzących i jaglicy i

odczytuje zawiadomienie Wydz. Zdr. Magistratu o zmia-  
nie godzin, przeznaczonych do zgłaszania chorób zakaźnych.  
Przy zgłoszeniach telefonicznych należy się posługiwać nu-  
merem 8.30-72.

Wreszcie zachęca Dr. M. do zwiedzania wystawy prze-  
ciwgruźliczej za uprzednim zgłoszeniem telef. (N. 748-43);  
zwiedzać można grupami, obejmującymi nie więcej niż 70 osób.  
Po zamknięciu wystawy na Hipotecznej, projektowane jest  
urządzenie wystawy ruchomej na peryferiach miasta, gdzieby  
mogły zwiedzić ją szkoły, tam położone, bez straty czasu i bez  
ponoszenia kosztów przejazdu do śródmieścia. W krótkim cza-  
sie ma być również urządzona wystawa ilustrująca walkę ze  
wszystkimi chorobami zakaźnymi.

Dr. Uliński zawiadamia, że okręgowy urząd Wych.  
Fiz. i Przysp. wojsk. urządza na Bielanach kurs dla zaznajom-  
ienia uczestników z najnowszymi zdobyczami na polu wy-  
chow. fiz.

Przewodniczący uważa sprawę tę za nieaktualną  
wobec tego, że przy klinice prof. Orłowskiego odbędzie  
się kurs z tej samej dziedziny pod kątem widzenia klinicznego,  
przyczem nieskoncentrowany i przy zajęciach całodziennych,  
lecz rozłożony na 6 tygodni.—

Następnie prelegent Dr. Jan Bogdanowicz wygłasza  
referat p. t. „Przebieg tegorocznej epidemji błonicy”.

Dr. J. Bogdanowicz stwierdza, że odrębnością epi-  
demji błonicy w r. 1930 jest znacznie zwiększona zapadalność  
(3247 przyp. wobec 1582—912—758—688—449—502—309... 254  
w poprzednich latach), zwiększona infekcyjność (stąd częstsze  
zapadanie „rodzinami”), zwiększona liczba anginy o ciężkich  
objawach i dużych nalotach, a jednocześnie zmniejszona  
liczba krupów. Charakter epidemji nasuwa podejrzenie  
zwiększonej toksyczności bakterji błonicy; wiek szkolny i  
co do zachorowań stanowi koło 20% wszystkich przypadków.  
Wobec rozlegających się głosów, zwłaszcza w piśmienictwie za-  
granicznym, o nieskuteczności surowicy przeciwbłonicy refer-  
ent podkreśla, że w szpitalu im. K. i Marii stosowano suro-  
wicę przeważnie z dobrymi wynikami, i że osobiście widzi w  
niej jedyny, rzeczywiście wartościowy środek  
lecniczy w walce z błonicą. Surowica, w myśl sta-  
rych, a stale mających rację — wskazań musi być stosowana  
możliwie wcześniej, w dużych dawkach (bez przesady jednak,  
jak to się dzieje np. we Francji) i najlepiej domięśniowo lub  
dożylnie. Są robione próby stosowania surowicy do kanału  
rdzeniowego.

Wobec częstych powikłań podyfterytycznych — wymaga-  
ny jest u dzieci długi okres rekonwalescencji. Czas zwolnienia  
z gimnastyki oraz pewnego oszczędzania pracy umysłowej po-  
winien trwać od 6—8 tyg., licząc od początku choroby.

Nosicielstwo stwierdza się często u dzieci jeszcze po 2  
—3 tyg. choroby. Niema wyraźnych wskazań w utrudnianiu  
dzieciom w wieku szkolnym — w tych przyp. chodzenia do  
szkoły. Wobec nasilania się epidemji błonicy i jej niejedno-  
krotnie różnego przebiegu — referent uważa za konieczne  
położenie dużego nacisku na szczepienia  
ochronne, przyczem podaje nowe próby uodpornienia, po-  
mijające zwykłą metodę szczepień doskórnych, a jednak dające  
dotąd najlepsze wyniki.

Jako korreferent Dr. Wölflę uzupełnia swemi uwaga-  
mi przebieg kliniczny błonicy.

W latach ostatnich spotykamy się z pocieszającym zja-  
wiskiem, że coraz mniej przypadków zaniedbanych w leczeniu  
przyspywa do szpitala, jeśli nawet przechodzą w późniejszym  
okresie choroby, to przeważnie już leczone surowicą w domu.

Początek dyfteryty miał charakter nagły, bądź też po-

wolny, w pierwszym przypadku były to dyfteryty powikłane, najczęściej grypa.

Częściej, niż w latach ubiegłych, spotykaliśmy się z angina ciężką, z dużymi rozległymi nalotami, na co zwróciły uwagę w roku ubiegłym Skwarczyńska i Śliwińska w cennej swej pracy nad angina złośliwą.

Krzywa ciepłoty w obecnej epidemii zależna była od infekcji wtórnych. Do czasu wybuchu grypy w Warszawie mieliśmy do czynienia przeważnie z niewielkimi wzniesieniami temperatury. 75 proc. przypadków przybierało z ciepłotą w granicach 37—38°, bądź też zupełnie bez patologicznego wzniesienia temperatury. Około połowy listopada z chwilą zjawienia się epidemii grypy zaczęła zwiększać się liczba przypadków wysoko gorączkujących (do 40° i wyżej). W końcowym okresie epidemii grypy znowu zaczęły przeważać przypadki z niewysokim wzniesieniem temperatury.

Z powikłań najczęściej spotykaliśmy się z zapaleniem m. sercowego, w lekkiej formie w więcej niż połowie przypadków, w ciężkiej zaś w 9 proc.

W znacznym stopniu wzmożła się liczba powikłań ze strony układu nerwowego. Z zestawień Szenajcha, Skwarczyńskiej i Śliwińskiej wynika, że w pierwszym dziesięcioleciu (w latach 1914—24) było 1,0% porażen, w roku 1928 — 3%, w 1929 — 6,0%. W roku 1930 spotrzegaliśmy 15% dyfterytów, powikłanych porażeniami, które występowały nie tylko w późnym okresie chorobowym, ale też i w pierwszych dniach, często nawet przed ustąpieniem objawów miejscowych (nalotu). Najczęstsze były porażenia podniebienia, mięśni twarzy, głowy, gałek ocznych, kończyn, a nawet zanotowaliśmy 3 przypadki porażenia przepony.

Ropne zapalenie gruczołów chłonnych spotykaliśmy w 3,2%, zapalenie ucha środkowego — w 2%.

Przypadki ciężkiego zapalenia nerek o charakterze nerczyc spotrzegano w 4%.

Zwiększyła się też liczba angin krwotocznych, gdzie spotykaliśmy się często z małopłytkowością, dochodzącą do 48,000.

W przebiegu dławca zanotowano duży spadek powikłań zapalenia płuc i stąd znaczne obniżenie śmiertelności.

W statystyce Szenajcha za 10 lecie szpitala na 484 przyp. dławca było 28,0% zapaleń płuc i 19% wynosiła śmiertelność. W roku 1930 na 283 przypadków dławca było 16,6% powikłań płucnych i śmiertelność spadła do 9%.

Ogólna śmiertelność na dyfteryt w Statystyce miejskiej jest następująca:

|                                            |       |               |
|--------------------------------------------|-------|---------------|
| w r. 1920 na 287 przyp. dyfterytu przypada | 27,8% | śmiertelności |
| w r. 1928 na 912 " " "                     | 7,0%  | "             |
| w r. 1929 na 1282 " " "                    | 6,0%  | "             |
| w r. 1930 na 3247 " " "                    | 4,7%  | "             |

Spadek śmiertelności wykazuje również i Statystyka szpitalna. W latach 1914—24 r. na 1213 przyp. dławca zanotowano 19% śmiertelności

zaś na 698 przyp. anginy dyft., " 7,3% "

Razem na 1911 przyp. dyfter. " 15% "

W roku 1930 stosunek ten był następujący:

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| na 616 przyp. anginy dyft. zmarło | 8,6%  |
| na 283 " dławca "                 | 8,1%  |
| na 116 " mieszanych "             | 11,2% |
| a zatem na 1015 " dyfterytu "     | 9,7%  |

Widzimy zatem, że spadek ogólnej śmiertelności na dyfteryt był zupełnie wyraźny, i przypisać to należy spadkowi śmiertelności z dławca, który w ostatnich latach daje mniejszy odsetek powikłań płucnych. Śmiertelność anginy dyfterytowych zwiększyła się nieznacznie z 7,3% na 8,6%

Z zestawień powyższych wynika

- 1) Ogromne nasilenie się epidemii dyfterytu w r. 1930.
- 2) Zmniejszenie się śmiertelności na krup przy jednoczesnym nieznacznym zwiększeniu się śmiertelności na anginę.
- 3) Znaczny wzrost powikłań ze strony układu nerwowego.
- 4) Wobec późnych powikłań porażennych okres rekonwalescencji po dyfterycie winien wynosić co najmniej 2 miesiące, w ciężkich przypadkach powikłań nawet dłużej. Co ważne ma znaczenie dla lekarzy szkolnych przy wystawianiu świadectw zwolnień od ćwiczeń cielesnych.
- 5) Surowica przeciwbłonicza jest w dalszym ciągu jedynym niczym dotąd niezastąpionym lekiem w walce z dyfterytem.
- 6) Wobec olbrzymiego zwiększenia się epidemii dyfterytu należy szeroko propagować akcję zapobiegawczą (szczepienia) przedewszystkiem w okresie wieku przedszkolnego.

W dyskusji Dr. Wölflle podkreśla trudność postawienia wczesnej i trafnej diagnozy błonicy; szczególnie zbyt pochop-

ne, powierzchowne badanie bakterjologiczne może prowadzić do błędnego rozpoznania błonicy tam, gdzie zachodzi przypadek anginy streptokokowej, stąd też wypływa niesłuszny w tych przypadkach wniosek o lekkim przebiegu „błonicy”. Dr. Wölflle przypuszcza, że między b. Löfflera i streptokokami zachodzi pewnego rodzaju symbioza.

Co się tyczy szczepień anatoksyną, to stosują je również i Niemcy (D. A. F.); statystyka jednak wykazuje, że szczepienia te zmniejszają naogół zachorowalność, lecz nie śmiertelność.

Dr. Szokalski uważa, że dla nosicieli, powracających po błonicy do zajęć szkolnych, okres 4-tygodniowej nieobecności jest za krótki; należałoby tutaj odpowiednio zmienić rozp. władz szkolnych i uzgodnić je z przepisami urzędów sanitarnych.

Bezskuteczność surowicy w niektórych przypadkach dyfterji, nasuwa Dr. Szokalskiem u analogję z podobną bezsilnością surowicy przeciw dyzenterycznej; zapewne powód leży tutaj w zmianach anatomicznych, wtórnych, zbyt daleko już posuniętych.

Powikłań, jak niedomoga serca, *myasthenia*, *debilitas*, występujących po błonicy podobnie, jak np. po ostatnio panującej grypie nie należy sobie lekceważyć; w okresie tych zmian pobłoniczych gimnastyka jest przeciwwskazana.

Szczególnie wysoką śmiertelność na błonicę w r. 1920 tłumaczy Dr. Sz. wyniszczeniem ludności wskutek przejść wojennych.

Dr. Trenkner cytuje 2 przypadki, w których na migdałkach skonstatowano bakterjologicznie obecność bakterji Plaut — Vincenza i Löfflera; w tym przypadku możliwa była symbioza; następnie wspomina o 2 przypadkach upartego nosicielstwa u 2 uczniów w szkole, które ustąpiły dopiero po dłuższym czasie, mimo stosowania pyocyanazy, surowicy lokalnie, protargolu i t. p.

Dr. Cieszyński przypomina, że i na zachodzie zachodzi surowica ostatnimi czasami. Ponieważ nie można przypuścić, aby wina leżała w złej surowicy, przeto trzeba jej szukać w osłabionym witalizmie, w zniewieściałości organizmów.

Odnosnie do powikłań pobłoniczych, prawdopodobniejsze jest, że ich podłożem są raczej zmiany w nerwach, aniżeli w mięśniach; przemawia za tem nagłe zejście, pozbawione rozwiniecie się zmian mięśniowych wymaga dłuższego czasu.

Dr. Sokal jest zdania, że nosicielstwa nie należy lekceważyć. W Berlinie obowiązuje przepis, który zabrania nosicielom powracać do szkoły. To samo należałoby zastosować i u nas, lecz tutaj musi lekarz decydować indywidualnie, bo odpowiednie rozporządzenie nie istnieje. Dr. S. zapytuje, kiedy po błonicy mogą powracać dzieci do przedszkoli, gdzie tryb życia stawia duże wymagania wobec serca. Pożądaniem byłoby, aby lekarz szkolny był powiadomiony przez lek. prywatnego o każdym ciężkim przebiegu dyfterji u dzieci, które mi się w szkole opiekuje.

Dr. Trenkner zapytuje, czy okres 4 tygodniowej izolacji dziecka po błonicy jest wystarczający?

Przewodniczący odpowiada, że przepisy izolacyjne, obowiązujące w szkołach, będą w swoim czasie przejrane i w razie potrzeby zmienione.

Obecnie zapytuje prelegentów, czy obserwowali w czasie obecnej epidemii bezład zależny od zapalenia pobłoniczego wielonerwowego (*polynęritis*), oraz cierpienia oczne, a mianowicie: poiopję jednowzroczną.

Dr. Bogdanowicz odpowiada, że bez względu na to czy przypadek błonicy był ciężki, czy też lekki, uważa oszczędzanie dziecka pod względem fizycznym za konieczne; dlatego należy dzieci zwalniać od gimnastyki w ciągu 6—8 tygodni i przestrzegać ulg w wysiłku psychicznym.

Dokładna diagnoza błonicy jest jednak przeważnie możliwa, zwłaszcza w epidemii obecnej, rojącej się od przypadków klasycznych.

Powtórnego stosowania surowicy nie uważa Dr. B. za bardzo niebezpieczne; zwykle stosuje się metodę Besredki, zachowując odstępy 8-dniowe; natomiast uważa naogół, że wskazane jest ograniczenie w stosowaniu surowic końskich; w każdym przypadku powinna matka wiedzieć, kiedy i ile razy stosowano ją u dziecka, aby w razie potrzeby mogła dać ścisłe informacje.

Prelegent uważa za rzecz niemożliwą, aby ozdrowieńców na cały czas nosicielstwa nie dopuszczano do szkoły tembardziej, że nosiciele niekoniecznie są zaraźliwi, oczywiście nie dotyczy to przypadków, gdzie są wyraźne zmiany anatomiczne, jak np. w dyfterji nosa.

Odnosnie do symbiozy, to podobnie jak we wspomnianych przypadkach, tak i w szkarlatynie daje się zauważyć

zwiększona podatność błon śluzowych, zmienionych wskutek bakterji, powodujących katar.

W leczeniu porażień najbardziej wskazanym środkiem jest strychnina.

Szczepienia ochronne przeciwbłonicze mają rację bytu, o ile nadają długotrwałą odporność; przeważnie nie mają rodzaje cierpliwości przeprowadzić szczepienia aż do celu ostatecznego, t. zn. do chwili, gdy Schick kontrolny okaże się ujemny.

Lokalne leczenie surowicą uważa prelegent za bezcelowe, albowiem toksyny krążą w organizmie i osiągnąć może je surowica dopiero wtedy, gdy się dostanie do krwiobiegu.

Dr. Wölffle tłumaczy spadek śmiertelności przez zmniejszenie się liczby krupów, w roku zaś 1920 możliwe, że na wzrost śmiertelności pewien wpływ wywarła wojna.

Rozpoznanie błonicy opiera się na danych klinicznych i na badaniu bakterjolog. — jednak klinice należy się zawsze pierwsze miejsce.

Niedomoga serca jest rzeczywiście spowodowana, jak się zdaje, powinowactwem toksyny do nerwów, na co wskazują duże zmiany w *centrum vagus* w przypadkach śmierci nagłej.

Dr. W. jest również tego zdania, że w każdym przypadku błonicy dziecko powinno unikać wysiłków fizycznych przez 8 tygodni: w ciężkich przypadkach powinien lekarz przyw. wydać dziecku odpowiednie świadectwo dla orientacji lekarza szkolnego.

Nosicielstwo jest ciężkie do usunięcia, lecz trudno nie dopuszczać do szkoły nosicieli, u których zarazki błonicy mogą się utrzymać bardzo długo, nawet do roku.

Porażenie akomodacji spostrzegano w 2 przypadkach. ataksję w kilku ciężkich zachorowaniach, natomiast zniesienie odruchów ścięgowych było bardzo częste.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 25.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Canuyt i Vaucher cytowali na posiedzeniu lutowym tow. lek. szpit. paryskim (Pr. méd. № 12) *przypadek kichania napadowego*. Młoda panna po banalnym napózor katarze dostała napadowego kichania (5 do 600 dziennie) bez wodnistej wydzieliny z nosa. Rozmaite przyczyny drażniące (kurz, dym tytoniowy i t. d.) wzmagały kichanie. Leczenie nosa środkami chemicznymi i chirurgiczne spowodowało ustąpienie napadów na przeciąg miesiąca. Pod wpływem silnego wzruszenia napady wróciły i ustąpiły leczeniu wewnątrznosowemu i diatermją na przeciąg ośmiu miesięcy. Gdy znów wróciły, zastosowano, poza leczeniem miejscowem, 20 zastrzyków dożylnych peptonu, poczem nastąpiło wyzdrowienie, trwające przez 18 miesięcy.

Na tem samem posiedzeniu Lebou, Loubeyre i Becmeur omawiali przypadek *moczówki prostej pochodzenia kiłowego* w zależności od kiły opon mózgowych. Limfocytoza, hiperalbuminoza i odczyn serologiczne ujawniły naturę kiłową sprawy oponowej. Stosowanie przysadki dało poprawę przemijającą. Natomiast leczenie przeciwikiłowe szybko doprowadziło do ustąpienia objawów moczówki. Wyleczenie trwa już prawie 2 lata.

Weill-Hallé i Haik cytowali na posiedzeniu lutowym tow. lek. szpit. paryskich (Pr. Méd. № 14) *przypadek wielkiego rozszerzenia aorty* czy *guza śródpiersia u chłopca 14-letniego*. Zdjęcie rentgenowskie stwierdziło u chłopca, skarżącego się na napady bólów wewnątrz klatki piersiowej, guz, czyniący wrażenie worka aorty. Leczenie naświetlaniami i zastrzykowaniami rtęciowe przyniosły uspokojenie bólów. Obraz jednak radioskopowy jest bez zmiany i przemawia, mimo wczesnego wieku, za rozszerzeniem aorty.

## O d c i n e k

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

### Listy samobójców.

Podał

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA (Warszawa).

(c. d. p. Nr. 10).

Nietyle miłość i tęsknota za ukochanym, co zdradził i porzucił, przedewszystkiem uczucie zniechęcenia, rozczarowania oraz poczucie krzywdy i w dodatku brak pracy, którą z powodu „narzeczonego” straciła, doprowadzają 19-letnią służącą do samobójczej śmierci.

„Do magistratu miasta. Prośba. Ostatnie moje słowa są te, że nie mogę więcej żyć, bo się nie oplaci, dlaczego tak się błąkać po świecie. Jak mam komu przeszkadzać, to szkoda żeby mnie ta święta ziemia nosiła, bo mi się już za długo zdaje. Nie wiem, co mi skoczyło do głowy, że mi się nie oplaci żyć dłużej. Proszę ciągnąć do odpowiedzialności jednego, ze wszystkich najmilszego, co go kochałam nad życie i już więcej nie chcę kochać, bo mi był najlepszy, a teraz się zupełnie zmienił. Kochał mnie do szaleństwa, a teraz nie chce patrzeć, przez niego straciłam wszystkie posady, bo zawsze do mnie telefonował, a jak nie telefonował, to listy przynosił 3-4 razy dziennie, więc ja nie mogłam nic pracować, tylko musiałam listy czytać i odpowiedzi dawać. Więc przestał listy pisać, to znowu przychodził na podwórze o 12 w

nocy i awantury robił, nigdzie nie mogę dostać posady. On powiedział, że weźmie mnie do siebie, też nie wziął. Obiecywał złote góry, a ołowianych nie dał, więc trudno, muszę się pogodzić z losem, jak on mądry, to ja muszę być głupia. Taki piękny świat, a na tym świecie tak niepięknie. Żał mi umierać, lecz trudno, czy prędzej, czy później, to i tak muszę pójść. Więc proszę Państwa, chociaż mnie pochowajcie przyzwoicie, bo przez 2 lata opłacałam Kasę Chorych, a nic z niej nie korzystałam”.

Czytając tę kartkę, nie sposób jest oprzeć się wrażeniu, że życie to łatwo byłoby zachować. Dać dobre słowo, pracę, trochę serdecznej opieki...

Naiwna piosenka francuska mówi, że szczęście miłości trwa tylko chwilę, na całe jednak życie zostają jej troski i cierpienia. Pominawszy przesadę tych słów, musimy zaznaczyć, że niepowodzenia miłosne w życiu są bardzo częstym zjawiskiem, a samobójstwa na tle nieszczęśliwie skierowanych uczuć stosunkowo rzadkie.

Przed chwilą przytoczone listy wykazują rezygnację, omal pogódzenie się z losem. Jakże inaczej czuje 20-letni robotnik, gdy pisze:

„W imieniu waszej córki schodzę z tego świata.. Niech ją Bóg ciężko skarże”.

Również nienawiścią, zemstą, pogardą nawet zieje kartka człowieka, ginącego w 30 roku życia śmiercią samobójczą:

„Bądź przekłeta, niech ci moja niewinna krew twą podłą duszę splami”.

Czuje się, że przyczyną samobójstwa była potężna, ślepa namiętność (niesłusznem byłoby nazywać ją miłością), która zdegenerowała się w

również silne uczucie nienawiści. Człowiek ten nie pozostawił żadnego więcej listu, nie przejawiał żadnego życzenia, poczucie krzywdy i zbyt bolesny zawód czynią, że nie jest w stanie skierować swej myśli i zainteresowań poza przedmiot, który był przyczyną jego nieludzkiej męki.

Bardziej opanowanym w uzewnętrznianiu swych uczuć, choć być może, czuje podobnie, jest samobójca, który zostawił następujące słowa:

"Kochana Mamo przebacz. Kochany bracie, przebacz. Ostatnia wola: Zwłoki spalić lub zniszczyć, pogrzebu nie chcę. Żonie nic nie dać".

Te ostatnie listy nasuwają przypuszczenie, że pisane były przez ludzi, którzy umieli czuć silnie i głęboko, kochać również silnie, jak i nienawidzieć, i nie byli zdolni zapominać krzywd doznanych.

Zestawienie ostatnich listów, pisanych przez mężczyzn z bezpośrednio je poprzedzającymi pozostawionymi przez kobiety, mogłoby na pierwszy rzut oka nasuwać przypuszczenie, że inna jest w danym razie zarówno cała psychika, jak i sposób reagowania u jednych i drugich. Sąd taki byłby zbyt pośpieszny. Oto 28-letni robotnik, porzucony przez żonę, nie czuje się na siłach przeżyć tak straszego dla niego ciosu i porywa się na własne życie.

"Kochany szwagrze, kreślę parę słów z tej mojej przykrości, że ona nie chce ze mną siedzieć, a ja ją kocham bardzo, jak mąż ma prawo kochać i nie mogę sobie miejsca znaleźć i przepadam za nią i z tego powodu nie wiem, co sam czynię".

Drugi list brzmi:

"Przepraszam wszystkich z familji, że nie mogę żyć na tym świecie, zastyga we mnie życie z powodu mojej żony, że ona poszła na święta do swojego brata i do swej siostry, a mnie to kupiła buteleczkę esencji octowej, żebyśmy się potruili z dzieckiem. To ja się nie spodziewałem, że tak matka życzy swemu dziecku i swemu mężowi, co się ciężko napracuje. I kończę życie na wieki z powodu żony ulubionej".

O ile, co się tyczy przyczyn, można dopuścić ewentualność dyskusji, bo przypuszczalnie byłoby ich więcej,—może poza rozpaczą z powodu opuszczenia i troską o drobne dziecko, porzucone przez matkę, i widmo nędzy „żona poszła do brata, mąż się tak ciężko napracuje” itd.—co do uczuć oraz sposobu reagowania należy się zgodzić, że zbliżone są one raczej do wyrażonych w listach kobiet.

Oto jeszcze dwa bardzo krótkie listy, pokrewne formą i treścią, pozostawione przez dziewczynę i chłopca w wieku lat około 20-tu. Przypuszczalnie osoby te nawet nie wiedziały wzajemnie o sobie, pochodzili z różnych okolic. "Bądź szczęśliwy, tego ci życzy z za grobu XX". List młodzieńca: "Bądź zdrowa, zasyła ci ukłony YY". Oto cała krótka treść, krótka, lecz wiele mówi: całą istotę niepodzielnie wypełnia uczucie miłości, cóż z tego, że nie jest ono podzielone, przedmiot, który je wzbudził, nie jest mniej wskutek tego godny kochania. Niekierowane, niczem nieokiełznane uczucie wiedzie jednak do katastrofy. W słowach pomimo umiaru i powściągu wyczuwa się gwałtowne uczucie i bunt, które, gdyby nie wiek obu ofiar, wiek bardzo słabo rozwiniętej zdolności stawiania oporu przeciwnościom, musiałyby nasu-

wać myśl o większej, niż to się zazwyczaj zdarza, dysharmonji ich strony duchowej, o psychopatji.

Mianem miłości określamy zazwyczaj, nieśluszenie zupełnie, najróżnorodniejsze stany psychofizjologiczne, jak ślepą namiętność, uczucie zazdrości, samozaparcie, tęsknotę, zranioną dumę, a także stan i uczucie pustki, oraz opuszczenia. Gdy dołączy się do tego straszliwa świadomość u dziewczyny, że nie tylko ona skazana jest na cierpienie i pogardę, że będą one jej dziecku od kolebki już najwierniejszymi towarzyszami, omal naturalnem się zdaje, że przeniesie ona śmierć nad przewidywane katusze.

"Czesiek ma od wykupu z lombardu kwit. Nikt nie winien mej śmierci. Kocham was. Przebac mi Boże. Przebac mi mamó, jestem grzeszna, ale i nieszczęśliwa. Co począć? Żegnajcie"

W sobie tylko widzi winę, nie chce się usprawiedliwiać, przeciwnie, pragnie od wyrzutów sumienia czy innych przykrości uchronić tego, kto był jej współwinowajcą... Nie chce także być przyczyną strat materialnych dla swej rodziny, nie zapomina zaznaczyć, gdzie się znajduje kwit lombardowy...

Wywiady wykazały, że utrzymywała ona wbrew woli rodziny stosunek miłosny z człowiekiem, który nie chciał się z nią ożenić.

Jakże inaczej czuje również w ciąży porzucona młoda samobójczyni, której słowa teraz przytaczam:

"Najsamprzód wam donoszę o mojem powodzeniu. Dosyć mi się dobrze powodziło, lecz gdym poznała się z Józkiem, życie mi się zmieniło. Muszę ginąć przez takiego łotra, zdradził mnie, żenić się teraz nie chce. Otóż, gdym się dowiedziała, że chodzę w poważnym stanie, mówię mu: żeń się, ja nie mam żadnego wyjścia. To on mówi: nie staraj się, wszystko będzie dobrze. To ja się w domu nie przyznawałam, ale po jakimś czasie on się przyznał swoim kolegom. I u nas dowiedziała się matka. Więc jemu mówi: no co, czy będzie się pan żenił? To on mówi: pieniędzy nie mam. Więc matka na mnie, cożes ty narobiła. Ja jemu mówię: róbże jaki koniec. On mówi, ja ci nic nie poradzę, nie mam nijakiego wyjścia, to się otruj, bo ja się z tobą nie ożenię. Więc kiedy było mniej, to się żenił, a gdy jest siedem miesięcy, to każe truć.

Więc ginę dziś przez takiego łotra i życzę mu, żeby się niczego nie dorobił, żeby mu moja krzywda na wierzch wyszła".

Dziewczyna ta zmarła, być może, nietyle z powodu opuszczenia przez niewiernego kochanka, którego zupełnie sprawiedliwie nazywa łotrem i któremu życzy, by mu „jej krzywda wyszła na wierzch”, ile z powodu braku oparcia, pomocy, a być może, wprost wrogiego stosunku rodziny. W obu tych przypadkach, zdaje się, warunki zewnętrzne dużo się przyczyniły do popełnienia samobójstwa.

Gama uczuć ludzkich jest bardzo rozległa, zwłaszcza, być może, gdy idzie o uczucia niższe:

„Szanowny Antosiu, piszę ci te parę słów i proszę o odpis, co ty sobie myślisz i czy, będziesz moim czy też nie, bo jeżeli nie chcesz być moim, to jadę po karbol, bo ja tego nie zwyciężę, żebyś ty, cholera, po zabawach chodził, a ja żebym w domu siedziała, już ja się, cholera, muszę otruć, ale pamiętaj, że ty

będziesz odpowiadał za to, żeś mnie na małą wystawił, a teraz latasz za innemi. Nie, tak dobrze być nie może, wiesz kogo kochałeś, powinieś słowa dotrzymać. Ano, mówi się trudno, już ja muszę życie skończyć, ale że-bym wiedziała o co i dla kogo, proszę o odpis jaknajprędzej”.

A oto znaleziony równocześnie i drugi list, zostawiony przez jej „szanownego Antosia”:

„Kochana mamuchno, ginę przez swoją kochankę, bo moja kochanka mówiła, że jej matka mówiła, że ją otruje albo przebije, że ma mieć ze mną dzieciaka”.

Z tych obu listów widać, że nie miłość, powikłana tragizmem życia, grób przed tymi dworgiem otwiera. Nie, nawet jaknajbardziej prostacza dusza, gdy ją promień miłości muśnie, znajdzie wzniosły ton, by żale i ból swój wypowiedzieć. Ani tragizm sytuacji, ani nieociosana natura ofiar nie potrafią wytlomaczyć tych listów, które nie mogą wzbudzić żadnej sympatii, nawet współczucia. Ze słów tej 18-letniej dziewczyny wionie zawziętość, poczucie doznanej krzywdy i żądanie zadośćuczynienia za nią. Kochanek nie nadmienia też jednym słowem, żeby miłość do odchodzącej powodowała jego decyzję. Sądząc z listu dziewczyny, lubił on się bawić, niepomny obowiązku względem tej, której już nie kocha. Nie chce więc brać on ciężarów, jakie mu życie przemocą na barki wtłacza, a ulegając namowom bardziej od niego energicznej i zdecydowanej dziewczyny, dzieli z nią śmierć, pijąc karbol, o którym ona wspomina w swym do niego liście.

Pozwolę sobie teraz przytoczyć i omówić równocześnie listy czterech młodocianych (między 17 a 20 rokiem życia) samobójców, w których przebija stan egzaltacji oraz zaburzenia równowagi, raczej wiekowi dojrzewania, niż młodzieńczemu, właściwe.

„Kochana moja, żyjąc w zakresie paru miesięcy z tobą, doznawałem rozkoszy pieśszoty, lecz teraz skończy się wszystko. Pierwszy mój postęp (?) do ciebie był jak największa zbrodnia, zapomniawszy o obowiązkach oddałem się cały dziś już nie mogąc żyć bez ciebie dostałem obłędu i... (nieczytelnie) na wieczny sen, jak napisałem, że dziś nie mogąc bez ciebie żyć, lecz nie bez pieśszoty i rozkoszy, lecz przez wyrzut sumienia, dziś już cię żegnam na wieki. Więc daruj mi wszystko, co ci zawiniłem, więc daruj jeszcze raz temu, który cię kochał, bo wiesz, że dla mnie już więcej nic niema, wszystko ci oddałem, więc oddam ci i życie, lecz chcę zaznaczyć, że ginę przez ciebie. Na pamiątkę kładę ci swoją fotografię, niech ci zawsze przypomina Geńka, ginie na zawsze kochający”.

Nie są mi znane bliższe szczegóły, przebija jednak z listu podkład natury etycznej. Trawiony wyrzutami sumienia (słusznymi czy urojonemi?), że, zapomniawszy o obowiązkach, żyje tylko miłością, którą w tych warunkach uważa za zbrodnię, chłopiec popełnia samobójstwo. Być może, w głębi duszy czai się myśl, że w ten sposób mocniej wryje się w serce ukochanej, której wraz z listem posyła swoją fotografię. Jest to dziecięco naiwne i romantyczne.

Oto drugi list, który wykazuje pewne pokrewieństwo z poprzednim:

„Wielmożna Pani. Nie mogłem dłużej żyć, musiałem skończyć. Pomódl się czasem za mnie. Szczęśliwą bądź. Pamiętaj o mnie i niech te małe rączki dwie na grób przyniosą chryzantemy”.

Ostatnie słowa listu przypominają przekład pieśni cygańskiej, śpiewanej i u nas przed niedawnymi laty.

I w tym wypadku brak dalszych szczegółów, wiadomem było tylko, że młodzieniec ten nie był naogół zadowolony z życia, że był nerwowy, że lubił wypić.

Wyrażnie wykazują zaburzenia sfery uczuć wieku przejściowego, jako tło ogólne, a następnie upokorzoną ambicję i urażoną miłość własną listy, zostawione przez 17-letniego ucznia.

„Rozłączono nas, a ja bez niej żyć nie mogłem, niech wie, że ją kochałem. Winna temu jej matka. Do widzenia”.

A oto list do ukochanej:

„Kochana Irenko, piszesz mi, że poznałaś, jak ja cię kocham, że okazało się, że ja cię wcale nie kocham, jak nikogo na świecie i kochać nie przestanę nigdy, aż do śmierci. Ale powiedz sama, za co to poszło. Chodziłem zawsze po ciebie i czekałem, a że ty jak wyjdiesz, to nie zwracasz na mnie uwagi, tylko idziesz sobie na deptak, to ja temu nie winien. Prosiłem ciebie, byś nie chodziła na deptaku, gdy ja czekam na ciebie. Ile razy mówiłem, sama wiesz, dlaczego nie przychodziłem, co zrobiłby każdy, ale że ja ciebie nie kocham, tego nie mówiłem i nie możesz mi dać żadnego dowodu. Piszesz, co z nami będzie, mówię ci, że cię kocham, kochałem i kochać nie przestanę, ale przychodzić do ciebie to nie myślę, jeśli będziesz mnie narażała, ot, tak sobie, czeka, to niech czeka, jechał go sześć. Mówisz, że nie tyle cierpiałem i nic nie było, a cierpiałem za to, że uderzyłem przy tobie Janka, a teraz, jak mi to mama powiedziała, to mi się nie wiem co zrobiło. A to, co mama powiedziała, to teraz nie będę śmiał twojej mamusi spojrzeć w oczy, bo mi wstyd okropny”.

(Matka Ireny nieco złośliwie wyraziła się o nim, jako o narzeczonym, nie stawiała jednak poważniejszych przeszkód).

Styl listu dziecienny, chaotyczny, niepowiązany, jest poniekąd wyrazem tej burzy, co młodocianym organizmem nieraz miota. I zdarza się częściej, niżby się to zdawać mogło, że ulega rozbiciu watał łódź, co na ślepo, bez steru-rozsądku, bez hamulca-woli boryka się z nieznanymi żywiołami.

Kończąc tę wspólną grupę młodocianych samobójców z miłości listem 20-letniego wiejskiego parobka, który w rozterce duchowej, szarpany zdrośnią, rozpaczą, gniewem i zemstą zabija ukochaną, jej matkę, a w końcu siebie.

„Kochane państwo, zawiadamiam was o moim przejściu przez całe życie, bo ja się zachowywałem do tej pory, jak Bóg przykazał, ale chciała K. K. abym się z nią kołatał, a ja nie chciałem, bo ona nie dla mnie jest, taka stara, tylko ja chciałem z córką, to matka nie chciała jej pozwolić później a

w początkach, to kazała jej chodzić ze mną, a teraz nie dała, tylko ja straciłem kilka złotych na nią i zakochałem się w niej, to nie kazała jej chodzić ze mną, a ja nie mogłem sobie dać rady bez niej, bo takie jest zakochanie. Może nie wierzycie, jak to się można zakochać w młodej dziewczynie? to teraz wierzcie każdemu. Jaby nie zabił nikogo, ani matki, ani córki, tylko mi wymówiła posadę, ja mówiłem, żeby mi oddali pieniądze, te co straciłem, to nie chcieli, to ja mówiłem: jak mi oddacie, to pójdę od was. Ja miałem już dawniej zamordować, tylko się wstrzymywałem, jeszcze mi było szkoda córki, ale trudno, bo ja nie mogłem wytrzymać, jak ani posady, a mnie dokuczali, a ja się zakochałem w niej i miałem sobie życie odebrać, bo ja nie mogę sobie darować, że ja się zakochałem w niej tak mocno, że zmuszony jestem życie sobie odebrać. Bo matka mówiła, że będzie moją, a teraz mówi, żeby chodziła z drugimi chłopakami i łajdaczyła się tak samo, jak matka chciała się ze mną łajdaczyć. Ale ja nie chciałem, to zaczęła się gniewać na mnie, to ja się zacząłem śmiać z niej.

Co do zamordowania, to ja się zakochałem w niej i musiałem zabrać ze sobą, *niech nie mam ja i drugi*, bo ja nie zabiłby się bez niej.

Dziś o 12 godzinie zamordowałem dwie osoby (ślady łez na zamazanym papierze) popełniłem morderstwo domowe, bo stara się sprzysięgła, że nie da nigdzie iść na spacer (ślady łez, nieczytelne). Kazali iść z posady, a ja pożyczyłem 100 zł., a teraz nie chce mi oddać, to ja zamordowałem matkę i córkę, starą uderzyłem raz, a córkę drugi (nieczytelne). Ja miałem sobie życie odebrać, ale mi szkoda było, żeby się nią opiekowała (?). Jeszcze, żebym się zakochał, tobym nie odebrał życia jej, ale to taka bywa głupota młodzieży tak to się zaw (nieczytelne). Tak to się zamierzyłem trzy razy, tylko jeszcze niech widzieć godzinę, bo mi jeszcze błogo było, jak ją widziałem, serce krajało się we mnie. Płacę i żałuję, ale nic nie pomoże. Dowidzenia z wami, do miłego. Co do pogrzebu, to możecie mnie pochować, bo ja mam 100 zł. u nich, to pewnie starczy na pogrzeb. Raz uderzyłem matkę siekierą, raz córkę, na ostatek sam siebie brzytwą. Żegnam wszystkich. O godz. 12 i 1/2 ciężkimi cierpieniami życie kończę, a moja najukochańsza dziewczyna swe, bo ja nie mogę bez niej żyć, musiałem ją ze sobą zabrać tam, gdzie poszedłem. A teraz uświadamiam państwo, za co ja samobójstwo popełniłem; bo jej matka nie dała jej teraz nigdzie pójść ze mną, a do tego teraz (ślady łez, nieczytelne) że trudno było wytrzymać. Jak ja straciłem pieniądze kilkadziesiąt złotych, to oni chcą mnie teraz wyganiać i mówią, żebym szukał posady, ja mówię, jak mi zwrócicie pieniądze, to nie chcą zwrócić tych co wydałem i pożyczyłem 90. A z tego powodu dawałem im wszystko, bo mówiła, że będę jej zięciem i że będzie m. pieniądze przysyłała do wojska, ja myślałem, że będzie tak, jak ona mówiła, ale odwrotnie się zrobiło, to ja mówiłem, żeby oddali mi tę sumę, co dałem. Nie chcą. A co do dziewczyny to się zakochałem i musiałem tak zrobić. Starą uderzyłem raz w głowę siekierą, ją drugi raz, później uciskałem i sam...

List, pisany na wyrwanych kartkach z kaje-

tów, ze śladami licznymi łez, robi bardzo smutne wrażenie. Chwilami trudno się oprzeć myśli, że gdyby mu zwrócono drobną sumkę, która stanowiła jednak cały jego majątek, a którą stracił, przagnąc pozyskać serce ukochanej, gdyby mu bez liłości nie kazano iść precz, a nadewszystko, gdyby w otoczeniu znalazł się człowiek, który dopomógłby mu doprowadzić do ciszy rozszalałe fale namiętności i obudził głos rozsądku czy sumienia, kto wie, nie byłoby może tej strasznej katastrofy... Bo choć brak krytycyzmu, egzaltacja młodości i brak doświadczenia oraz opanowania czynią, że w wieku młodzieńczym zbyt często się zdaje, że podobnych stanów nikt inny przeżyć nie jest zdolny, wrażenia świeże łatwiej, niż w latach późniejszych, zacierają poprzednie, a świat po burzy nowymi blaskami jaśnieje...

Rozpatrując materiał, będący w mem posiadaniu, pomieściłam na pierwszym miejscu listy, w których samobójstwo jest związane z przyczynami natury erotycznej. Mój materiał, obejmujący przeszło 126 listów, zarówno z powodu szczupłej liczby jak i z innych przyczyn nie pozwala mi jednak wyciągnąć wniosku, że najczęstszym motywem samobójstwa jest miłość. Postawiłam ją na pierwszym miejscu, idąc po linii najmniejszego oporu: przyczyna jest zazwyczaj dostatecznie wyraźna. Jednak bardzo często nie jest miłość wyłączną przyczyną, prócz tego istnieje podkład, z którego często sam samobójca zdaje sobie sprawę: „nie mam sił do walki z przeciwnościami”, lub „nie mogę żyć z moją zwarjowaną duszą” itd. Poza to na specjalne wyróżnienie zasługuje samobójstwo z miłości u młodocianych ewent. bardzo młodych ludzi. W tym wieku sfera uczuć, jak zresztą i inne dziedziny, nie jest jeszcze uporządkowana, budzące się i często nieuświadomione instynkty powiększają chaos duchowy, zdolność samoopanowania i rozsądek niezawsze biorą górę nad chwilowym nawet afektem. W związku z tem gwałtowniejsze w swych przejawach, acz nie tak głębokie naogół jak w wieku późniejszym, uczucie nie widzi często kresu cierpienia, nie wie i nie chce wiedzieć, że najpotężniejszy z lekarzy, czas, goi najstraszniejsze rany, nieraz zresztą — nie chce być wyleczone.

Kończąc dział samobójstw, związanych ściślej z uczuciem miłości, przytoczę jeszcze list rzadkiego, na szczęście, typu samobójcy.

„Odbieram sobie życie dobrowolnie, nie mogąc przeżyć dłużej mej zmarłej w sierpniu żony (od zgonu tej ostatniej upłynęło 50 dni). Odchodzę, aby się z nią, gdziekolwiek jest połączyć na zawsze. Do moich kolegów zwracam się z prośbą o nieskładanie wieńcy, nie chcę mieć pogrzebu lepszego, niż moja żona, z myślą o której odchodzę”.

Gdy pomyślimy, że długich 50 dni dzieliło samobójcę od śmierci żony, że pozostało małe dziecko, że posłużył się taką samą, jak i ona, trucizną, dojdziemy do wniosku, że najprawdopodobniej działał on w stanie długotrwałego afektu. Być może, człowiek ten, czując po upływie 50 dni od śmierci żony ból niemniej dotkliwy, niż w pierwszych chwilach po jej zgonie, zdaje sobie sprawę, że istnienie będzie dla niego tylko powolnym konaniem, pełnem męczarni i przecina nić żywota.

Mogłabym przytoczyć jeszcze listy, wskazu-

jące na związek między samobójstwem a uczuciami erotycznymi i miłością. Nie czynię tego, gdyż pomnożyłyby one tylko zaznaczone już typy. Pisma te wykazują nieraz stan wybujałej uczuciowości, zaburzenia krytycyzmu, szczególnie u młodych ludzi, egzaltację, znacznie przekraczającą nieraz granice normy, stan długotrwałego, na koniec, afek-

tu. Możemy mówić czasem o mniej lub więcej zaznaczonych stanach psychopatycznych; choroby psychiczne, ewent. zaburzeń, znacznie odbiegających od tego, co spotykamy nieraz w życiu ludzi, uważanych za mniej — więcej normalnych, na podstawie tych listów nie stwierdziliśmy.

(c. d. n.)

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Przebieg chorób zakaźnych w roku 1930.

Podał

Dr. H. PALESTER (Warszawa)

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

(C. d. patrz № 10).

Dur osutkowy. Liczba przypadków duru osutkowego w roku 1930 zmniejszyła się nieco, albowiem w całym Państwie było ogółem 1640 przypadków, t. j. 6,106 na 100,000 mieszkańców, gdy w roku 1929 było ogółem 1990 przypadków, to jest 7,40 na 100,000 mieszkańców. Śmiertelnych przypadków było 112, t. j. 6,83% w stosunku do liczby chorych.

Pomimo tego z roku na rok postępującego spadku zapadalności nie można się ludzi, że dur osutkowy ma w Państwie ciągle jeszcze stałe swe siedlisko, za wyjątkiem województw zachodnich, w których nie było ani jednego przypadku, i że wobec tego władze sanitarne tak państwowe, jak i samorządowe zniewolone są całą swą pracą i uwagę zwrócić na ostateczne stłumienie tej epidemii, nie szczędząc ani kosztów, ani trudów.

Epidemia duru osutkowego panowała głównie w pierwszej połowie 1930 roku, gdyż w tym czasie były 1402 przypadki, t. j. 85,5% ogólnej liczby chorych; podczas gdy na drugą połowę tego roku przypada tylko 238 przypadków, t. j. 14,5%. Zapadalność i śmiertelność na dur osutkowy w poszczególnych województwach przedstawiona jest na tablicy.

Jak z tablicy tej widać, możemy co do nasilenia duru osutkowego wszystkie województwa podzielić na cztery grupy.

Do I grupy należą województwa Pomorskie, Poznańskie i Śląskie (nie umieszczone w tablicy), w których nie było ani jednego przypadku tej choroby. Do II grupy należą województwa o zapadalności poniżej 5 na 100,000 mieszkańców, a więc województwa, w których zdarzyły się tylko przypadki sporadyczne, najczęściej zawleczone, albo też gdzie pojawiły się małe ogniska epidemiczne rychło stłumione, a to: miasto Warszawa; Województwa: łódzkie, warszawskie (wieś Góry pow. mińsko-mazowiecki 10 przypadków); kieleckie (Zawiercie 4 przypadki); krakowskie (Jazowsko pow. Nowy Sącz 11 przypadków); wołyńskie i tarnopolskie (gm. Dzuryn pow. Czortkowskiego 13 przypadków; gm. Łonie pow. przemysłańskiego 15 przyp.; gm. Krogulec pow. kopyczyńskiego 9 przypadków i Kasperowce pow. zaleszczyckiego 7 przypadków). Do III

| Województwo. | Liczba zachorowań. | Liczba zgonów | Zapadalność na 100,000 mieszk. | Śmiertelność w % w stosunku do liczby zachorow. |
|--------------|--------------------|---------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| Wileńskie    | 486                | 15            | 48,33                          | 3,09                                            |
| Nowogródzkie | 247                | 12            | 30,84                          | 4,85                                            |
| Lubelskie    | 205                | 15            | 9,81                           | 7,31                                            |
| Stanisławow. | 175                | 18            | 13,14                          | 10,28                                           |
| Lwowskie     | 143                | 18            | 5,29                           | 12,5                                            |
| Białostockie | 122                | 6             | 9,35                           | 4,92                                            |
| Poleskie     | 87                 | 7             | 9,88                           | 8,04                                            |
| Tarnopolskie | 68                 | 13            | 4,76                           | 19,11                                           |
| Wołyńskie    | 40                 | 2             | 2,78                           | 5,00                                            |
| Krakowskie   | 22                 | 1             | 1,10                           | 4,54                                            |
| Kieleckie    | 21                 | 4             | 0,82                           | 19,0                                            |
| Warszawskie  | 18                 | 1             | 0,85                           | 5,55                                            |
| m. Warszawa  | 4                  |               | 0,42                           |                                                 |
| Łódzkie      | 2                  |               | 0,08                           |                                                 |

grupy należą województwa o zapadalności od 5—13 na 100,000, a więc województwa: lwowskie (gm. Wętlina pow. Liskiego 17 przypadków, pow. jaworowski 26 przypadków, mościski 18 i rawski 37 (wsie Teniatyska 8, Wólka 10, Ulicko 15)).

Białostockie (gm. międzyszecka pow. wołkowyskiego 38 przypadków, wieś Rogacze pow. sokólskiego 24 przypadki; w. Łopienki pow. grodzieńskiego 14 przypadków); lubelskie (gm. Aleksandrów pow. biłgorajskiego 52 przypadki, w. Żółkiewka pow. konstantynowskiego 15, w. Terespol. pow. zamoyskiego 14 przypadków, w. Zbuczyn pow. siedleckiego 16 przypadków); poleskie (powiaty piński, prużański i drohicki), stanisławowskie (gm. Borynia pow. turczańskiego 14; w. Kielichów pow. śniatyńskiego 14, gm. Peczeniżyn pow. kołomyjskiego 12 przypadków). Do grupy IV należą województwa: nowogródzkie i wileńskie, w których miało miejsce 44,7% wszystkich przypadków zachorowań. Najbardziej zajęte były powiaty Woj. nowogródzkiego: stołpecki 54 przypadki, wołczyński 66 przypadków, nieświeski 37, baranowski 31 i nowogródzki 27 przypadków; w województwie zaś wileńskim powiaty: dziśnieński 120 przypadków, postawski 108, brasławski 80, wileńsko-trocki 55 i mołodzieżański 50 przypadków.

Na terenie tych 2 województw pracowało przez cały rok 6—7 kolumn przeciwdurowych, które odsważały ludność drogą szeroko stosowanej dezynsekcji cjanowodorowej, tudzież izolowały chorych w szpitalach państwowych, względnie w dorywczo urządzanych po wsiach izbach chorych. Personel tych kolumn, jakoteż i personel sanitarny szpitali państwowych został w roku 1930 częściowo zaszczepiony szczepionką przeciw durowi płamistemu Prof. Dr. Weigla ze Lwowa. Z tych szczepionych osób nikt nie zachorował.

Dur powrotny należy, również jak i w ostatnich kilku latach, uważać za zupełnie opanowany. W roku 1930 zgłoszono 3 przypadki tej choroby, a to po jednym w Województwach śląskim, kieleckim i stanisławowskim, jednakże żaden z tych przypadków nie był bakteriologicznie stwierdzony i nikt z nich nie umarł.

**Czerwonka.** Na tę chorobę zapadło w 1930 roku 1910 osób, co stanowi zapadalność 7,11 na 100,000 mieszkańców (w r. 1929—10,2). Śmiertelność w stosunku do liczby zachorowań wynosi 16,02% (w r. 1929 tylko 7,1%). Najwięcej czerwoni było w wojew. Stanisławowskim (732 zachor.), lwowskim (280 zachor.) i wołyńskim (241 zachor.).

Jak w latach poprzednich, tak i w tym roku, wystąpiło silniejsze nasilenie czerwoni dopiero po 29 tygodniu, t. j. w drugiej połowie lipca, trwało prawie do połowy października i objęło szczególnie silnie województwa południowe, t. j. Stanisławowskie, Lwowskie i Krakowskie tudzież Woj. Wołyńskie. W innych Województwach znaczniejszego nasilenia tej epidemii nie było.

Rzuca się w oczy nadzwyczajna różnica wysokości śmiertelności w pojedynczych województwach. Tak np. w Woj. stanisławowskim śmiertelność wynosi 27,8%, podczas gdy w Woj. lubelskim na 57 chorych i w nowogrodzkim na 44 chorych nie wykazano ani jednego przypadku śmierci. Różnica ta da się może wytłumaczyć częściowo większą zjadliwością zarazka w Woj. stanisławowskim, częściowo zaś tem, że głównie w powiatach górskich tego województwa ewidencja chorych a szczególnie lżej chorych nie jest bardzo dokładna, podczas gdy przypadki śmierci dochodziły wszystkie do wiadomości władz. Szczepienia przeciwczwernkowe przeprowadzano, jak i w latach ubiegłych, z dobrym skutkiem. W roku 1930 wydano bezpłatnie szczepionki płynnej przeciwczwernkowej i sęty 10,160 cm. sz., co wystarcza do zaszczepienia 5080 ludzi, a ponadto stałej szczepionki przeciwczwernkowej Besredki 20550 porcji; ogółem wydano 25,630 porcji tej szczepionki.

**Płonica.** Rok 1930 był pod względem nasilenia płonicy o wiele gorszy, niż ostatnie dwa lata. Po ostatnim wielkim nasileniu płonicy w roku 1926 zaobserwowano stopniowy spadek tego nasilenia aż do roku 1929, poczem w roku 1930 występuje znaczny wzrost nasilenia tej choroby i dochodzi do 29,991 przypadków, co daje 111,6 zapadalności na 100,000 mieszkańców (w r. 1929 było tylko 20,909 przypadków, a zapadalność wynosiła 77,8 na 100.000 mieszkańców). Przebieg płonicy w poszczególnych województwach przedstawia się w roku 1930 następująco:

| Województwo      | Liczba zachorowań | Liczba zgonów | Zapadalność na 100,000 mieszkańców | Śmiertelność w % w stosunku do liczby zachor. |
|------------------|-------------------|---------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. m. Warszawa   | 2474              | 86            | 264,2                              | 3,5                                           |
| 2. Poznańskie    | 3889              | 100           | 197,6                              | 2,6                                           |
| 3. Lwowskie      | 3994              | 214           | 146,6                              | 5,4                                           |
| 4. Łódzkie       | 3942              | 95            | 130,6                              | 2,4                                           |
| 5. Stanisławow.  | 1680              | 213           | 125,5                              | 12,7                                          |
| 6. Poleskie      | 1129              | 37            | 118,4                              | 3,3                                           |
| 7. Pomorskie     | 1095              | 16            | 117,2                              | 1,5                                           |
| 8. Wileńskie     | 1132              | 34            | 112,5                              | 3                                             |
| 9. Tarnopolskie  | 1595              | 118           | 111,7                              | 7,3                                           |
| 10. Kieleckie    | 2298              | 49            | 90,5                               | 2,1                                           |
| 11. Warszawskie  | 1697              | 42            | 80,2                               | 2,5                                           |
| 12. Śląskie      | 822               | 15            | 73                                 | 1,8                                           |
| 13. Krakowskie   | 1406              | 25            | 70,6                               | 1,8                                           |
| 14. Lubelskie    | 1289              | 40            | 61,6                               | 3,1                                           |
| 15. Białostockie | 715               | 20            | 54,9                               | 2,8                                           |
| 16. Nowogrodzkie | 349               | 17            | 43,6                               | 4,9                                           |
| 17. Wołyńskie    | 485               | 14            | 34                                 | 2,9                                           |
| Ogółem           | 29991             | 1135          | 111,6                              | 3,8                                           |

W roku 1930 wzrosło nasilenie płonicy prawie we wszystkich województwach z wyjątkiem województw: nowogrodzkiego, wołyńskiego i stanisławowskiego. Jak i w roku ubiegłym, największe nasilenie płonicy miało miejsce w m. Warszawie. W wojew. poznańskim ostatnie największe nasilenie miało miejsce w latach 1925 i 1926 (zapadalność 102 i 137,6), w ciągu 2 ostatnich lat znów znacznie wzrasta (zapadalność 116 i 197). Akcja szczepień w wojew. poznańskim rozwinięta jest bardzo słabo.

W wojew. lwowskim w latach ubiegłych poziom nasilenia płonicy był naogół wysoki. W roku 1929 występuje dość znaczny spadek nasilenia, bo do 71,6, by w roku 1930 znów silnie podskoczyć do 146,6 na 100,000 mieszkańców.

W województwach wschodnich: nowogrodzkim, wołyńskim i poleskim, które wykazują najmniejsze nasilenie płonicy w roku 1930, znaczne nasilenie epidemii płonicy wystąpiło w roku 1927, t. j. w tym okresie, kiedy na terenie reszty Rzeczypospolitej płonica zaczęła się już zmniejszać. W latach poprzednich województwa te zajmowały jedno z ostatnich miejsc co do nasilenia płonicy. Epidemja w wojew. wołyńskim wygasła dopiero w roku 1929, w wojew. nowogrodzkim w roku 1930, w wojew. poleskim stopniowo się zmniejsza. Zaznaczyć należy, iż powyższe województwa w bardzo szerokich rozmiarach stosowały szczepienia zapobiegawcze w ostatnich trzech latach.

W wojew. stanisławowskim, które wykazuje w porównaniu z 1929 rokiem znaczny spadek nasilenia płonicy w roku 1930, ostatnie największe nasilenie miało miejsce w roku 1928, poczem nasilenie to stopniowo słabnie.

W przebiegu epidemii płonicy za okres od

1919 r. zwrócić należy uwagę na stały i znaczny spadek śmiertelności z płonicy. W pierwszym 4-leciu (od 1919 do 1922 włącznie) była wysoka śmiertelność, nienotowana już w latach następnych: od 11,7% w r. 1919 do 13,9% w r. 1921.

Śmiertelność w r. 1921 jest największa za cały okres czasu od 1919 r. Po r. 1921 śmiertelność zaczyna się stale i znacznie zmniejszać, dochodząc w roku 1930 już tylko do 3,8%. Niska ta śmiertelność była prawie we wszystkich województwach, za wyjątkiem stanisławowskiego 12,7%, tarnopolskiego 7,4% i lwowskiego 5,4%.

Nie neguję, iż przebieg epidemii w tych województwach mógł być cięższy, przy zestawieniu jednak z b. małą śmiertelnością w pozostałych województwach, należy przyjąć, iż przy dokładniejszej rejestracji zgonów w tych województwach nie wszystkie zgony były rejestrowane jako zachorowania, względnie lekkie i poronne przypadki zachorowań nie były wogóle rejestrowane, gdyż nie dochodziły do wiadomości władz. Wobec tak małej śmiertelności w przebiegu płonicy w r. 1930 wzrost nasilenia płonicy nie dał się tak dotkliwie odczuć.

Tem też się może tłumaczy, że akcja szczepień zapobiegawczych w roku 1930 pomimo nasilenia płonicy nieco osłabła.

|                            |       |        |           |
|----------------------------|-------|--------|-----------|
| W roku 1924 zarejestrowano | 13142 | osoby  | zaszczep. |
| 1925                       | "     | 117669 | " "       |
| 1926                       | "     | 197077 | " "       |

|                          |        |        |           |
|--------------------------|--------|--------|-----------|
| W r. 1927 zarejestrowano | 256503 | osoby  | zaszczep. |
| 1928                     | "      | 211309 | "         |
| 1929                     | "      | 136020 | "         |

Za rok 1930 brak jeszcze sprawozdań o szczepieniach zapobiegawczych. Na podstawie jednak ilości szczepionek, wydanych przez Państwowy Zakład Higieny, wypada:

|                              |       |          |
|------------------------------|-------|----------|
| wydano szczepionki płoniczej | 84225 | cm.      |
| "                            | B. P. | 336675 " |

Razem . . 420900 cm., czyli licząc po 2,0 — 2,5 cm. sz. na osobę na 168,360 osób — 175,000 osób.

Błonica w r. 1930. W przebiegu błonicy za okres od 1919 r. obserwujemy z roku na rok stały wzrost zachorowań; i tak, gdy w roku 1920 zarejestrowano 3178 przypadków zachorowań, to w roku 1930 zarejestrowano ich 17074 przypadki. Zjawisko to obserwuje się również stale we wszystkich państwach europejskich.

W przebiegu błonicy w ciągu roku 1930 występują dwa nasilenia. Jedno na początku roku, kończące się w drugiej połowie kwietnia. Tygodniowo liczba przypadków zachorowań w tym okresie waha się w granicach 284 — 429 przypadków. Od drugiej połowy kwietnia do drugiej połowy sierpnia mamy spadek nasilenia. Tygodniowa liczba zachorowań w tym okresie waha się w granicach od 170 do 240 przypadków. Później od drugiej połowy sierpnia rozpoczyna się jesienne nasilenie błonicy, które z tygodnia na tydzień wzrasta, dając w tygodniu 43-cim (od 19 do 25 października) 552 przypadki zachorowań, i trwa do końca listopada. W miesiącu grudniu występuje raptowny spadek.

Jak wynika z danych D. St. Zdr. największe nasilenie błonicy miało miejsce w m. Warszawie i w województwach: lwowskim, śląskim i poznańskim,

a zatem znowu w województwach najwięcej uprzemysłowionych, gdzie jest największe skupienie ludności.

W tych samych województwach było największe nasilenie błonicy i w roku 1929, a nasilenie choroby biorąc na uwagę kolejność w pozostałych województwach odpowiada mniej więcej takiemuż nasileniu w roku 1929. Nasilenie błonicy w 1930 r. wzrosło w porównaniu z rokiem 1929 we wszystkich województwach, a specjalnie w mieście Warszawie, gdzie zapadalność wzrosła o 212,9. W Województwie poleskim, pomorskim i łódzkim wzrost nasilenia wynosi od 33,3 do 22,1. W pozostałych województwach od 14,8 do 5,9. Według terytorjalnych grup województw rozpowszechnienie błonicy przedstawia się jak następuje:

|              |               |      |        |        |       |
|--------------|---------------|------|--------|--------|-------|
| Woj. zachod. | Licz. zachor. | 3355 | przyp. | Zapad. | 83,2. |
| " central.   | "             | "    | 8754   | "      | 78    |
| " wschod.    | "             | "    | 1982   | "      | 48,2. |
| " połud.     | "             | "    | 2983   | "      | 40    |

Przy stałym z roku na rok wzroście nasilenia błonicy od r. 1919 śmiertelność jednocześnie znacznie się zmniejsza, i tak w roku 1921 wynosiła 13,2% zachorowań, w roku 1930 zaś tylko 5,6%.

W większości województw śmiertelność jest niska za wyjątkiem, (podobnie jak w płonicy), w województwach Małopolski Wschodniej, gdzie nasilenie błonicy było stosunkowo małe. Należy przypuścić, iż przy dokładniejszej rejestracji zgonów w tych województwach nie wszystkie zgony były rejestrowane jako zachorowania, względnie odwrotnie, że wszystkie zgony były rejestrowane jako zachorowania, natomiast obowiązkiem zgłaszania przypadków zachorowań na błonicę szczególnie lekkich form nie był dostatecznie przestrzegany.

W anatoksynie błoniczej posiadamy zupełnie pewny środek ochronny przed zachorowaniem na błonicę. Departament Służby Zdrowia jeszcze w roku 1925 okólnikiem Nr. Z. Z. 5606/25 z dnia 5 października 1925 r. usilnie zalecał stosowanie szczepień zapobiegawczych przeciwko błonicy. Akcja ta jednak wtedy nigdzie nie przyjęła większych rozmiarów.

W końcu 1929 r. Departament Służby Zdrowia wydaje ponownie okólnik Nr. 276 (Z. Z. 6782/29) z dn. 4 grudnia w sprawie szczepień przeciwbłoniczych. Akcja szczepień zaczyna się szybko rozwijać. Według danych, wprawdzie niedokładnych, w roku 1929 zarejestrowano dzieci zaszczepionych 26,663. W roku 1930 Państwowy Zakład Higieny wydał:

|                      |         |                   |
|----------------------|---------|-------------------|
| anatoksyny błoniczej | 61,420  | ctm. <sup>3</sup> |
| szczepionki B. P.    | 336,675 | "                 |

Ponadto otrzymano celem porównania z naszą anatoksyną Ramonowską oryginalną z Instytutu Pasteura

10,000 ..

R a z e m 408,095 ctm.<sup>3</sup>

t. j. licząc przeciętnie po 2,5 ctm. szczepionki na osobę, na 163,240 osób. Akcja zatem szczepień przeciwbłoniczych w roku 1930 w porównaniu z rokiem 1929 znacznie się wzmogła. Toksyny błoniczej do odczynu skórno Schick'a na wrażliwość wydano na 170,700 osób, z czego wynika, że szczepione są zapobiegawczo dzieci, u których poprzednio stwierdzono wrażliwość na błonicę.

W m. Warszawie i w m. Łodzi powstały komitety szczepień przeciwbłoniczych, które kierują akcją szczepienną. W akcji tej biorą udział władze państwowe, magistraty i zarząd Kas Chorych. Finansowy

udział Departamentu wyraża się w kwocie miesięcznej po 500 zł. dla każdego komitetu i w bezpłatnym dostarczaniu szczepionek.

Według dotychczasowych danych kolumny szczepienne w m. Warszawie dokonały w roku 1930: odczynów Schicka—23,983, w tej liczbie stwierdzono dzieci wrażliwych 8,002.

|                                                         |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| Zaszczepiono po raz pierwszy                            | 6,919 |
| „ z powyższej liczby po raz 2-gi                        | 5,424 |
| Odczynów Schicka po szczepieniach                       | 1,588 |
| Zaszczepiono po raz 3-ci                                | 242   |
| Ogółem uodporniono 1125 dzieci, t. j. 70% szczepionych. |       |

W Państwowym Zakładzie Higieny:

|                          |     |        |               |
|--------------------------|-----|--------|---------------|
| uodporniono do lat 5-ciū | 54% | dzieci | szczepionych, |
| „ „ 7-miu                | 64% | „      | „             |
| „ „ 10-ciu               | 69% | „      | „             |

W Skierniewicach dokonano odczynów Schicka 1949,

z tej liczby z wynikiem dodatnim 589, odczynów Dicka 319, uodporniono 57%.

W mieście Łodzi w roku 1930.

Odczynów Schicka przed szczepieniem dokonano 14,701

Zaszczepiono anatoksyną błoniczą po raz 1-szy 9,104

„ z powyższej liczby po raz 2-gi 6,923

„ „ „ po raz 3-ci 405

Odczynów Schicka kontrolnych po szczepieniach dokonano 503

Stwierdzono uodpornienie u 440 dzieci, t. j. 86%.

Pomimo stale zmniejszającej się w ostatnich latach śmiertelności na błonicę niebezpieczeństwo dla wieku dziecięcego wobec w tak szybkim tempie wzrastającego nasilenia błonicy jest wielkie. Droga do usunięcia tego niebezpieczeństwa prosta — w akcji, zupełnie pewnych i wypróbowanych szczepień ochronnych anatoksyną błoniczą.

Dok. nast.

## Wiadomości bieżące.

— W związku z notatką p. t. „Medycyna a polityka”, wydrukowaną w № 4 „Warsz. Czasop. Lek.” z roku bieżącego, dowiadujemy się, że prof. Szymański, którego notatka owa dotyczyć mogła, rozesłał do pism codziennych wyjaśnienie, z którego wynika, że wiadomość o rozpoczęciu przezeń praktyki w Warszawie, podana przez powyższe pisma w dziale reklam płatnych, przeznaczona była do kroniki bieżącej, względnie do rubryki: osobiste, a nie do działu ogłoszeń, i tylko przez nieporozumienie tam się dostała, co potwierdziły niektóre redakcje od siebie. Redakcja nasza powyższe wyjaśnienie również stwierdziła, czem prof. Szymańskiemu daje ze swej strony zadośćuczynienie.

— Komunikat IV-go Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologów.

Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urzędzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie. W myśl uchwały Krak. Tow. Gin., z u. b. gospodarzem Zjazdu został prezes Krak. Tow. Gin., obecnie Doc. Dr. January Zubrzycki, sekretarzem Zjazdu Doc. Dr. Tadeusz Keller. Inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcji Zjazdu.

IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J.

Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajczkowania a krwawienia miesięczkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów).

Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowymi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b. r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie, Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopenika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania.

W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym urządzona będzie wystawa lekarsko-farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b. r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane.

Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycie-

czek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterek oraz zniżki kolejowe.

Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929 w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący:

Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr. Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr. Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr. Wacław Zaleski, skarbnik Dr. Bruno Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr. Ada Markowa, Dr. Jan Szancenbach, Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Doc. Dr. January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Adam Ackerman, Dr. Ludwik Friedmann, Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Pozatem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł. rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać Skarbnicy poszczególnych towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin.

Prosimy Skarbników poszczególnych Towarzystwa Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł. od każdego członka byli łaskawie przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. Dra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego 1. 1.)

Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie.

Sekretarz Zjazdu:

(—) Doc. Dr. Tadeusz Keller

Gospodarz Zjazdu:

(—) Doc. Dr. January Zubrzycki

— VI-ty Międzynarodowy Kongres Lekarski w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych będzie obradował w Genewie od 3-8 sierpnia 1931.

Do udziału dopuszczeni są lekarze zainteresowani w sprawach wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Termin zgłoszenia udziału w Kongresie upływa 15 lipca r. b. Składka wynosi 25 franków szwajcarskich; członkowie rodzin płacą po 10 franków szwajcarskich. Formularze zgłoszenia uczestnictwa można otrzymać w Sekretarjacie Polskiego Komitetu Organizacyjnego, Warszawa, Chocimska 24, który udziela pozatem wszelkich dodatkowych informacji. Adres Komitetu Międzynarodowego: Dr. Yersin, 3 rue de la Monnaie, Genève (Suisse), Secrétaire Général. Informacyj dotyczących hoteli, zniżek kolejowych itp. udzielają w porozumieniu z Komitetem Międzynarodowym agencje Tow. Cook-Wagons-Lits.

— Wydział wychowania fizycznego i higieny szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Kierownikiem Poradni wychowania fizycznego przy II klin. chor. wewn. Uniwersytetu Warszawskiego urządza w czasie od 13 kwietnia do 24 maja b. r. kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych czynnych oraz dla kandydatów na lekarzy szkolnych na temat:

Fizjologia i patologia wieku młodzieńczego.

### Program.

#### I. Zagajenie kursu.

#### II. Zagadnienia z dziedziny medycyny wewnętrznej. Godzin

- a) Zasadnicze pojęcie o konstytucji. Doc. Dr. Włodzimierz Filiński . . . . . 2
- b) O wydzielaniu wewnętrznym i jego znaczeniu szczególnie w okresie dojrzewania. Dr. Zdzisław Gorecki . . . . . 2
- c) Zarys czynności układu wegetatywnego wraz z próbami badania tego układu. Dr. Eleonora Reicher . . . . . 3
- d) O przemianie materji przy pracy z uwzględnieniem gimnastyki i sportu. Dr. Eleonora Reicher . . . . . 3
- e) O budowie i wskaźnikach budowy. Dr. Mieczysław Urlik . . . . . 2
- f) O oddychaniu. Dr. Zdzisław Gorecki . . . . . 2
- g) O znaczeniu sposobu oddychania dla wyczynu sportowego. Dr. Zbigniew St. Lewicki . . . . . 1
- h) Narząd krążenia a praca fizyczna (z ćwiczeniami). Dr. Eleonora Reicher . . . . . 7
- i) O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Dr. Janina Misiewicz . . . . . 2
- j) Zasady gimnastyki leczniczej. Dr. Jadwiga Titz . . . . . 3
- k) Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. Dr. Eleonora Reicher . . . . . 2

#### III. Zagadnienia z dziedziny chirurgji. Doc. Dr. Adolf Wojciechowski. . . . .

- a) Błędy postawy, budowy, wady rozwojowe i inne . . . . . 3
- b) Schorzenia chirurgiczne, ważne dla lekarza ze stanowiska wychowania fizycznego . . . . . 6
- c) Wskazania i zakres stosowania gimnastyki leczniczej . . . . . 5
- d) Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach chirurgicznych . . . . . 2
- e) Kiedy dziecko powinno być zwolnione z ćwiczeń cielesnych w związku z cierpieniem chirurgicznym i na jak długo . . . . . 2

#### IV. Seminarjum dyskusyjne i zamknięcie kursu . . . . . 3

Razem 50

### U w a g i.

Wykłady odbywać się będą w II. klin. chor. wewn. U. W. Szpital Dzieciątka Jezus, Nowogrodzka 59.

Wykład Doc. Wojciechowskiego III-e (w dn. 21 maja w czwartek) odbędzie się w sali konferencyjnej Ministerstwa W. R. i O. P., Aleja Szucha 23.

Zapisy przyjmuje Wydział Wychowania Fizycznego i Higieny Szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P., Al. Szucha 23 w godzinach biurowych. Wpisowe wynosi 10 zł. Poza tem kurs bezpłatny.

### Rozkład zajęć

| 1931 — kwiecień  | 20—21 i 21—22 | 8 <sup>30</sup> — 10 <sup>30</sup> | 10 — 13 |
|------------------|---------------|------------------------------------|---------|
| 13. Poniedziałek | I i II a      |                                    |         |
| 16. Czwartek     | II b          |                                    |         |
| 18. Sobota       |               | II f                               |         |
| 19. Niedziela    |               |                                    | III a   |
| 20. Poniedziałek | II e          |                                    |         |
| 23. Czwartek     | II c          |                                    |         |
| 25. Sobota       |               | III                                |         |
| 26. Niedziela    |               |                                    | III c   |
| 27. Poniedziałek | II c II d     |                                    |         |
| 30. Czwartek     | II d          |                                    |         |
| 1931 — maj       |               |                                    |         |
| 2. Sobota        |               | III c                              |         |
| 4. Poniedziałek  | II h          |                                    |         |
| 7. Czwartek      | II h          |                                    |         |
| 9. Sobota        |               | II h                               |         |
| 10. Niedziela    |               |                                    | III b   |
| 11. Poniedziałek | II g II j     |                                    |         |
| 16. Sobota       |               | II j                               |         |
| 17. Niedziela    |               |                                    | III b   |
| 18. Poniedziałek | II i          |                                    |         |
| 21. Czwartek     | III e         |                                    |         |
| 23. Sobota       |               | II k                               |         |
| 24. Niedziela    |               |                                    | IV      |

— Jubileusz Koła Medyków S. S. S. M. U. W.  
Dnia 18 stycznia r. b. Koło Medyków Stow. Samopomocowe Stud. Med. Uniw. Warsz. obchodziło jubileusz 15-letniego istnienia.

Założone w 1915 r. Koło musiało się borykać z wieloma trudnościami. Bo, jeżeli się zważy warunki, w jakich znajdowali się wówczas studenci medycy, Koło musiało obok pomocy naukowej, jak książki, preparaty, i t. p., nieść tak, że pomoc materialną.

Studja na wydziale lekarskim, obok 5-cioletniego okresu studiów, wymagają od studenta całkowitego oddania się pracy naukowej w laboratorjach, klinikach, prosektorjach, tak, że nie można nawet myśleć o stałej pracy zarobkowej.

To też Koło, obok bardzo wydatnej pomocy naukowej, jak to już wspomniano wyżej, rozwinęło działalność samopomocową. I akcja ta dała bardzo pomyślne rezultaty. Wysokość świadczeń Sekcji Pomocy Materialnej 1922/23 wynosiła 4900 zł., gdy w 1929/30 może się poszczycić liczbą 84346 zł.

Obok doraźnych pożyczek, Koło przychodzi kolegom w

pomoc przy wyszukiwaniu posad. I tak w 1921/22 r. Biuro Pośrednictwa Pracy obsadziło 8 posad, gdy w 1929/30 r. 264.

Biblioteka Koła, mająca w 1916/17 r. 260 dzieł naukowych, posiada ich obecnie 2383, a obok tego 609 dzieł treści beletrystycznej.

Koło liczy obecnie 700 członków. To też dzień jubileuszu obchodzony był bardzo uroczystie.

Po odprawieniu mszy św. w Katedrze św. Jana, celebrowanej przez Jego Ekscelencję ks. biskupa prof. A. Szlagowskiego, odbyła się akademja w salonach Rady Miejskiej pod wysokim protektoratem Jego Magnificencji p. rektora prof. dr. med. Michałowicza, p. dziek. wydz. lekarskiego prof. dr. A. Leśniowskiego i opiekuna Koła Medyków prof. F. Czubalskiego.

W części koncertowej akademji łaskawy udział raczyli wziąć: pp. Polńska-Lewicka, Balcerkiewiczówna, Zalewska, Dygas, oraz chór S. P. S. pod dyрекcją prof. Mossea.

O godz. 16-ej odbyło się otwarcie Ogniska Medyczek na Zdobyczy Robotniczej. Ognisko to powstało dzięki ofiarności pp. doktorostwa Rozenów, którzy udzielili pomieszczenia.

Miłe chwile przeżywało Koło, mogąc się poszczycić tak pięknymi rezultatami swej pracy.

— Biuro Pośrednictwa Pracy

Koła Medyków Stow. Samopomoc Stud. Med. U. W. dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych precowników w zakresie różnych specjalności na posady: lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakteriologicznych, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże i t. p. zabiegi, oraz wykwalifikowanych korepetytorów.

Zapotrzebowania nadsyłać pod adresem: Biuro pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. Warszawa, ul. Chałubińskiego 5, lub telefonicznie pod Nr. 714-86.

— № 2 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Tadeusz Zieliński: Nauki humanistyczne. Prof. A. B. Dobrowolski: O lodzie na lądach polarnych, Oskar Stellman:

O wieku ziemi. Prof. W. Massalski: Nafta jako źródło energii. Dr. Aleksander Hertz: Życiorys robotnika polskiego. J. Barski: Ogniska światowego kryzysu gospodarczego. Zniżka cen, jako program walki z kryzysem gospodarczym. L. R.: Instytut badań spraw narodowościowych w Warszawie. M. Vermont: Co nam mówią cyfry? Glin — metal XX wieku.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 10.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. St. Leśniowski. Przypadek padaczki Jacksonowskiej, operowany z pomyślnym wynikiem (pokaz).

2. A. Elektorowicz. Pokazy rentgenogramów przypadków opadnięcia wątroby.

3. Marja Goldman i S. Cytronberg. O wydalanu chlorku i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocicy doświadczalnej.

4. L. Karwacki. O postaci ziarnistej jadu gruczliczego.

### 14.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Sekcja kliniczna.

Pokazy:

1. St. Kaminer, B. Jochweds i R. Pekelis. Dwa przypadki wczesnych nacieków gruczliczych podobojczykowych w przebiegu cukrzycy.

2. A. Landau, B. Jochweds i R. Pekelis. Przypadek forme fruste choroby Basedowa. 3. H. Higier. Przypadek ruchów przymusowych i myśli natrętnych.

Odczyt:

J. Fliderbaum. Badania nad rolą zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej w powstawaniu obrzęków.

TREŚĆ: M. SZOUR. O wartości praktycznej przeciwalergenowej metody leczenia dychawicy oskrzelowej (Dok.). — Wł. STERLING. Choroba Legg-Calvé-Perthesa z zaburzeniami natury rozwojowej i wewnątrzwydzielniczej. — St. HIRSZBERG. 10 lat stosowania bizmutu w leczeniu kily (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Listy samobójców. (C. d.) — H. PALESTER. Przebieg chorób zakaźnych w r. 1930 (C. d.).

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Valeur thérapeutique de la méthode anti-allergénique de l'asthme bronchial (fin). — L. STERLING. Maladie de Legg-Calvé-Perthes avec des troubles de nature endocrine. — St. HIRSZBERG. 10 ans d'application du bismuth dans la thérapie de la syphilis (Rev. gén.). — M. GRZYWO-DĄBROWSKA. Lettres des suicidés (suite). — H. PALESTER. Maladies infectieuses en 1930 (suite).

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

## CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

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

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

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

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