

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 12

WARSZAWA, 31 GRUDNIA 1926 R.

Rok III.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O dzieciach anormalnych.

Podąła

Zofja ROSENBLUM (Warszawa)

Nazwiemy dzieckiem anormalnym dziecko, którego usposobienie, charakter i inteligencja odbiegają od normy i które wskutek tego nie jest w stanie przystosować się do swego otoczenia w rodzinie, czy też w szkole.

Dzieci anormalne należy podzielić na dwie zasadnicze kategorie:

- 1) Dzieci, u których zacofanie umysłowe występuje na plan pierwszy.
- 2) Dzieci, u których przeważają anomalje charakteru i usposobienia,

zaznaczając przytem, że typy zupełnie wyodrębnione spotykają się względnie rzadko, natomiast mamy najczęściej do czynienia z dziećmi o typach mieszanych.

Dzieci anormalne spotykają się względnie często. Binet, który się tą kwestją we Francji specjalnie zajmował, przeprowadził statystykę na terenie szkolnym. Określa on mniej więcej 3,5% dzieci, jako nie nadające się do wspólnego nauczania.

Mniej więcej 1,5% — to dzieci głęboko upośledzone pod względem psychicznym. W innych krajach, jako to Szwajcarji, Niemczech — statystyka potwierdziła dane Bineta.

ETJOLOGJA.

Przyczyny niedorozwoju umysłowego oraz psychopatij konstytucjonalnych można podzielić na zewnętrz- i zewnętrz-pochodne.

I) Z w e w n ą t r z - p o c h o d n e :

Jest to zahamowanie rozwoju układu nerwowego, gruczołowego i naczyniowego na tle odziedziczonej niewydolności podłoża zarodkowego.

II) Z z e w n ą t r z - p o c h o d n e :

a) Wrodzone — napozór zewnątrz-pochodne anomalje układu nerwowego, gruczołowego i naczyniowego wskutek.

1) uszkodzenia zarodka przez kiłę, wyskok, gruźlicę rodziców;

2) wewnątrz - macicznego uszkodzenia płodu z przyczyn, pochodzących od matki (np. wyczerpania wskutek zbyt częstych porodów, złego odżywiania, urazów psychicznych w okresie ciąży), lub też wskutek ostrych albo przewlekłych schorzeń płodu, wywołanych czynnikiem zakaźnym i toksycznym. Na tem tle powstają zaburzenia a) układu nerwowego płodu, jako to: zapalenia mózgowia, wodogłowia, rozlane stwardnienia mózgu; b) gruczołów wewnątrzwydzielniczych, wskutek czego powstaje dysglandulizm, który wpływa na zahamowanie rozwoju umysłowego; c) zaburzenia układu naczyniowego mózgu.

B) U r a z y p o r o d o w e .

Krwotoki oponowe, uszkodzenia korowe wskutek porodu kleszczowego.

C) S c h o r z e n i a p o z a m a c i c z n e .

a) Ogólna dystrofja wskutek przedwczesnego urodzenia.

b) Choroby zakaźne, z których należy położyć specjalny nacisk na zapalenie opon mózgowych wraz z powstającym na tem tle wodogłowiem, następnie — zapalenie mózgowia i na jego specjalną postać — śpiączkę nagminną, która może wywołać wybitne spustoszenia duchowe.

c) Wadliwa przemiana materji, jak np. krzywica, urazy mechaniczne, i t. d.

Poza przyczynami zewnątrz-pochodnymi, dopiero co wzmiankowanymi, na pierwszy plan wysuwa się — dziedziczność.

Duży odsetek dzieci anormalnych pochodzi z rodzin, obarczonych psychopatycznie.

Wrodzony niedorozwój jest ostatnim wyrazem wpływów zwyrodnienia, które się przenosiły z pokolenia na pokolenie.

Obarczenie dziedziczne będzie tem cięższe, im więcej przodków w bezpośredniej kolejności genealogicznej wykazało cechy zwyrodnienia (dziedziczność kumulacyjna, lub też o ile potomek łączy cechy zwyrodnieniowe zarówno ze strony matki, jak i ojca (dziedziczność zbieżna).

W zakresie dziedziczności stwierdza się wielki poliformizm. Na szerokim podłożu odziedziczonej predyspozycji neuropsychopatycznej zjawiają się najrozmaitsze postacie chorobowe: padaczka ojca przekształca się w natręctwa córki, pijaństwo dziadka w epilepsję wnuka, i t. d.

M e g e n d o r f e r i M e i e r zwrócili uwagę na powinowactwo pewnych postaci **moral insanity**, wybitnie dziedzicznej postaci zaniku uczuć etycznych — do schizofrenji. U obserwowanych przez nich chorych stwierdzili w 30% u jednego z rodziców schizofrenję.

W świetle teorii M e n d l a niedorozwój dziedziczny ustępująco w stosunku do normalnego rozwoju władz umysłowych. Zdrowi są osobnicy, którzy mają zawiązki identyczne dominujące DD (homozygoty).

Chorzy są osobnicy o zawiązkach identycznych ustępujących (Recess), RR.

Mieszkańcy, heterozygoty, którzy łączą w sobie zawiązki zdrowe i chore, są wprawdzie na pozór zdrowi, gdyż DR, jednak w zawiązku są chorzy. Według teorii M e n d l a potomstwo osobników DD, nawet ciężko dziedzicznie obciążonych, może być zupełnie zdrowe, o ile łączą się z zdrowymi współrodzicielami, gdyż posiadają oni zawiązki zdrowe i panujące w stosunku do ustępującego czynnika chorobowego.

Teoria M e n d l a obala też stary przesąd o szkodliwości kojarzeń między członkami jednej rodziny i tętnaczy, dlaczego z zdrowi ludzie mogą dać życie choremu dziecku. Są to z mieszkańcy, u których połączenie daje następujące wyniki:

$$DD+DR=DD+DR+DR+DR+RR.$$

Oczywiście, że jest to kombinacja możliwa szczególnie tam, gdzie rodzice są obciążeni tym samym czynnikiem chorobowym ustępującym.

Wśród wszystkich wyżej wymienionych przyczyn bodaj czy nie największą rolę odgrywa wyskok w uszkodzeniu zarodka. Potomstwo pijaków w 10 — 30% — to dzieci niedorozwinięte. W zakładach poprawczych stwierdzono, że 40% dzieci wykazywało pochodzenie od pijaków. B o u r n e v i l l e stwierdził na 1000 przypadków idjotyzmu i ciężkiego głuptactwa pijaństwo nałogowe ojca w 471 przyp., pijaństwo matki w 84 przyp., zaś w 65 przyp. pijaństwo obojga rodziców. K r a e p e l i n i P l a u t zbadali 29 rodzin pijaków i znaleźli wśród pozostałego przy życiu rodzeństwa (należy zwrócić uwagę, że 32% dzieci umarło do roku) — 15% niedorozwiniętych umysłowo.

Równie szkodliwie wpływa na zarodek rodziców — kiła. S t r o h m e y e r podaje, że u 10 — 15% dzieci psychopatycznych udaje się stwierdzić kiłę dziedziczną. Francuska szkoła podejrzewa kiłę w znacznie większym odsetku i twierdzi, że kiła nakłada na układ nerwowy specjalne piętno, a mianowicie: rozwój układu nerwowego może być anormalny, przedwczesny lub zbyt opóźniony. Charakterystyczny jest brak harmonji, odruchy pozostają bardzo długo nadmiernie wzmożone, odruch obronny i Babińskiego nie znikają, jak zwykle, do 1 — 1½ roku, lecz utrzymują się dłużej, stwierdza się ruchy współczulne. Te objawy **débilite motrice** występują przy zupełnie normalnym rozwoju inteligencji. Bywa też i odwrotnie, że dziecko niema żadnych objawów opóźnionego roz-

woju układu nerwowego — a nie mówi do 3 — 4 lat zdaniami.

Toksyna gruźlicy wpływa specjalnie na osłabienie odporności układu nerwowego. Francuska szkoła podkreśla jej powinowactwo do hysterji. Po za wyskokiem bardzo ważną rolę należy przypisać szkodliwym wpływom natury odżywczej, które mogą dotknąć dziecinny organizm podczas jego rozwoju embrjonalnego.

Upośledzone odżywianie w okresie różniczkowania się poszczególnych układów i narządów wywołuje bądź to konstytucyjne osłabienie młodej istoty, bądź też upośledzenie układu nerwowego, jako specjalnie wrażliwego.

Widzimy to na przykładach bliźniąt, gdzie często jedno rozwija się kosztem drugiego, i wśród rodzin, gdzie matka rodzi bardzo często w krótkich odstępach czasu i gdzie po 6 — 8 dzieciach ostatnie jest ciężko chore nerwowo lub umysłowo. Jaskrawym przykładem są rodziny proletariatu, gdzie matki, wyczerpane nadmierną pracą i złym odżywianiem, rodzą zły materiał dziecięcy. Niektóre domy są istną wylegarnią niedorozwoju dziecięcego.

Niedorozwój dziecięcy, powstały na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, daje postacie chorobowe, ogólnie znane, jako to: obrzęk śluzowy, kretynizm, mongolizm. Lecz oprócz tych jednostek klinicznych typowych, których rozpoznanie jest bardzo łatwe, są postacie ledwo zaznaczone, np. przypadki niedomogi gruczołu tarczowego (hypotyreoza, t. zw. **temperament hypothyroidien**). Dzieci są ociężałe, powolne, znakomicie się poprawiają pod wpływem podawania przetworów tarczycznych. Nie są one właściwie niedorozwinięte, lecz zahamowane w swym rozwoju.

Omawiając etiologję niedorozwoju dziecięcego, należy zwrócić jeszcze uwagę na 3 zewnętrzne czynniki niezmiernie ważne:

1) W p ł y w o t o c z e n i a.

Wychowanie w odpowiednim środowisku przez rodziców, obciążonych cechami psychopatycznymi, kształtuje chorobliwie psychikę dziecka. Wytwarza się t. zw. „Pseudoheredität“, autorów niemieckich. G u y a n nazywa słusznie wpływ otoczenia: „l'hérédité par éducation transmise“.

Nędza materialna, fatalne warunki mieszkaniowe, bezrobocie, troska o byt, którą pojmują już bardzo małe dzieci, niedostateczne odżywianie, brak opieki, brak wpływów moralnych, klótnie rodziców — wszystko to wywiera na wrażliwą duszę dziecka głębokie, często niezatarte piętno. Należy tu szukać wielu zaczątków stanów psychopatycznych i perwersji moralnych.

Drugim ważnym czynnikiem w powstawaniu objawów psychopatycznych u dzieci starszych jest przemęczenie: wywołuje ono niepokój ruchowy, brak skupienia, uwagi, postrzegania, wpływa hamująco na sferę uczuciową dziecka i doprowadza częstokroć do ciężkich zaburzeń w tej dziedzinie. Pod wpływem przemęczenia dziecko siedzi niespokojnie na ławce, kręci się, przeskakadza kolegom, ściąga lekcje, przyłapanie — kłamie. Z tego stanu dzieci zresztą same sobie zdają sprawę, mówiąc, że, gdy następuje stan zmęczenia, to im już jest „wszystko jedno“.

Trzecim czynnikiem wreszcie jest uraz, bądź to fizyczny, bądź psychiczny. Uraz fizyczny może wywołać przejściowo stan podobny do nerwicy urazowej u dorosłych — lub histerję. Urazy psychiczne, stłumione w podświadomości, wybitnie wpływają na ukształtowanie się psychiki dziecka, wywołują stany depresyjne, nerwice lękowe. W tej sferze podświadomości należy, być może, szukać przyczyn wielu odruchów aspołecznych, popędu do włóczęgostwa, zboczeń seksualnych, i t. d. Na postawie powyżej wskazanej etiologii mogą powstać u dzieci najróżnorodniejsze obrazy i stany patologiczne. Podzielić je można na 2 wielkie grupy, z których jedna obejmuje zespoły tak zw. funkcjonalne, druga — organiczne. Do grupy zespołów funkcjonalnych zaliczamy głównie zespoły histeroneurastenji i psychasteniczne.

Do grupy organicznej zaliczamy te zespoły, w których udaje się stwierdzić wyraźne zmiany organiczne mózgowia. Zmiany te powstają bądź wskutek przebytych zachorzeń zapalnych włącznie z przymiotem, bądź na skutek ustrojowych zwyrodnień rozmaitych układów nerwowych. Wszystkie te zmiany organiczne są bądź rozlane, bądź ściśle zlokalizowane. Nie wdając się w szczegóły — wymienię zmiany tego rodzaju, jak mniej lub więcej rozległe zbliznowacenia w obrębie kory, istoty białej i wielkich jąder, większe lub mniejsze torbiele, jamistości, zaniki wielkich połączy mózgu, mózdzku, aż włącznie do anencefalji, zwyrodnienia w postaci choroby T a y s a c h s a, S t r ü m p l a, W e s t p h a l a, i t. d.

Niezależnie od poszczególnych typów klinicznych odnajdujemy u dzieci anormalnych pewne wspólne cechy charakteru.

Wszystkie składniki nerwowości, jako to uczuciowość, wrażliwość, drażliwość, męczenie się, sugestywność, lęklivość — przejawiają się wybitnym nie stosunkiem między bodźcem a reakcją. Rzucająca się w oczy cecha młodocianych psychopatów i dzieci niedorozwiniętych — to wybitny brak harmonji w ich wszystkich przejawach psychicznych.

Uzewnętrznia się to przedewszystkiem w ich życiu uczuciowym: radość, smutek, strach nie są myślowo opanowane, przybierają gwałtowne rozmiary. Mały złośnik w przystępie afektu rzuca się na ziemię, gryzie, kopie, wrywa sobie włosy, drapie twarzyczkę do krwi, bije główką o ścianę, rzuca się z pięściami na otoczenie; przyczyna, która wywołała tę reakcję, jest zazwyczaj błaha. Uczennica szkoły specjalnej, dziewczynka o usposobieniu raczej flegmatycznym, łagodna dotychczas — żąda od matki zwrotu 10 groszy. Gdy ich nie otrzymuje natychmiast — obrzuca matkę stekiem najordynarniejszych przekleństw i w przystępie szału wybijają kopniakiem nogi szybę. Charakterystyczny jest dla dzieci tych brak równowagi uczuciowej w stosunku do otoczenia i często chorobliwa obojętność do najbliższych ludzi. Śmierć matki przechodzi bez żadnego wrażenia — natomiast wzruszająca powiastka, obraz w kinie mogą wywołać potoki łez. Do tej kategorii cech należy zaliczyć nierównomierność wysiłku i pracy dziecka, co tak utrudnia rokowanie. Niezły uczeń, który czynił dotychczas wcale niezłe postępy, zmienia się

zupełnie bez żadnej uchwytniej przyczyny, jest osowiały, nic go nie interesuje, ze swojej strony na zaczepki towarzyszy odpowiada uderzeniem, odepchnięciem. Ma się wrażenie, że umysł jego jakby zasnął. Nastrój ten przejawia się i w jego ruchach, które są niezgrabne, nierozczłonkowane, ociężałe. Łaknienie znika, sama czynność jedzenia staje się uciążliwa. U niektórych dzieci występuje w tym okresie **enuresis nocturna**. Nagle okres ten mija, dziecko znowu zaczyna przejawiać zainteresowanie. Te stany cyklotymiczne występują u niektórych dzieci dość regularnie, u niektórych dorywczo. Francuzi, którzy je opisali pod nazwą „*états intermittents*“ podkreślają, że występują one przeważnie na tle zaburzeń trawiennych, lub jako reakcja ustroju na zatrucie grzybicą. Częstość i najdokładniejsze badania nie są w stanie nic stwierdzić. Zarówno jak uczucia tych dzieci w stosunku do otoczenia wyładowują się bez żadnego umiaru, tak samo i uczucie strachu przybiera niekiedy rozmiary fantastyczne. Burza, pożar, krzyk, kłótnia wyciskają głębokie piętno na nadwrażliwej psychice; podrażniona fantazja snuje swe twory, przekształcając je, wyolbrzymiając, aż przybierają inne, nierealne kształty. Na tem tle powstają fobie: dziecko boi się dotknąć wody, ma szalony strach przed ciemnym pokojem, zjawiają się rozmaite idjosynkrazje, wstręt do niektórych ubrań, bo budzą przykre sensacje, zapewne skojarzone z uczuciem podświadomym strachu. Tu tkwi ciemne podłoże strachów nocnych, którego głębokie powinowactwo do utajonych urazów seksualnych podkreśla S t e k e l.

Niezrównoważenie umysłowe i brak korekcji uczuciowej znajduje sobie często ujście w mitomanji: młodzi psychopaci kłamią z upodobaniem, bez celu, dla samego kłamstwa. Opowiadania ich są tak niesłychanie powikłane, że trudno rozplątać misternie splecioną sieć kłamstwa. Duprę nazywa te dzieci chodzącymi bajkami. Należy odróżnić te dzieci od typu dziecka marzyciela, które sobie stwarza inny nierealny świat i żyje w nim godzinami, dniami całym; nie siląc się powrócić do życia realnego. Dziecko takie jest roztargnione, albowiem cała jego uwaga bywa skierowana na przeżycia wewnętrzne. Według malowniczego wyrażenia G r o s a dzieci te nie zdradzają ani jednym słowem, że wyczarowały sobie zakłętą zamczysko marzeń, i strzegą zazdrośnie jego kluczy.

Kłamstwa psychopatów mają cechy specjalne: są nierealne, nietwórcze. Są to przeważnie autooskarżenia, oskarżenia otoczenia, symulacje i t. d.

Kradzież jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech tych dzieci: spotykamy ją bardzo często i przybiera ona, zależnie od typu dziecka, najróżnorodniejsze postacie. Młodociany psychopata dokrowadza namiętność zbierania do rozmiarów chorobliwych; zbiera wszystko: marki, guziki, pudełka od zapalek, niedopałki papierosów, stare gazety i t. d. Gdy nie może dostać upragnionego przedmiotu — kradmie, albowiem pojęcie etyczne o własności nie jest u niego wyrobione. W niektórych kradzieżach przejawia się już specjalny typ patologiczny. Dziecko epileptyczne kraśnie brutalnie, wybuchowo; głupek — bez celu, bez potrzeby; dziecko dotknięte **moral-insanity** — dla chęci dokuczenia, nie dla zysku; skradnie np. staruszce niezbędne dla niej okulary, matce — fo-

tografję zmarłego dziecka. Często są kradzieże pie-niędzy, które zwykle poprzedzają ucieczki. Popęd do włóczęgostwa jest jednym z najczęstszych objawów, występujących u dzieci anormalnych. Na wystąpienie jego składa się dużo czynników: złe warunki społeczne, brak opieki, wpływ ulicy, nadmiernie wybujała, nieokielznana rozumowo fantazja, skłonność do stanów lękowych (obawa kary), wpływ afektu, jako to klótni z rodzicami i t. p. Epileptyk ucieka pod wpływem impulsu; ucieczkę historyczną cechuje, jak wszystkie przejawy hysterji, potrzeba zwrócenia na siebie uwagi; jest ona specjalnie zainscenizowana, pokłótni, jakimś przejściu.

Najczęstsza jest ucieczka jakby p r z y m u s o w a ; wybucha chorobliwy pociąg do swobody, do zmiany miejsca, który musi być natychmiast zaspokojony. Niepomne na przestrogi, kary, słabo zdając sobie sprawę z tego, co czyni — dziecko ucieka, wałęsa się kilka dni, wreszcie wraca do domu, obszarpane, senne, zmęczone, wygłodniałe. Nie pomagają tu żadne kary. Dziecko samo mówi: „kiedy to przychodzi — muszę uciekać“. Niejednokrotnie podłożem tych ucieczek jest głęboko w podświadomości s t ł u m i o n y u r a z p s y c h i c z n y . Nieco odmiennym typem jest włóczęga konstytucyjny, dziedziczny. Tu jest jakieś ciemne, niezbadane podłoże, pierwotny popęd do swobody. Dziecko to może powiedzieć słowami R i c h e p i n a :

J'ai pour premier principe
De m'en aller promener libre, le nez au vent,
Quand il m'en prend l'envie,
Et ça me prend souvent.

Niezmiernie charakterystyczną cechą dla młodocianych psychopatów jest wczesne p o d r a ż n i e n i e s e k s u a l n e : od najwcześniejszego dzieciństwa dzieci te onanizują się, często pociąg płciowy ma odcień perwersyjny: dzieci lubują się w brzydkich słowach, ruchach, rozmowach na temat seksualny. W niektórych cięższych postaciach psychopatji stwierdza się wyraźne perwersje seksualne, jako to sadyzm, fetyszizm, homoseksualizm.

Badanie somatyczne dzieci, upośledzonych psychicznie, wykazuje często cechy zwyrodnieniowe, które mają znaczenie tylko wówczas, o ile występują u osobnika w większym skupieniu. Cechy zwyrodnienia powstają na tle morfologicznego odchylenia od normy pewnych narządów, wskutek zahamowania ich rozwoju, braku proporcji, nieprawidłowego umiejscowienia. Z najważniejszych należy przytoczyć: zniekształcenie czaszki (aż do mikrocefalji włącznie), anomalje płciowe, asymetrię i anomalje unerwienia, jako to: asymetrię twarzową, mańkuctwo, zęzy, oczopląs, brak odruchów kolanowych i t. p. Zmiany te wskazują na głębsze zaburzenia nerwowe.

Niezmiernie charakterystyczne jest zachowanie się ruchowe dziecka psychicznie nienormalnego. Spotyka się tu dwa typy:

1) Dzieci niezmiernie ociężałe, mało ruchliwe, o ruchach niezgrabnych, mierzocłonkowanych, chwiejnych. Często dzieci te odpowiadają typowi, opisanemu przez Dupr-é i Merkle na pod nazwą „débilité motrice“.

2) Dzieci, u których uderza przede wszystkim niepokój ruchowy. Ruchy te są bezładne, bezmyślne, nieopanowane, wychodzą po za zakres świadomej woli dziecka (Ł u n i e w s k i), są niecelowe. Często przy-

wierają charakter niszczycielski. Dziecko „niespokojne“ nie może usiedzieć ani minuty, kręci się po pokoju, wskazuje na krzesło, skubie ubranie, dotyka przedmiotów i t. d.

Pewną odmianę tych ruchów stanowią tiki, które przybierają najróżnorodniejsze postaci: wywracanie białek oczu, mlaskanie, gwizdanie, podrzucanie ramion, skubanie włosów, obgryzanie paznokci i t. p. Na seksualne podłoże tików zwracano niejednokrotnie ostatnio uwagę. Patologiczny nadmiar ruchu przejawia się u dzieci i podczas snu; zaburzenia snu są często pierwszym objawem psychopatji konstytucjonalnej u niemowlęcia: dzieci nie zasypiają lub bardzo późno, rzucają się na łóżku, zrywają się w nocy, krzyczą. Strachy nocne wszelako nie są objawem psychopatycznym w ścisłym słowa znaczeniu i mogą wystąpić u dziecka zupełnie zdrowego pod wpływem urazu psychicznego. Jako o jednym z przejawów niepokoju należy wspomnieć o częstych zaburzeniach mowy (jąkanie, seplenienie, bółkotanie i t. d.).

Powyżej opisane cechy charakteru i usposobienia dzieci anormalnych potęgują się i przybierają swoiste odcienie zależnie od postaci chorobowych, w których je spotykamy. W szczupłych ramach tego szkicu możemy podać ich najogólniejszy zarys. Najgłębsze piętno na psychice dziecka wyciska p a d a c z k a . Dziecko, szczególnie obarczone psychopatycznie, staje się rozdrażnione, zacepne, wybuchowe, popędliwe, pomure, kłamliwe, często brutalne; czasem natomiast jest odwrotnie, młodociany epileptyk jest przesadnie ugrzecz-niony, niezmiernie religijny. Znane są psychiczne równoważniki padaczki w postaci fugues. Dziecko ucieka z domu pod wpływem impulsu, wałęsa się, wraca, i nie umie odpowiedzieć, gdzie było. Na okres równoważnikowy lub zamroczenia przypadają wybuchowe napady złości (A s c h a f f e n b u r g), kradzieże, podpalania i inne drożne czyny, włącznie do zabójstwa. Należy podkreślić powinowactwo strachów nocnych do padaczki, szczególnie, gdy występuje równorzędnie enuresis nocturna i zmiany w usposobieniu dziecka.

Powszechnie jest znane, jak głęboko padaczka, czy też jej równoważnik, występujące nawet w postaci petit mal, upośledzają władze umysłowe, doprowadzając do stanów głębokiego otępienia. Lecz nawet tam, gdzie napady padaczki nie wywołują upośledzenia intelektu — mogą one wyrzucić głębokie piętno na usposobieniu, dając obrazy podobne do moral-insanity. Podłoże psychopatji konstytucjonalnej jest najlepszym gruntem do wyhodowania innej jednostki klinicznej, mianowicie h i s t e r j i : podstawą jej jest nadmierne, nienormalne reagowanie na wszelkiego rodzaju podmioty, absolutna niewspółmierność między bodźcem a reakcją. Hysterję cechuje przede wszystkim wzmózona chorobliwie suggestyjność, wybujała wyobraźnia. Dziecko historyczne jest nadmiernie uczuciowe, egzaltowane, ogólnie niezrównoważone; ma pociąg do kłamliwości, odgrywania komedji, teatralnej pozy. Psychiczna infekcja na podstawie wzmózonej suggestyjności jest zjawiskiem, powszechnie znanem. Charakter młodocianych historyków jest niezmiernie typowy: są to dzieci przemądrzałe, t. zw. **enfants précoces**; cechuje je wybitny egocentryzm, zarozumiałość, łatwa suggestyjność, zaburzenia uczuciowe. Dla

obcych są uprzedzająco grzeczne, we własnej rodzinie niesłychanie uciążliwe.

Pod względem intelektualnym powstać może wybitne roztargnienie, niemożność skupienia uwagi, brak pamięci, czasem lekkie zacofanie, aczkolwiek histerja, jako taka, nie wywołuje ubytku inteligencji.

Dzieci — histerycy mają ogromny pociąg do fantazjowania, przetwarzają usłyszaną historję, stwarzają i dodają nieistniejące szczegóły, w swej manji wielkości wszystko stosują do siebie: powstaje obraz t. zw. **pseudologia phantastica**, który często nie jest niewinny: podniecone erotycznie dzieci lubują się w oskarżeniach otoczenia: mała dziewczynka pisze list do komisarza policji, że ojciec ją zgwałcił. Inne dziecko twierdzi, że jest katowane w domu i popełnia zamach samobójczy. Cały szereg urojeń, samooskarżeń, stanów depresyjnych powstaje na tem tle, nie mówiąc już o głębszych zmianach psychicznych w postaci stanów zamroczenia z omamami, złudzeniami, aż do brendzenia włącznie. W stanie tym dzieci histeryczne uciekają z domu, walczą się bez celu i t. d. Odróżnienie histerji od stanów początkowych schizofrenji dziecięcej napotyka nieraz na wielkie trudności.

Rzadką postacią nerwicy, do której znakomicie uspasabia podłoże psychopatyczne, jest **neurastenia**, którą napotykamy również w bardzo wczesnym dzieciństwie. Powstaje ona na tle niewydolności wrodzonej lub nabytej układu nerwowego i jego łatwego wyczerpywania się. Brak snu, złe odżywianie, zmęczenie, urazy, nadmierny onanizm są najważniejszymi momentami etiologicznymi. Dziecko takie cechuje wzmożone znużenie, wybitna drażliwość, zmęczenie motoryczne. Przeżywa ono wszystko niezmiernie głęboko, nie może zapomnieć żadnego przejścia, niejednokrotnie występują stany lękowe, stany depresyjne. Pewien 5-letni chłopczyk np. popełnia 3 razy zamach samobójczy, tłumacząc się tem, że rodzeństwo płacze po nocach, nie pozwala mu zasnąć, matka zaś stale hałasuje; to wszystko go tak męczy, że woli umrzeć.

Francuscy autorowie z Binetem na czele wyodrębniają pewien typ psychopatji dziecięcej pod nazwą: „enfant instable“ (dziecko niespokojne, niezrównoważone).

Są to dzieci, u których przeważa nadmierny niepokój ruchowy. Najczęściej niepokój ten towarzyszy stanom oligofrenicznym, lecz spotykają się dzieci zupełnie inteligentne, a nawet bardzo zdolne, które pod wpływem tego stałego niepokojnego motorycznego ulegają wyraźnemu zahamowaniu zdolności umysłowych. Poddane badaniu psychologicznemu, dziecko, o ile zmusić je do skupienia uwagi, może rozwiązać trudne skądinąd zadanie; lecz uwagę tę niezmiernie trudno skupić. W szkole dziecko samoistnie tego nie czyni, ani „żeby wysłuchać, ani żeby zrozumieć, ani żeby odpowiedzieć“, według wyrażenia Boncoura. Demoor określa te zaburzenia uwagi malowniczo, nazywając je „płasawicą umysłową“. Dziecko jest niezdolne do zapanowania nad sobą, nawet pod groźbą kary; niesłychanie uciążliwe w szkole, jest zazwyczaj szybko usuwane, jako czynnik demoralizacyjny.

Nieco inną odmianę stanowi typ dziecka, dotkniętego tem, co Niemcy nazywają „Sammelwut“. Dzieci te zbierają namiętnie gałganki, patyki, pudełka, i t. d. Częstokroć czynią to pod wpływem stanów natrętnych i przymusowych. Niektóre dzieci cierpią

latami całemi na myśli natrętne, skrupuły chorobliwe, wpadają w stan pedanterji, zmanierowania. Strohmayer cytuje przykład chłopca, który jadł potrawy tylko w porządku alfabetycznym:

Jarzyna
Kompot
Mięso
Zupa

Jaroszyński daje ciekawy przykład dziecka, obarczonego skrupułami religijnymi. Dzieci te czują się głęboko nieszczęśliwe, nie zwierają się nikomu, tracą zdolność logicznego rozumowania, zaniedbują naukę i mogą dość do stanów, graniczących z psychozą.

Najcięższą postacią psychopatji konstytucjonalnej jest **moral insanity**. W świetle nowoczesnej nauki, gdy przyczyna każdego przestępczego czynu bywa dokładnie badana, gdy interesuje i lekarza i prawnika nie tyle sam czyn, co podłoże psychiczne, na którym czyn ten powstał, liczba tych urodzonych przestępców znacznie się zmniejszyła. **Moral insanity** jest **anomalją dziedziczną i wrodzoną**. Dotknięte nią osobniki są ludźmi wybitnie antyspołecznymi. Główną jej cechą jest brak wszelkiego zabarwienia uczuciowego pojęć moralnych.

Najpewniejsza dziedziczność, według Ribot, to **dziedziczność uczuć**: istotnie stwierdza się, że te dzieci są potomkami całego szeregu przodków amoralnych, złodziei, włóczęgów, i t. d. W zależności od tego, czy **moral insanity** występuje samoistnie, czy też w połączeniu z niedorozwojem umysłowym, spotykamy dwa odmienne typy dzieci, aczkolwiek odruchy ich antyspołeczne mają zawsze tę samą cechę: są **wczesne i wyrafinowane okrutne**. Dziecko takie spoci i na wynik psoty nie czeka; czyni zło dla samej przyjemności czynienia go. Pewna 4-letnia dziewczynka, którą miałam możność obserwować, doprowadzała rodzinę, złożoną z 6 osób, do istnej rozpacz. Gdy matka zasłała rano łóżko, wskakiwała na nie i załatwiała swe potrzeby fizjologiczne; z upodobaniem ciąga prześcieradła, lecz wycinała tylko okrągłe dziury w środku. Nigdy nie przeszkadzała ojcu, który był krawcem, w pracy, lecz, gdy garnitur wisiał uszyty, skradała się i z wyrafinowaną chytrą wycinała dużą, okrągłą dziurę. Rodzina, doprowadzona do ruiny, błagała o internowanie dziecka.

Dziecko, zacofane umysłowo, nie przejawia, oczywiście, tak wyrafinowanej chytrą. Czyny jego są brutalne, psoty głupie. Treść jednak pozostaje ta sama, określa się świetnie wyrażeniem niemieckim: „Schadenfreude“.

Moral insanity przejawia się bardzo wczesnie; podejrzane objawy — to patologiczne afekty, gwałtowność, wahanie się nastrojów, niechęć do zabawy, niepomamowana złość, skłonność do podstępów, okrucieństwa, kłamliwość, absolutny brak uczucia dla rodziców. Charakterystyczny jest wczesny rozwój popędu płciowego: początkowo samogwałt, potem perwersje seksualne, ew. prostytutka. Dziecko z **moral insanity** nie ma zamiłowania do żadnego zawodu, jest leniwe, o nic się nie troszczy. W szkole czuje się źle, gdyż jest wybitnie aspołeczne: jako подроstek, pomnaża gromadę alfonsów, złodziejasków. Wpływ szkoły i internatu jest przeważnie nikły.

Przejdziemy teraz do rozpatrzenia czystej oligofrenji. Dzieci, zacofane pod względem umysłowym, są zazwyczaj opisywane stosownie do stopnia ich niedorozwoju, jako:

- I) Idjoci
- II) Głuptacy,
- III) Debilicy.

I) Według określenia Bineta idjota jest dziecko, które nie umie porozumieć się słownie ze swym otoczeniem, to znaczy, nie umie wyrażać swych myśli, ani rozumieć myśli, słownie wypowiedzianych, chociaż żadne zaburzenia słuchu, ani organów fonetycznych nie stoją temu na przeszkodzie.

Dziecko idjota jest niezdolne do uwagi czynnej, bardzo trudno jest pobudzić jego uwagę bierną. Pamięć jest niezmiernie upośledzona; dzieci ledwo poznają najbliższe otoczenie, nie są często w stanie nauczyć się użytku sprzętów codziennej potrzeby. Ruchy ich stoją na poziomie odruchów lub automatyzmów, dzieci te biorą wszystko do ust, wyciągają rękę po każdy zauważony przedmiot, dotykają go, wachają. Poziom umysłowy dorosłego idjoty odpowiada 3 — 4 latom życia. Stwierdza się przytępienie zmysłów. Najgłębiej jest upośledzone życie uczuciowe. Idjota nie odczuwa smutku, bólu, radości; żądania swe (nieomagania fizyczne, ból, głód), przejawia nieartykułowanym krzykiem, czasem wybuchem złości. Apatyczny — siedzi dniami całymi i patrzy tępo przed siebie; podniecony — krzyczy, biega, kręci się w kółko, wykonywa mnóstwo nieskoordynowanych ruchów, zaczepia otoczenie.

Opisywano wiele postaci idjotyzmu; charakterystyczne dla wieku dziecięcego są postacie następujące:

1) Choroba T a y - S a c h s a: spotyka się przeważnie u rasy semickiej; cechują ją obok idjotyzmu zmiany charakterystyczne na dnie oczu. Śmierć następuje w 3 — 4 roku życia.

2) Postać S p i e l m a y e r a — V o g t a: przejawia się w 4 — 16 roku życia, jest rodzinna i dziedziczna (t. zw. późna młodzieńcza postać choroby T a y - S a c h s a).

3) M o n g o l i z m: odznacza się pewnymi właściwościami fizycznymi (skośne oczy, ukrwienie policzków, otyłość), oraz usposobieniem łagodnym, pogodnym, muzykalnością, tendencją do pewnego nieznanego rozwoju.

II) G ł u p t a k: stoi na znacznie wyższym poziomie inteligencji, gdyż odpowiada mniej więcej 6 lub 7 rokowi.

Podstawową cechą głuptaka — to niemożność skupienia uwagi. Wrażenia umysłowe bardzo powierzchowne, nie pozostawiają żadnych głębszych śladów. Często uwaga jest niezmiernie ruchliwa (**hyperprosexia**), lecz tak powierzchowna, że nie obejmuje całokształtu otoczenia, zmieniając stale przedmiot zainteresowania. Wobec braku trwałych spostrzeżeń pamięć bywa zazwyczaj również upośledzona, aczkolwiek nierzadka jest u głuptków hipertrofia pamięci w jednym kierunku, 10 letni chłopczyk pamięta np. wszystkie numery hipoteczne domów na ul. Marszałkowskiej, inne dzieci umieją na pamięć kalendarz itp. Pojęcia abstrakcyjne, jako to kombinowanie nawet najprostsze, nie są opanowane, głuptak nie rozumie symbolu liczby, lecz może znakomicie umieć liczyć.

dowodem niektórzy głęboko niedorozwinięci rachmi-strze. Głuptactwo dziecka przejawia się w jego grach i zabawach, w których niema śladu inicjatywy, ani fantazji, które cechują grę normalnego dziecka. Brak krytycyzmu i logiki przyczynia się do zbroczeń etycznych głuptaków; pod wpływem sugestji otoczenia lub w celu wyładowania energii popełniają czyny zdradne, wiodące na manowce. Dziecko zacofane umysłowo i podatne do perwersyj etycznych jest najlepszym materiałem na młodocianego przestępcę.

III) Cechy te występują w mniejszym stopniu u debilika, którego przede wszystkim charakteryzuje niezdolność do wysiłku myślowego, do rozumowania, wnioskowania logicznego i krytycyzmu. Ubóstwo fantazji dziecka — debilika przejawia się w jego sferze zainteresowania; dziecko zadawala się wrażeniami umysłowymi, których nie przetrawia i nie zużytkowuje. Częstokroć dobra pamięć mechaniczna pozwala debilikowi nabyć sporo wiadomości, jest to martwy kapitał, którego dziecko nie umie użyć. Brak własnych myśli, zdolności kombinowania i bezkrytycyzm ujawniają ubóstwo intelektualne debilika, nawet wówczas, gdy jest on bogaty w zasoby, pamięciowe, zdobyte pracą.

Wobec dziecka anormalnego, czy to dotkniętego cechami psychopatycznymi, czy też niedorozwojem umysłowym, powstaje groźne, głęboko niepokojące pytanie: „Jaka będzie jego przyszłość, co zeń wyróżnie“?

Im cięższe są przejawy konstytucji zwyrodnieniowo-psychopatycznej, im bardziej obarczone jest otoczenie dziecka, tem ciemniej przedstawia się jego przyszłość. Okres dojrzewania płciowego jest próbą ogniową; objawy psychopatyczne, które dotychczas były w zarodku, przejawiają się znacznie jaskrawiej, dobitniej, zagrażając przyszłości młodego osobnika. Dlatego też wobec dziecka, zdradzającego wczesne objawy psychopatyczne, leczenie powinno być również wczesne, aby zapobiec utrwaleniu dziedzicznych cech neuropatycznych. Wobec młodocianego psychopaty, na którego fatalnie wpływają złe warunki domowe, nieodpowiednie wychowanie, otoczenie ludzi częstokroć nerwowo lub umysłowo chorych — pierwsze zarządzenie lekarza winno polegać na o d o s o b n i e n i u dziecka od środowiska. Odosobnienie to winno być bezwzględne i dostatecznie długotrwałe, aby mogło zatrzeć uprzednie złe wpływy.

Wychowawca, który zechce oddziaływać na dziecko, musi się zapoznać nie z jego czynami zdradnymi, które są tylko objawem, lecz z podłożem tych czynów, gdyż ono wywołuje chorobę.

Oddziaływanie winno być spokojne, łagodne, lecz zarazem stanowcze; dzieci te potrzebują rygoru, ale rygor w myśl E l l e n K e y nie powinien przytłaczać dziecka, lecz je podtrzymywać, aby się samo nie zgięło od swej słabości.

Zakres tego szkicu nie pozwala oczywiście na wyliczanie innych sposobów, zapomocą których pedagogja lecznicza opanowuje nieokielznane młode psychopatyczne jednostki. Podkreślimy tu tylko wielkie znaczenie gimnastyki, która, opanowując bezład ruchów dziecka, jego ciało, zmusza je do ześrodkowania uwagi i wywiera wielki wpływ na jego psychikę.

W stosunku do dziecka umysłowo niedorozwinię-

tego leczenie przedstawia się z innego punktu widzenia: w grę wchodzi przede wszystkim kwestja przystosowalności dziecka do życia. W tym celu należy dążyć jaknajwcześniej do ustalenia typu upośledzenia duchowego dziecka i starać się oddziaływać w pewnym określonym kierunku. Selekcja w szkołach winna być wczesna i możliwie dokładna, aby dziecko idjota lub głuptak nie traciło napróżno kilku lat życia na nieprodukcyjną naukę w szkole. Dzieci, opóźnione w rozwoju, należy usunąć ze szkoły normalnej jaknajprędzej, gdyż:

1) przeszkadzają one otoczeniu, hamując prawidłowy bieg nauczania,

2) nie odnoszą same żadnej korzyści.

W warunkach szkolnictwa specjalnego natomiast dziecko niedorozwinięte, lecz nadające się jeszcze do nauki szkolnej, jako to debilik, głuptak — przystosowuje się społecznie i osiąga maximum rozwoju umysłowego i moralnego.

W Niemczech zrozumiano oddawna głębokie znaczenie kształcenia dzieci niedorozwiniętych i chronienia ich przed wpływem ulicy: istnieje tam obecnie w 460 miastach 2000 oddziałów specjalnych, w których pobiera naukę 43.000 dzieci.

W Warszawie istnieją obecnie 32 oddziały, i około 600 dzieci pobiera dostępną im naukę w bardzo dobrych warunkach. Ciekawa jest wydajność społeczna tych dzieci.

Statystyka Philippe'a i Boncour'a wykazuje, że wydajność jest tem lepsza, im mniejszy jest stopień zacofania, i im mniejszy wpływ wywierają anomalje charakteru na przystosowalność społeczną osobnika. Niedorozwój nawet nieznaczny (zacofanie o

2 lata), lecz powikłany wadami charakteru, daje gorszy rezultat, niż niedorozwój głębszy bez wad charakteru. Celem zarówno szkoły specjalnej, jak i zakładów wychowawczych, winno być przystosowanie dziecka do życia w myśl zasady, że socjologicznym kryterjum przystosowalności jest:

- 1) być nieszkodliwym,
- 2) posiadać zdolność wystarczania samemu sobie.

W tym celu zakład leczniczy nie spełni swego zadania całkowicie, jeśli nie umożliwi dziecku nauki takiego rzemiosła, któreby mu dało możliwość zarobkowania.

W szeregu prac wykazano ścisły związek między przestępczością dziecka a niedorozwojem. Dziecko perwersyjne, zacofane umysłowo, chowane w fatalnem środowisku, znacznie łatwiej ulegnie złym wpływom i spaczy się, niż osobnik zdrowy. To też aczkolwiek twierdzenie to brzmi, jak paradoks, należy dzieci niedorozwinięte, obarczone cechami psychopatycznymi, głęboko upośledzone, otoczyć specjalnie troskliwą opieką, pomnąc, że, im więcej społeczeństwo wyda na zakłady wychowawcze, tem mniej wyda na zakłady karne.

Opieka nad dzieckiem anormalnem nie powinna opierać się na filantropji, lecz być obowiązkiem Państwa w tem przeświadczeniu, że dziecko nieleczone wyrośnie na jednostkę nieużyteczną, częstokroć szkodliwą, podczas gdy dziecko, leczone i przystosowane chociażby w rozmiarach skromnych do życia, może się stać osobnikiem pożytecznym.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Fizjologii Uniwersytetu Stefana Batorego.

(Kierownik Prof. Dr. M. EIGER).

Zastosowanie elektrody hydrochinhydronowej do oznaczenia P_H w płynach ustrojowych

(surowica, osocze, krew, płyn mózgowo-rdzeniowy itp).

Podał

Feliks GROSSMAN, starszy asystent Zakładu (Wilno).

Jak wiadomo, do oznaczania stężenia jonów wodorowych, względnie wykładnika wodorowego P_H w płynach białkowych, jak: surowica, osocze, krew i t. p., dotychczas stosowano jedynie metody kolorymetryczne i elektrometryczną wodorową oraz pewne jej odmiany. Metody jednak kolorymetryczne są niedokładne, zresztą, dla cieczy silnie zabarwionych, jak krew, się nie nadają, a metoda elektrometryczna wodorowa, jak stwierdziłem na zasadzie dłuższych badań, jest dość skomplikowana, wymaga b. dokładnej pracy, jest mało dostępna dla lekarzy i nie daje zupełnie dokładnych wyników przy oznaczaniu P_H we krwi, surowicy i wogóle w przypadku cieczy, łatwo wydzielających gazy (CO_2 z krwi, NH_3 z moczu).

Biorąc pod uwagę braki powyższych metod, a

następnie wielkie znaczenie, jakie posiada dokładne oznaczenie wykładnika wodorowego w płynach ustrojowych, przystąpiłem na początku 1925 r., przed ogłoszeniem pracy Misłowitza (1) do badań nad zastosowaniem do powyższych cieczy elektrod chinhydronowych E. Büilmana (2), wynalezionych przez niego w 1920 r. Teorię elektrody wodorowej i chinhydronowych, braki dotychczas stosowanych metod, wskazówki do uniknięcia błędów, robionych przy pomiarach zapomocą tych metod wyjaśnienie pojęcia wykładnika wodorowego, czyli P_H , i znaczenie jego w biochemji znajdzie czytelnik w obszerniejszej pracy mojej, która wkrótce ukaże się pod tytułem: O metodach oznaczania stężenia jonów wodorowych, drukowana w „Wiadomościach Farmaceutycznych“ w Warszawie. Znajdzie tam czytelnik w części doświadczalnej również sposoby i samo wykonanie pomiarów.

Pierwsze próby zastosowania elektrody chinhydronowej do krwi i surowicy robione były przez I. W. Corran i W. C. Lewis (3), a następnie przez E. Misłowitza (4) i innych. Wymienionym badaczom nie udało się zastosować do wspomnianych płynów zwykłej platynowej elektrody chinhydronowej i do badań swych wprowadzili złotą elektrodę, znaną już Dixonowi i Quastelowi (5). E. Misłow-

witzer skonstruował specjalną strzykawkę do pobierania krwi, która miała służyć jednocześnie za elektrodę. Elektrody Misłowitza wypuszcza już od dłuższego czasu niemiecka firma „Vereinigte Fabriken für Laboratoriumsbedarf“ w Berlinie. E. Misłowitzer spotkał się jednak z ostrą krytyką wielu badaczy⁽⁶⁾, jak Kolthoff, Cullen, Biilmann, Mozolowski i Parnas oraz innych, i ostatnio zarzucił elektrodę złotą i przystępuje do tych badań za pomocą elektrody platynowej⁽⁷⁾.

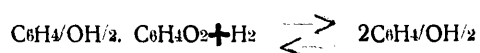
Badania moje robiłem na aparacie Michaelisa⁽⁸⁾, stosując również zamiast dwóch opornic wtyczkowych (reostaty) mostek z drutem, według metody Poggendorfa, wprowadzając dwie opornice z dwóch stron drutu, jako jego przedłużenie, celem otrzymania dokładniejszych wyników. W badaniach moich równoległe z elektrodami chinhydronowymi stosowałem dla sprawdzenia wyników elektrodę wodorową gruszkową i U-elektrodę, elektroda zaś kalomelowa nasycona i Veibla⁽⁹⁾ służyły mi, jako porównawcze o stałym potencjale.

Do elektrod chinhydronowych używałem naczynek, przez siebie skonstruowanych i podobnych do używanych przez E. Biilmanna.

Po przygotowaniu i sprawdzeniu elektrod wodorowych i chinhydronowych na cieczach standartowych, jak znanej mieszaninie kwasu octowego i ługu sodowego o $P_{H} = 4,62$ przystąpiłem do oznaczenia P_{H} w surowicy zwierzęcej, potem ludzkiej, a następnie w płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi i t. p.

Pierwsze pomiary za pomocą elektrody chinhydronowej dały wyniki zupełnie złe, przyczem potencjał okazał się zupełnie niestały, tak, że trudno było obrać jakąś liczbę za mniej więcej stałą. Rozcieńczając surowice kilkakrotnie roztworem fizjologicznym, otrzymałem nieco lepsze wyniki. Po przerobieniu jednak kilkunastu pomiarów, które nie doprowadziły do wyników możliwych, zarzuciłem elektrodę chinhydronową i do dalszych badań wprowadziłem elektrodę hydrochinhydronową, wynalezioną również przez E. Biilmanna. Różnica pomiędzy elektrodą chinhydronową, a hydrochinhydronową polega na tem, że zamiast chinhydronu używa się w nadmiarze mieszaniny hydrochinonu i chinhydronu. Najlepiej używać na 15 cm.³ cieczy 0,1 gr. chinhydronu i 1 gr. hydrochinonu. Część tej mieszaniny się rozpuszcza, reszta pozostaje w osadzie. Drucik platynowy elektrody powinien być prawie całkowicie zanurzony w osadzie, by mieć pewność, że znajduje się on w roztworze, nasyconym tą mieszaniną.

Reakcja w takiej elektrodzie polega na przemianie stałego chinhydronu w stały hydrochinon:



Sila elektrobodźcza ogniwa:

—Pt. (hydrochinhydron, roztwór A (KCl) roztwór A, H₂) Pt = 0,6179 volt przy $t=18^{\circ}C$, zamiast 0,7042 w wypadku stosowania elektrody chinhydronowej

Przy pierwszych pomiarach P_{H} w jednej i tej samej surowicy za pomocą elektrody hydrochinhydro-

nowej zauważyłem, że potencjał się szybko ustalił, a liczby otrzymane dla P_{H} prawie że jednakowe wydawały mi się dobrać. Liczby te umieszczone w tablicy i różniły się jednak od otrzymanych za pomocą U—elektrody wodorowej.

Tablica I.

Surowica świńska $t.=22^{\circ}C$.

Nr.	Elektroda wodorowa				Elektroda hydrochinhydronowa.				ΔP_{H}	P_{H}'
	Volt	Przec.	P_{H}	przec.	Volt	Przec.	P_{H}	przec.		
1	0,708		7,93		-0,068		7,67			
2	0,707	0,7075	7,91	7,91	-0,070	0,0687	7,70	7,68	0,19	7,87
3					-0,068		7,68			

Surowica wołowa $t=18^{\circ}C$										
Nr.	Elektroda wodorowa				Elektroda hydrochinhydronowa.				ΔP_{H}	P_{H}'
	Volt	Przec.	P_{H}	przec.	Volt	Przec.	P_{H}	przec.		
1	0,691		7,76		-0,066		7,63			
2	0,662	0,693	7,78	7,79	-0,067	0,0667	7,65	7,64	0,18	7,82
3	0,695		7,83		-0,067		7,65			

Te dane doprowadziły mnie jednak do wniosku, że, jeżeli nawet otrzymałem wyniki niezupełnie dokładne, to w każdym razie uda mi się najprawdopodobniej wobec stałości potencjału elektrody hydrochinhydronowej zastosować ją do surowicy. Przede wszystkim musiałem się upewnić, czy elektroda wodorowa dawała mi wyniki dokładne dla surowicy. Po przerobieniu kilkudziesięciu pomiarów na cieczach standartowych, zwłaszcza chemicznie obojętnych, alkalicznych i surowicy, opanowałem wszystkie źródła błędów, które łatwo popełnić można przy stosowaniu elektrody wodorowej i z których nie wszystkie dają się usunąć, a szczególnie przy surowicy. Po tych badaniach powtórzyłem te same pomiary na jednej i tej samej surowicy wołowej i porównałem wyniki, otrzymane za pomocą obydwu elektrod. Otrzymałem znów za pomocą elektrody hydrochinhydronowej wyniki prawie identyczne, różniące się jednak od otrzymanych za pomocą elektrody wodorowej, przyczem potencjał elektrody pierwszej bardzo szybko się ustalał. Wyniki te podaję również w tablicy I. Należało więc sprawdzić elektrodę hydrochinhydronową na cieczach standartowych o P_{H} , zbliżonem do takiegoż w surowicy, gdyż na cieczach standartowych o $P_{H} < 7$ elektrodę tę przedtem sprawdziłem, i dla cieczy takich okazała się ona bardzo dokładną.

Do tego celu przyrządziłem sobie ciecze ściśle według Sørensen'a o określonych przez niego P_{H} (11).

Jako elektrodę porównawczą stosowałem nasyconą kalomelową, której potencjał po dokładnem sprawdzeniu wypadł = 0,243 volta $t=18^{\circ}C$. i elektrodę Veibla. Pomiary robiłem za pomocą elektrody wodorowej, chinhydronowej i hydrochinhydronowej.

By tablice nie zajęły zbyt dużo miejsca, podaję jedynie liczby, otrzymane przy stosowaniu jednej elektrody porównawczej, a mianowicie nasyconej kalomelowej. Zaznaczam jednak, że, pracując z elektrodą Veibla, otrzymałem ostatecznie ten sam wynik.

T a b l i c a 2.

Mieszanina równych objętości $\frac{1}{15}$ n. Na_2HPO_4 i $\frac{1}{15}$ n. KH_2PO_4 (według Sörensena $P_{\text{H}} = 6,80$)

$t. = 18^\circ \text{C.}$

№	Elektroda wodorowa			Elektroda chinhydron.			Elektroda hydrochin.			
	Volt	Średn.	P_{H} Średn.	Volt	Średn.	P_{H} Średn.	Volt	Średn.	P_{H} Średn.	ΔP_{H} Średn.
1	0,634			0,0680			-0,0180			
2	0,636	0,6347	6,79	0,0680	0,0680	6,81	-0,0185	-0,0182	6,81	0,01
3	0,634			0,0680			-0,0180			

Mieszanina 61 objętości $\frac{1}{15}$ n. Na_2HPO_4 i 39 objętości $\frac{1}{15}$ n. KH_2PO_4 o $P_{\text{H}} = 7,00$

$t = 18^\circ \text{C}$

1	0,646			0,0570			-0,0260			
2	0,648	0,647	7,00	0,0570	0,0570	7,00	-0,0270	-0,0267	6,97	0,03
3	0,647			0,0570			-0,0270			

Mieszanina 80 objętości $\frac{1}{15}$ n. Na_2HPO_4 i 20 objętości $\frac{1}{15}$ KH_2PO_4 o $P_{\text{H}} = 7,36$

$t. = 19^\circ \text{C.}$

1				0,0345			-0,0460			
2	0,669	0,670	7,38	0,0345	0,0347	7,38	-0,0465	-0,0465	7,28	0,10
3	0,671			0,0350			-0,0470			

Mieszanina 87 objętości $\frac{1}{16}$ n. Na_2HPO_4 i 13 objętości $\frac{1}{15}$ KH_2PO_4 o $P_{\text{H}} = 7,60$

$t = 19^\circ \text{C}$

1	0,683			0,0230			-0,0555			
2	0,680	0,681	7,56	0,0230	0,0232	7,56	-0,0560	-0,0557	7,43	0,13
3	0,680			0,0225			-0,0555			

Mieszanina 60 objętości boranu i 40 objętości 0,1 n. HCl o $P_{\text{H}} = 8,27$

$t = 18^\circ \text{C.}$

1	0,719			-0,0150			0,0850			
2	0,720	0,719	8,25	-0,0160	-0,0155	8,26	-0,0850	-0,0855	7,98	0,275
3	0,718			-0,0155			-0,0855			

Mieszanina 84 objętości boranu i 16 objętości 0,1 n. HCl o $P_{\text{H}} = 8,99$

1	0,760			-0,0570			-0,1150			
2	0,762	0,7607	8,97	-0,0560	-0,0560	8,96	-0,1150	-0,1145	8,49	0,475
3	0,760			-0,0550			-0,1135			

Otrzymałem, jak widać z tablicy 2, między P_{H} oznaczonymi za pomocą elektrody hydrochinhydronowej i elektrody wodorowej, względnie chinhydronowej stałe różnice, wzrastające w miarę zwiększenia się alkaliczności cieczy, które wywołane są prawdopodobnie bardzo słabymi własnościami kwasowymi hydrochinonu (12).

Na zasadzie tych pomiarów wyprowadziłem wzór, według którego należy przy stosowaniu elektrody hydrochinhydronowej do cieczy o $P_{\text{H}} < 7$ wprowadzić poprawkę, a mianowicie:

$$\Delta P_{\text{H}} = 0,24. 2P_{\text{H}}^{-7} - 0,21.$$

O ile wziąć pod uwagę $P_{\text{H}} = 7,00 - 8,00$, a więc najszersze granice, w jakich może się wahać P_{H} w surowicy, krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym u ludzi i zwierząt, to poprawka ΔP_{H} będzie wynosiła od 0,03 do 0,21. Oczywiście, że dla płynów tych u ludzi ΔP_{H} będzie się wahało w granicach o wiele węższych i przeciętnie będzie wynosiło — 0,12.

Po wprowadzeniu tej poprawki w tablicy 1 i 3, z których tablica 3 zawiera wyniki pomiarów później robionych, widzimy, że liczby otrzymane za pomocą obu elektrod, to znaczy wodorowej i hydrochinhydronowej, są prawie że identyczne.

A więc zastosowałem ostatecznie po raz pierwszy elektrodę hydrochinhydronową do oznaczania P_{H} w surowicy, która to elektroda okazała się dużo lepszą od wodorowej co do dokładności, prostoty i szybkości wykonania pomiarów. Zresztą do wielu badań elektrody wodorowej nie można użyć z tej przyczyny, że mamy do czynienia jednak z gazem, który musimy utrzymać pod stałym ciśnieniem atmosferycznym.

Te same badania przeprowadziłem nad płynem mózgowo-rdzeniowym (u ludzi chorych). Jak widzimy z tablicy 3, i jak zresztą przewidywałem na zasadzie pokrewieństwa, istniejącego pomiędzy surowicą, osoczem i płynem mózgowo-rdzeniowym, tę samą elektrodę hydrochinhydronową udało mi się zastosować również i do tego płynu. To samo mogę powiedzieć i o innych płynach, jak limfa, wszelkie wysięki i inne płyny fizjologiczne, wzięte czy to z oka, czy też z innych narządów, które również badałem, uważałem jednak za zbyt ciężkie podawać tutaj liczby, otrzymane z tych pomiarów.

T a b l i c a 3.
Surowica ludzka.

№	Elektroda wodorowa			Elektroda hydrochinhydronowa			ΔP_{H}	P_{H}'
	Volt	temp.	P_{H}	Volt	temp.	P_{H}		
1	0,6855	20	7,63	-0,0625	20	7,51	0,145	7,655
2	0,6820	18	7,61	-0,0589	18	7,50	0,145	7,645
3	0,6810	18	7,59	-0,0550	18	7,45	0,13	7,58
4	0,6820	20	7,56	-0,0560	20	7,40	0,12	7,52
4	0,6820	19	7,59	-0,0560	19	7,43	0,13	7,56

Płyn mózgoworodzeniowy.

1	0,6910	20	7,72	-0,0640	20	7,53	0,15	7,68
2	0,6900	20	7,70	-0,0655	19,5	7,51	0,15	7,66
3	0,6830	20	7,58	-0,0615	20	7,48	0,14	7,62
4	0,6840	18	7,64	-0,0550	18	7,45	0,13	7,58
5	0,6850	18,5	6,65	-0,0580	18	7,50	0,14 ⁵	7,645

Krew królika.

1	0,678	17,5	7,55	-0,050	17,5	7,38	0,12	7,50
2	0,671	18	7,42	-0,048	18	7,33	0,11	7,44
3	0,6805	17,5	7,59	-0,054	17,5	7,45	0,13	7,57
4	0,673	17	7,47	-0,046	16,5	7,35	0,115	7,465
5	0,683	18,5	7,62	-0,056	18,5	7,46	0,13	7,60

Krew ludzka.

1	0,669	18	7,39	-0,045	18	7,28	0,10	7,38
2	0,675	18,5	7,47	-0,047	18	7,31	0,11	7,42
3	0,668	18	7,37	-0,043	18	7,25	0,10	7,35
4	0,674	18	7,45	-0,050	18,5	7,34	0,115	7,455
5	0,678	18,5	7,53	-0,053	18	7,42	0,125	7,545

Następnie zająłem się zastosowaniem elektrody hydrochinhydronowej do krwi. Pomiary robiłem na krwi króliczej, a następnie na ludzkiej (chorych). Widzimy, że po wprowadzeniu poprawki dla elektrody hydrochinhydronowej, wyniki otrzymane za pomocą tej elektrody i otrzymane za pomocą wodorowej, podane w tabl.

3. są prawie że identyczne. Pomiar wykonywałem w ten sposób, że do naczynka elektrodowego wlewałem 1,5 cm.³ roztworu fizjologicznego, wsypałem mieszaninę chinhydronu i hydrochinonu w ilościach mniej więcej takich, jak wyżej podałem, zawartość naczynka przemieszałem, wlałem 1,5 cm.³ krwi, zawartość naczynka dobrze przemieszałem i po mniej więcej 3 minutach odczytywałem potencjał tej elektrody. Im krew jest więcej rozcieńczona, tem lepiej i szybciej ustala się potencjał elektrody. Chinhydron i hydrochinon niekoniecznie muszą być brane w ilościach, ściśle podanych. Po przerobieniu kilku pomiarów używa się ich na oko. Chodzi właściwie o to, by, po rozpuszczeniu się tej mieszaniny, część pozostała w osadzie w takiej ilości, by drucik platynowy był w nim zanurzony.

Elektroda chinhydronowa, jak w przypadku surowicy, tak i krwi, dawała wyniki nieprawdziwe i zmienne.

Próbowałem także zastosować do krwi elektrodę chinochinhydronową, wynalezioną również przez E. Biilmanna (10), do której używa się mieszaniny chinonu i chinhydronu, reakcja zaś w tej elektrodzie polega na przemianie stałego chinonu w stały chinhydron.



Różnica potencjałów pomiędzy tą elektrodą i wodorową, przygotowanymi z tego samego roztworu, wynosi 0,7562 volta przy $t=18^\circ \text{C}$.

Elektroda taka przy stosowaniu do krwi posiada potencjał bardzo zmienny i wobec tego nie nadaje się do tego celu. Ustępuje ona również miejsca elektrodzie hydrochinhydronowej, o ile chodzi o surowicę.

Zaznaczam, że wogóle do cieczy o $\text{P}_\text{H} > 9$, jak się przekonałem, elektrody chinhydronowej, a tembardziej hydrochinhydronowej i chinochinhydronowej stosować nie można, jest to mniej więcej granica, przewidziane przez teorię tych elektrod (12) i której nie przekraczają płyny fizjologiczne.

Ostatnio, kiedy zaproponowane przez E. Misłowitza elektrody złote weszły w użycie, zająłem się również i nimi, mając jednocześnie do dyspozycji potencjometr z tejże fabryki „Vereinigte Fabriken für Laboratoriumsbedarf“, co i elektrody. Pierwsze pomiary zraziły mnie odrazu do tej elektrody. Na surowicy i krwi nie otrzymałem żadnych możliwych wyników. Stwierdziłem jednocześnie, że elektroda złota czuła jest na najrozmaitsze wpływy, powodujące błędy, i dlatego trudno jest posilkować się nią nawet przy zwykłych płynach niebiałkowych, zwłaszcza chemicznie obojętnych. Szczęśliwy jedynie jest pomysł E. Misłowitza skonstruowania strzykawki, która służyć miała zarazem, jako elektroda, a która okazała się niezdatną do użytku. Po zamianie jednak płytki złotej na płytkę lub drucik platynowy, można jej będzie użyć, jako elektrody hydrochinhydronowej.

Na zakończenie dodam, że najlepsza ze wszystkich metod oznaczania P_H w cieczach białkowych jest, jak to stwierdziłem, metoda elektrometryczna hydrochinhydronowa, którą stosuję do swych badań. Również bardzo dobre wyniki otrzymuję przy stosowaniu

elektrody hydrochinhydronowej do treści żółdkowej, moczu i t. p.

Zaznaczam również, że, stosując elektrodę hydrochinhydronową, unikamy błędu, wywołanego przez obecność soli (pomijając białko (w roztworze, jak to ma miejsce w przypadku elektrody chinhydronowej i szczególnie przy płynach o dużej zawartości soli nieorganicznych i organicznych (ponad 0,1 n.)), co już Biilmann i Sørensen (13) w swych pracach zaznaczyli.

Streszczenie:

- Po raz pierwszy zastosowałem do oznaczenia P_H w cieczach fizjologicznych, jak np. surowica, osocze, krew, płyn mózgoworodzeniowy i inne, elektrodę hydrochinhydronową, która jest dokładniejsza i prostsza od wodorowej, bardzo kłopotliwej i wymagającej dużej rutyny.
- Złota elektroda chinhydronowa nie nadaje się do oznaczania P_H w płynach białkowych, a więc we krwi i t. p.

PIŚMIENNICTWO.

- E. Misłowitzer: Biochem. Zeitschr. 159, 77 (1925).
- E. Biilmann: An. de Chimie 15, 111 (1921).
- J. W. Corran i W. C. Mc. C. Lewis: Biochem. Journ. 18; 1358 (1924).
- E. Misłowitzer: Biochem. Zeitschr. 159, 77 (1925).
- Dixon und Quastel: Journ. Chem. Soc. 123 (1923).
- 6 i 7) E. Misłowitzer: Klinische Wochenschrift; Nr. 40, str. 1863; 1864 (1926).
- 8) L. Michaelis: Praktikum der Physikalischen Chemie str. 148 (1922) Berlin J. Springer.
- 9) Stig Veibel: Journ. Chem. Soc. 123 (1923).
- 10) E. Biilmann: An. de Chimie 16; 321 (1921).
- 11) L. Michaelis: Praktikum der Physik. Chem. str. 25 (1922).
- 12) V. K. La Mer i T. K. Parsons: Journ. of. biol. Chem. 57, 613 (1923).
- 13) An. de Chimie 16; 321 (1921).

Z pracowni anatomo-patologicznej Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

O sprawach zastoinowych pęcherzyka żółciowego *)

Podał

M. SAIDMAN (Warszawa).

Sz. Panowie! Pozwolę sobie omówić sprawę zastoinu w układzie żółciowym zewnątrztrawowym, szczególnie w pęcherzyku żółciowym. Jest to temat, który, o ile wiadomo, u nas jeszcze ani razu nie był na porządku dziennym, a sprawa ta jest bardzo aktualna i na przedostatnim zjeździe chirurgów niemieckich należała do głównych tematów z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. Sprawa kamicy żółciowej w ostatnich latach, dzięki nowym poglądom i pracom w różnych dziedzinach, stanęła na zupełnie nowych podstawach, i to doprowadziło do nowej orientacji w kwestjach etjologii, patologii i kliniki kamicy żółcio-

*) Odczyt wygłoszony w Polskim Tow. Gastrologicznem w Warszawie, w dniu 4.VI 1926 r.

wej. Kolejność przyczyn powstawania kamicy żółciowej według najnowszych poglądów, opierających się szczególnie na badaniach *Aschoffa*, *Naunyna*, *Backwitz*a, *Lichtwitz*a, daje się określić jako zastój, zakażenie, zwiększone i ułatwione wypadanie cholesteryny i soli wapnia w żółci, przyczem wszyscy zgadzają się z tem, że zastój jest nieodzownym warunkiem dla powstania kamicy żółciowej. Spostrzeganie takich przypadków, które z wywiadami charakterystycznymi dla kamicy żółciowej przychodzą na stół operacyjny, w których nie stwierdza się kamieni, badanie zaś mikroskopowe wykazuje prawidłowe stosunki, zmusiło do zastanowienia się nad istotą tych przypadków. Wyjaśnieniem tej sprawy zajęli się *Aschoff*, *Schmieden* i *Rohde*. *Rohde* zwrócił uwagę na to, że istnieją anatomiczno-topograficzne i mechaniczne warunki, powodujące zamknięcie światła przewodu pęcherzykowego (*ductus cysticus*), co prowadzi do zastoiny w pęcherzyku żółciowym. Wytwarza się t. zw. „zastoinowy pęcherzyk żółciowy“; spowodowany przez to utrudniony odpływ żółci wywołuje typowe kolki pomimo braku kamieni. *Schmieden* i *Rohde* ujmują „zastoinowy pęcherzyk żółciowy“, jako odrębną postać chorobową.

Jak powstaje „pęcherzyk żółciowy zastoinowy“; jakie momenty etiologiczne odgrywają w tem rolę i jak wygląda taki pęcherzyk? W etiologii pęcherzyka zastoinowego i zastoiny żółci wogóle odgrywają rolę: 1) stosunki anatomiczne między pęcherzykiem a drogami odpływu; 2) topograficzno-anatomiczne; 3) nieprawidłowość kształtu i położenia pęcherzyka żółciowego; 4) czynniki dodatkowe; 5) patologo-anatomiczne zmiany samego pęcherzyka żółciowego zastoinowego.

Co do stosunków anatomicznych, pozwolę sobie w krótkich zarysach zwrócić uwagę na niektóre szczegóły anatomji zewnątrzwątrobowego układu żółciowego, a mianowicie tyczące się pęcherzyka żółciowego i jego przewodów, oraz stosunku przewodu pęcherzykowego do przewodu żółciowego głównego. Anatomja tego układu opisana jest we wszystkich podręcznikach anatomji bardzo powierzchownie, i tylko najnowsze prace chirurgów, szczególnie *Berg*a, zwróciły uwagę na konieczność dokładniejszego badania anatomicznego tego układu i na szczegóły, które dla zrozumienia mechanizmu zastoiny żółci i wytworzenia się pęcherzyka żółciowego zastoinowego są bardzo ważne.

Pęcherzyk żółciowy ma w warunkach normalnych kształt gruszki (8 do 10 ctm. długości według *Charpy*). Zależnie od różnej budowy ścian pęcherzyka żółci, rozróżniamy w nim dno (*fundus*), trzon (*corpus*) i lejek (*infundibulum*). Dla *corpus* i *infundibulum* charakterystyczne jest wybitne splatanie się włókien mięśniowych, podobne do budowy mięśniówki pęcherza (nasilniej jest ona rozwinięta na dnie). Lejek (*infundibulum*) jest to ta część pęcherzyka żółciowego, którą zwykle i fałszywie w anatomji określamy jako szyję (*collum*); właściwa szyja, według *Aschoffa*, zaczyna się tam, gdzie występuje pierwsza fałda *Heistera*, kończy się zaś tam, gdzie zaczyna się wąski przewód pęcherzyka. Na przekroju dokładnie wypreparowanego pęcherzyka żółciowego w obrębie szyi i przewodu pęcherzykowego widać śrubowato wystają-

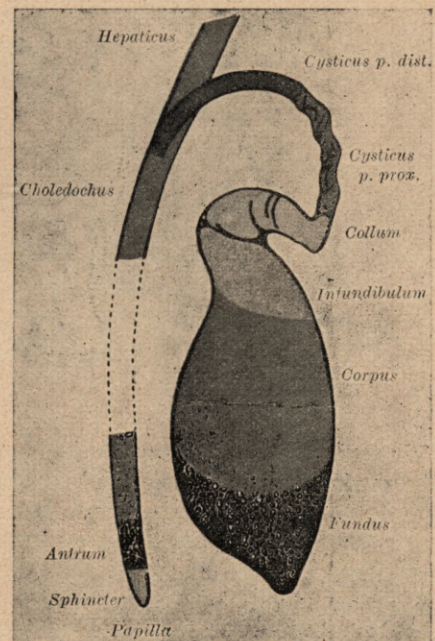
ce do światła fałdy, które obejmuje się wspólną nazwą zastawki wężownicowatej (*valv. spiralis s. Heisteri*); takich fałd można naliczyć od 3 — 4, *Berg* odróżnia dwa typy fałd.

I. typ stanowią fałdy już makroskopowo widzialne znacznie wystające do światła, cienkie, półksiężycowate, mniejsze lub większe, od 3 — 12 ctm. Te fałdy składają się z wolnego przedłużenia do światła kanału silnie rozwiniętego zagięcia pomiędzy szyją a lejkiem.

II. typ zastawki przedstawia się makroskopowo, jako poprzeczny mniej lub więcej szeroki wał w miejscu ujścia szyi do pęcherzyka żółciowego.

Szyjka przechodzi w przewód pęcherzykowy (*ductus cysticus*) długości od 3—4 cm. według *Charpy*, w którym *Aschoff* rozróżnia: *pars. prox. s. valvularis duct. cyst.*, która jest więcej ruchoma i bardzo wąska, a jej błona śluzowa odznacza się bardzo delikatnym układem fałd, i *pars dist. cyst.* — obwodowa część, więcej przymocowana i wewnątrz gładka (zwana także *pars glabra*).

Rys. I.



(Aschoff)

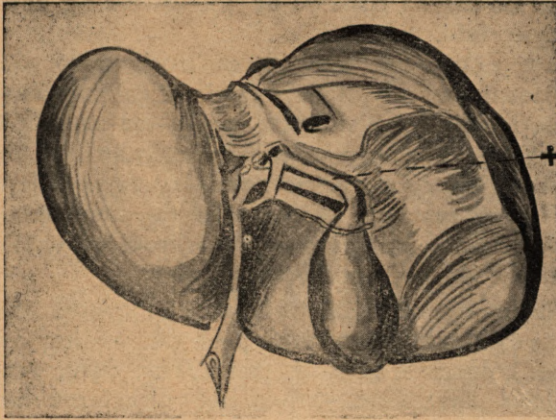
Szypuła (*collum i cyst.*) pęcherzyka żółciowego zwrócona jest ku grzbietowi i w górę w kierunku wnęki wątroby, i nie jest we wszystkich kierunkach ruchoma, lecz dotyka mniej podatnej podstawy, jaką jest wnęka wątroby (*porta hepatis*).

(Patrz rys, II. str. 570)

Parę słów, co do przebiegu przewodu pęcherzykowego i jego połączenia z przewodem żółciowym. Przebieg przewodu pęcherzykowego jest mniej więcej silnie skręcony, często spiralnie, odchodzi on od pęcherzyka żółciowego w dużej liczbie przypadków nie od jego bieguna, lecz jest bardziej przesunięty w kierunku dna, więc z boku od niego. (Rys. VIII).

Co do sposobu łączenia się przewodu pęcherzykowego z przewodem żółciowym, to *Ruge* na podsta-

Rys. II.



(Schmieden)

wie systematycznych badań na dużym materiale odróżnia trzy typy zlewania się obu przewodów:

I. typ (30%), p. rys. III;

D. cyst. przebiega w stosunku do d. hep. pod kątem ostrym — cyst. jest względnie krótki i dawniej był uważany, jako normalny.

II. typ (27%), p. rys. IV.

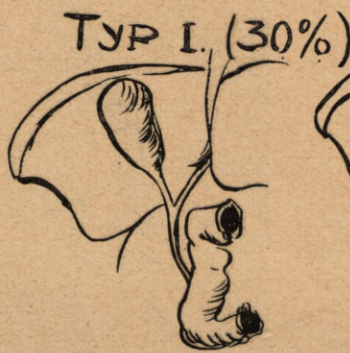
D. cyst. przebiega równolegle do d. hep. (D. cyst. hep. mają wspólną otoczkę i cyst. jest względnie długi).

III. typ (40%), p. rys. V.

D. cyst. przebiega wężykowato naokoło d. hep. i wpada z tyłu, albo też ze strony lewej; w tych przypadkach cyst. jest również względnie długi.

Palin, który w ostatnich czasach sprawą tą się zajął, uważa, że taki podział na typy nie jest zupełnie słuszny, że t. zw. „hepatico-cysticus confluens“ jest bardzo zmienny, i z przyczyn czysto praktycznych odróżnia ujście przewodu pęcherzykowego ułożone wysoko (1 ctm. powyżej górnego brzegu dwunastnicy) i ułożone nisko, przyczem wyższe ujęcia odpowiada temu typowi, w którym przewody pęcherzykowy i wątrobowy łączą się w przewód żółciowy pod

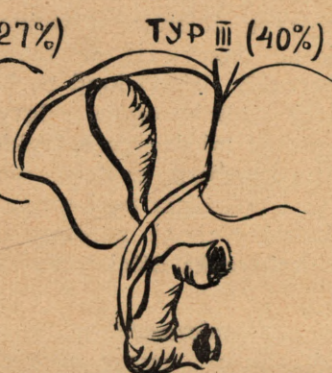
Rys. III.



Rys. IV.



Rys. V.



(C < ring)

kątem ostrym, a niskie — typowi łączenia się równoległego lub wężykowego. Na tem miejscu chcę jeszcze zwrócić uwagę, że d. cyst. nie otwiera się od razu do głównego przewodu żółciowego, lecz idzie przedewszystkiem razem, to znaczy, tworząc z nim jeden sznurek (na przecięciu widać, że mamy na tem miejscu dwa kanały), dopiero 15—20 mm. poniżej punktu zetknięcia się z d. hep. otwiera się do wspólnego przewodu żółciowego. Mamy więc pozorne zlanie się, t.j. punkt gdzie cyst. spotyka się z d. hep., i prawdziwe. (Rys. I.).

Co się tyczy sposobu ujścia przewodu pęcherzykowego do wątrobowego, to dadzą się rozróżnić dwie zasadnicze postacie, odpowiadające bardziej równoległemu lub bardziej zbieżnemu przebiegowi wspomnianych przewodów: 1) przy krótkim przewodzie pęcherzykowym wpadającym do przewodu żółciowego pod kątem rozwartym, ujście przewodu pęcherzykowego przedstawia się jako okrągły, ziejący otwór o średnicy od 2—3 mm., który prosto lub nieco skośnie prowadzi do tego przewodu; 2) typ I. zaś przy przewodzie pęcherzykowym dłuższym, przebiegającym bardziej równoległe do d. hep., ujście jest więcej rozciągnięte podłużnie, czy to, jako wąska eliptyczna otwarta szczelina w ścianie przewodu wątrobowego, typ II, czy też, jako rynienka od 8 — 10 mm. długa,

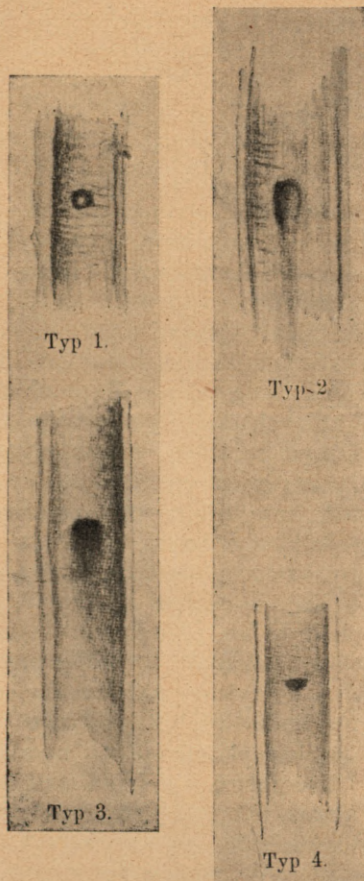
kilka mm. szeroka, pogłębiająca się ku górze i dająca t. zw. „przedstonek“, który na swoim górnym biegunie prowadzi do przewodu pęcherzykowego, typ III; w niektórych przypadkach ujście tworzy fałdę ustawioną poprzecznie pomiędzy obydwoma przewodami, typ IV.

(Rysunek VI patrz str. 571)

Tyle co do anatomji. O ile się więc bada pęcherzyk żółciowy i jego drogi wyprowadzające bardziej szczegółowo i o ile się bierze pod uwagę wyżej wspomniane warunki anatomiczne, to łatwo zrozumieć, że prawidłowe opróżnienie zawartości pęcherzyka żółciowego może być upośledzone przez zaburzenie czynności zewnątrzwątrobowego układu żółciowego.

Ruchy szypuły, (d. cyst. i collum), której zadaniem jest regulowanie dopływu i odpływu żółci, z przyczyn budowy anatomicznej nie są możliwe we wszystkich kierunkach, gdyż collum i cyst. napotyka ją na opór ze strony wnęki wątroby. To też przy próbach opróżnienia pęcherzyka żółciowego powstać może zaciśnięcie przewodu żółciowego (patrz rys. II). Naskutek zaś ciśnienia wydzielającej się z wątroby żółci pęcherzyk żółciowy napienia się bez żadnych trudności, czasami jeszcze w nadmiarze, silne toniczne skurcze pęcherzyka żółciowego przy opróżnianiu się je-

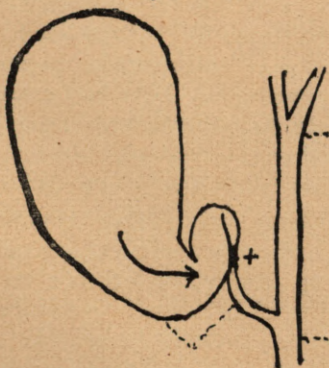
Rys. VI.



go mogą spowodować zaciśnięcie spiralnie przebiegającego przewodu pęcherzykowego w miejscu, gdzie odchodzi od szyi.

Według Aschoffa ta część *cyst.* nie posiada mięśniówki wcale, albo tylko bardzo mało, czyli przedstawia kanał błoniasty, który daje się łatwo uciśnąć. W miejscu+ (patrz rys. VII) wytwarza się w części d. *cyst.* pod wpływem nagłego ciśnienia ze strony pęcherzyka ostre wentylowe zamknięcie (Schmieden).

Rys. VII.



W przypadkach boczno ujścia przewodu z pęcherzyka żółciowego, ciśnienie, działające ze strony pęcherzyka żółciowego uwydatnia się słabiej, niż wtedy, kiedy wydalanie się żółci odbywa się w kierunku ciśnienia, t. zn. w kierunku osi pęcherzyka żółciowego.

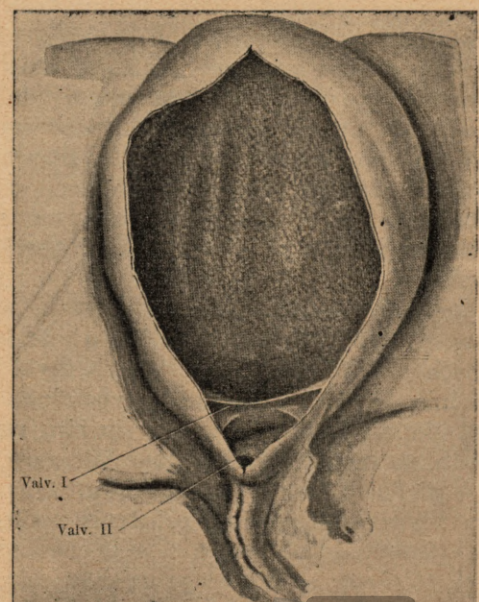
Rys. VIII.



(Schmieden)

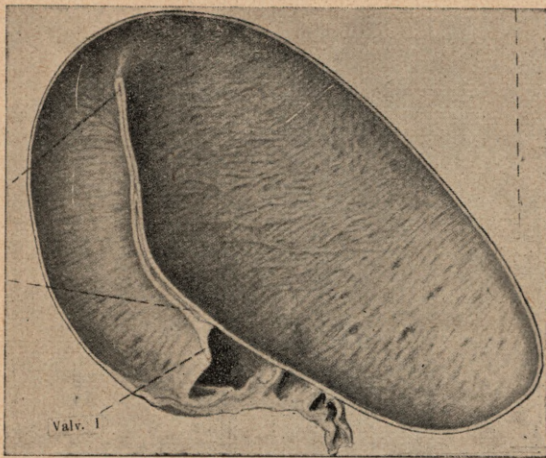
Zbyt długi *cyst.*, szczególnie, gdy przebiega spiralnie, może utrudniać krążenie żółci. Również zastawki Heistera mogą utrudniać odpływ żółci, tak np. zastawce, mającej kształt ostrogi (patrz rysunek IX i X), pod wpływem zwiększonego ciśnienia w pęcherzyku żółciowym zastawka kładzie się żaglowato jak wentyl, tworząc w ten sposób przeszkodę w odpływie żółci.

Rys. IX.



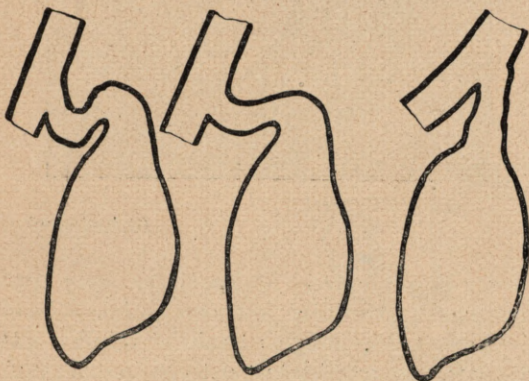
(Johan Berg)

Rys. X.



(Johan Berg)

Rys. XI.



Również stosunki anatomiczne ujścia przewodu pęcherzykowego i wątrobowego wyjaśniają, że w zależności od budowy tego ujścia dopływ i odpływ żółci przez *cyst.* może być utrudniony, o ile przewody przebiegają równolegle i w kierunku ku dołowi są między sobą zrosnięte, lub też, gdy przewód pęcherzykowy, wpadając do przewodu żółciowego, tworzy rodzaj wyciągniętej zastawki; takie zastawkowe ułożenie przy powiększonym ciśnieniu w przewodzie żółciowym jest prawdopodobnie w stanie przerwać ślup ciecicy i w ten sposób zamiast ułatwić zatamować odpływ żółci z przewodu żółciowego do przewodu pęcherzykowego.

Oprócz tych momentów czysto anatomicznych, wiek również może mieć pewne znaczenie w powstawaniu zastój żółci. Według Charcot, w wieku podeszłym wytwarza się zanik mięśni pęcherzyka i jego przewodu.

Topograficzne momenty odgrywają w zastój żółci pewną rolę. Schmieiden i Rohde, którzy na preparatach nastrzykiwanych (pęcherzyki żółciowe bezpośrednio po śmierci zostały wypełnione parafiną i przy zamkniętej jamie brzusznej *in situ* utrwalane) studjowali stosunki pęcherzyków żółciowych do narządów sąsiednich, doszli do wniosku, że pęcherzyk żółciowy w swoim kształcie i położeniu podlega wpływom ze strony sąsiadujących z nim narządów, i że pęcherzyk żółciowy *in situ* ulega uciskowi, np. ze strony *pars sup. duodeni* i *pars desc. duodeni*, które przebiegają poprzecznie pod szyją pęcherzyka żółciowego, tuż przed odejściem przewodu pęcherzykowego, dalej ze strony poprzeczniczy (*Col. transversum*), która

zwykle przebiega poprzecznie pod dnem pęcherzyka żółciowego i t. d. Te stosunki topograficzne wywołują zmiany w pęcherzyku żółciowym, które spowodować mogą większą skłonność do zastój żółci. Łatwo zrozumiałem jest, że brak możliwości swobodnego rozszerzania się pęcherzyka żółciowego w miejscu jego uciśnięcia, np. podczas silnego przepełnienia żołądka i dwunastnicy, może ułatwić zastój żółci.

Oprócz stosunków anatomicznych i topograficznych, które już w normalnym pęcherzyku mogą wywołać zastój, od czasu do czasu wchodzą w grę anomalje pęcherzyka żółciowego. Tak więc opisują pęcherzyki żółciowe o kształcie klepsydrowatym, o zgiętym w kształcie litery S trzonie pęcherzyka żółciowego, o kształcie podkowiastym, tak zw. *Parenchymgallenblase*, przypadki, w których cały pęcherzyk leży głęboko wrosnięty w samym miąższu wątrobowym, dalej przypadki, w których pęcherzyk żółciowy ustawiony jest bardziej poziomo, tam, gdzie rowek podłużny wątroby jest bardzo głęboki, i łożysko woreczka nie sięga do brzegu wątroby, tak zw. wysokie ułożenie pęcherzyka żółciowego — dno wrosnięte w tkankę wątroby nie może się swobodnie ku przodowi rozszerzyć i powoduje podczas jego skurczu przedłużenie i rozszerzenie samego lejka ku tyłowi *Art. cystica*, przebiegająca w zgięciu przewodu pęcherzykowego nie pozwala przewodowi pęcherzykowemu na poddanie się podczas silnego rozszerzenia się lejka, tak że w miejscu krzyżowania przez napięcie *art. cyst.* powstaje przeszkoda w opróżnieniu się pęcherzyka żółciowego (Schmieiden). W przypadkach, gdzie pęcherzyk żółciowy jest zanadto przesunięty ku przodowi i dołowi, łatwo ruchomą, na wszystkie strony przesuwalną, część dna może wywołać zagięcia w obrębie szyi i przewodu pęcherzykowego i spowodować zastój żółci. Te same stosunki mogą powstać w przypadkach t. zw. wahadłowego pęcherzyka żółciowego, gdzie pęcherzyk żółciowy związany jest zapomocą krezki z wątrową, albo przy istnieniu nieprawidłowych więzadeł między wątrową a pęcherzykiem żółciowym, na co zwrócił uwagę Konietzny. *Lig. hepat. duodenale* może być tak szerokie, że rozciąga się w górę aż na pęcherzyk żółciowy, w dół aż na poprzecznicy; w ten sposób pęcherzyk żółciowy i poprzecznicza związane są zapomocą szerokiego zdwojenia otrzewnowego z *Lig. hepatocolicum*. W przypadkach takich istnieje krezka pęcherzyka żółciowego, poprzecznicza może przy silnym wypełnieniu jego lub przy ptozie za pośrednictwem *Lig. hepatocolicum* szarpać pęcherzyk żółciowy i spowodować zagięcia szyi pęcherzyka lub przewodu pęcherzykowego i wywołać zastój żółci.

Istnieje jeszcze cały szereg czynników pomocniczych, które mają znaczenie etiologiczne dla zastój żółci, do nich należą ruchy oddechowe przepony mięśni brzusznych, tłoczni brzusznej, wewnątrz-brzuszne ciśnienie, normalna funkcja przewodu pokarmowego, normalne położenie organów brzusznych; są to wszystkie czynniki, które w warunkach zwykłych gwarantują prawidłową funkcję pęcherzyka żółciowego, a w warunkach patologicznych czynność pęcherzyka żółciowego zostaje w mniejszym lub większym stopniu upośledzona. O szczegółach mówić nie będę, dam tylko parę przykładów: tak więc osłabienie mięśni powłok brzusznych ujemnie wpływa na ciśnienie we-

wnętrzne jamy brzusznej, na czynność prawidłową tężnią brzusznej i przez to także na prawidłową czynność przepony.

Siła wydalnicza żółci jest, według H o f b a u e r a, wytworzona przez oddechową działalność przepony i zależna od jej prawidłowego przebiegu.

Przy oddychaniu wątroba wykonywa cały szereg ruchów obrotowych w górę i w dół, podczas których kąt między trzonem z jednej strony i *Coll. cyst.* z drugiej, wytworzony przez dolną powierzchnię prawego płatu wątroby i tylnej ściany brzusznej, jako kąt ostry, zwrócony w kierunku jamy brzusznej, zmniejsza się lub powiększa podczas oddychania (B e r g). Podczas wydechu kąt ten jest więcej rozwarty i przez to opróżnienie się pęcherzyka jest łatwiejsze, niż podczas wdechu, kiedy kąt między *Corpus* i *Collum* staje się ostrym.

Sprawy chorobowe, zmniejszające pojemność jamy brzusznej mogą wywołać zaburzenie w odpływie żółci (guzy żołądka, trzustki, nerki, nadnercza). Ze strony macicy i przydatków zrosty mogą wywołać zagięcie i zwężenie przewodu pęcherzykowego i przeto zastój żółci pęcherzyka żółciowego.

* * *

Pozwoliłem sobie dać krótki przegląd istoty zastojowego pęcherzyka żółciowego. Z przeglądu tego wynika, że wglębnienie się w istotę tego obrazu chorobowego jest ciekawą dziedziną zarówno dla internisty, patologa, jak i chirurga, i to skłoniło mnie przede wszystkim do zbadania na całym szeregu zwłok stosunków anatomo-topograficznych zewnętrznego układu żółciowego ze szczególnem zwróceniem uwagi na wymienione powyżej momenty, sprzyjające możliwości powstania pęcherzyka zastojowego. Badania te przeprowadziłem w pracowni anatomo-patologicznej szpitala św. Ducha. Budowa anatomiczna zewnątrzwątrobowego układu żółciowego, szczególnie szyi i przewodu pęcherzykowego nie jest we wszystkich przypadkach jednakowa, istnieje wielka liczba odmian fizjologicznych, na co zwraca też uwagę A s c h o f f. W 45 moich preparatach, o ile porównam jeden pęcherzyk żółciowy z jego drogami odpływu z innym, to trudno powiedzieć, gdzie panują stosunki prawidłowe, a gdzie zaczynają się patologiczne. Tak np. układ szyjnej części pęcherzyka żółciowego, kąt jej ustawienia w stosunku do lejka jest na różnych preparatach różny. W jednym przypadku szyja (*collum*) przedstawia się jako prostolinijne przedłużenie pęcherzyka żółciowego i zagięcie między lejkiem a szyją wcale nie istnieje, w drugim przypadku kąt między lejkiem a szyją jest tylko zaznaczony, w innych zaś bardzo wyraźny i to silne zagięcie przypomina fajkę.

W przypadkach takich można też doświadczalnie łatwo wywołać t. zw. ostre wentylowe zamknięcie przez napełnienie pęcherzyka płynem i przez nagłe i silne naciskanie na pęcherzyk żółciowy. Wtedy opróżnienie się pęcherzyka żółciowego staje się zupełnie niemożliwym.

Rysunek XI pokazuje, jak przy stopniowym napełnianiu się pęcherzyka żółciowego zagięcie między szyją i lejkiem staje się coraz większe, i wystarczy wtedy silnie nacisnąć na przepelniony pęcherzyk żółciowy, aby wywołać t. zw. wentylowe zamknięcie.

Streszczając się, można powiedzieć, że istnieją pewne ułożenia zewnątrzwątrobowego układu żółciowego, które mogą wywołać zbroczenia czynnościowe (tegoż układu) pęcherzyka z jego drogami odpływu. Takie warunki mogą wywołać czynnościowy zastój niezależnie od zakażenia lub zatkania w pęcherzyku żółciowym.

Z oddziału wewnętrznego Szp. Dz. Jezus w Warszawie.
(Ordynator: Władysław JANOWSKI).

Przypadek zakażenia jelit i dróg żółciowych wielkouścem jelitowym.

Podał

Jakób EISENFARB (Warszawa).

Wielkouściec jelitowy został odkryty w r. 1858 przez L a m b l a, który wziął go sam mylnie za *Cercomonas intestinalis* (ogoniastek) i pod tą nazwą w dwu swych kolejnych pracach go opisał (1859 i 1860). W błędzie swym L a m b l trwał bardzo długo, tak, że jeszcze w r. 1875, opisując w ropie z wątroby obecność prawdziwego ogoniastka, pięknie i obficie przez siebie zilustrowanego, pisze wyraźnie, iż „poznał w nim opisaną przez siebie w r. 1858 *Cercomonadę*“. Na pomylkę zasłużonego odkrywcy pierwszy zwrócił uwagę w r. 1879 L e n h a r t, a dopiero B u e t s c h l i wskazał na właściwe stanowisko tego pasorzyta w zoologii, dowiódłszy, że jest to twór, opisany przez G r a s s i e g o pod nazwą *megastoma entericum* w 24 lata (1882) po odkryciu go przez L a m b l a. Wszystkie te szczegóły i wyniki stąd chaos wykazał w r. 1896 po polsku (a w rok potem po niemiecku) Władysław J a n o w s k i, który drogą zestawienia rysunków, zapożyczonych z licznych oryginałów, ustalił ostatecznie zasługę L a m b l a w odkryciu i w dokładnym odrazu opisie tego pasorzyta. J a n o w s k i proponował nazwać *megastoma entericum* po polsku wielkoryjcem (przez analogię z tęgoryjcem), którą to nazwę w 9 lat później (1905) słownik lekarski ustalił, jako wielkouściec jelitowy.

Do niedawna wielkouściec jelitowy był uważany przez większość autorów za nieszkodliwy dla człowieka. Przyczyniała się do tego trudność jego wykrywania w kale. Ostatnio jednak, rola jego, jako czynnika chorobotwórczego, zaczyna nabierać większego znaczenia, szczególnie w krajach podzwrotnikowych, gdzie przypisują mu powstawanie dość groźnych epidemij biegunek.

W czasie ostatniej wojny takie epidemie notowano i w Europie wśród wojsk, operujących na południu (epidemia na Gallipoli, G o i f o n).

Jeszcze przed wojną w przeciągu krótkiego czasu, bo od r. 1912 do r. 1914, wykrył G o i f f o n obecność *Lamblii* w kale w 30 przypadkach u ludzi, którzy nigdy przedtem Francji nie opuszczali, i stwierdził w kilku wsiach francuskich małe epidemie rodzinne po 3—4 przypadki.

Od czasu szerszego rozpowszechnienia się zglębniowania dwumastnicy kwestja *Lamblii* przyjęła większe rozmiary, szczególnie, dzięki pracom autorów

amerykańskich. Wsunęła się, mianowicie, na pierwszy plan sprawa znaczenia wielkocęca jelitowego dla cierpień dróg żółciowych.

W piśmiennictwie polskiem ukazała się na początku r. b. praca P u s z e t a, dotycząca jednego przypadku wielkocęca jelitowego w soku dwunastniczym, a już po zrobieniu naszego spostrzeżenia obszerniejsza praca A d a m o w i c z a, oparta na siedmiu przypadkach. Ta ostatnia zwalnia mnie od głębszego omówienia parazytologii i piśmiennictwa sprawy, gdyż je w całości przytacza. Podamy tu tylko swój przypadek ze względu na jego ciekawy przebieg i wynik leczenia.

Chora L. J., lat 28, panna służąca, przybyła na oddział dnia 26.II 1926 r. Podaje, iż od 7 blisko lat cierpi na bóle brzucha i zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Zaczęło się od bólów brzucha i silnego rozwolnienia po kilka do kilkunastu razy dziennie, szczególnie w rannych godzinach. Stolce były bardzo cuchnące, na wygląd ich nie zwróciła uwagi. Miewała czasami nudności i wymioty. Bardzo wynędzniała, zbladła i osłabła. Objawy te nie poddawały się żadnemu leczeniu, ani djeicie. Biegunki trwały bez przerwy około 5½ lat, aż do chwili, kiedy, wskutek gwałtownych bólów w prawej połowie brzucha i gorączki, usunięto chorej wyrostek robaczkowy. Po operacji gorączka spadła i rozwolnienie ustąpiło. Przez pewien czas chora czuła się nieźle, ale w połowie r. z. wystąpiły stałe ściskania w dołku, bóle w prawym podżebrzu, opasujące bóle brzucha, promieniujące ku tyłowi, i częste odbijania. Towarzyszy temu zaparcie oraz uciążliwe wzdęcia po każdym jedzeniu. Po ciężkostrawnych pokarmach, jak śledź, kapusta, ogórek, a często po mięsie, chlebie i t. d., występowały gwałtowne bóle w całym brzuchu, nudności i wymioty. W końcu przyłączył się stały stan podgorączkowy. Zoperowano wtedy chorą po raz drugi, jakoby z powodu opuszczenia żołądka i wzrostu kiszkowych. W kilka dni po tej drugiej operacji gorączka podniosła się nagle do 38° — 39°, dochodząc czasem do 40°; w tych samych granicach utrzymuje się do chwili obecnej. Dolegliwości przedoperacyjne również nie ustąpiły, pomimo dwumiesięcznego pobytu na oddziale chirurgicznym i również dwumiesięcznego leczenia się na oddziale wewnętrznym. Z powodu ciągle trwających objawów i silnego osłabienia chora zgłosiła się znów do szpitala. Żółtaczki nigdy nie miała. Nie kaszle, nie pluje i nie poci się. Bicia serca, ani duszności niema. Częste bóle głowy. Łaknienie upośledzone. Mocz oddaje prawidłowo. Pierwszy perjod w 15-ym roku życia, regularny, nieobfity, niebolesny, trwający jeften dzień. Nie rodziła i nie ronila. W dzieciństwie przechodziła ospę, a w 16-ym roku życia dur brzuszny. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

St a n o b e c n y. Wzrostu średniego, budowy kościca prawidłowej, dość słabej, mięśnie wiotkie, odżywianie złe. Zabarczenie skóry i słuzówek blade. Ciepłota ranna 37,4, wieczorna 38,4, tętno 84, miarowe, średniego napięcia i wypełnienia. Ciśnienie tętnicze (R i v a - R o c c i), Mx — 120, Mn — 65, PP — 55. Oddechów 20 na minutę. Waga — 49,1 klgr. Klatka piersiowa miernie wysklepiona, dość wąska; kąt międzyżebrowy prosty. W płucach nic patologicznego nie stwierdzono. Granice serca normalne. Uderzenie katuszkowe w V-iej przestrzeni międzyżebrowej, na wewnątrz od linii sutkowej. U wierzchołka i nad ujściem tętnicy płucnej szmer telesystoliczny. Drugi ton nad tętnicą płucną nie wzmożony. Radjoscopia klatki piersiowej nie wykazała nic anormalnego. Brzuch miernie wysklepiony, nieco wzdęty, wykazuje w prawem podbrzuszu dwie blizny pooperacyjne: jedna skośna, druga, więcej ku środkowi, pionowa. Mięśnie brzucha nieco napięte. Wątroba wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego, bolesna na ucisk, szczególnie w okolicy pęcherzyka żółciowego. Bolesność na ucisk w dołku. Punkty C h a u f f a r d a niebolesne. Punkt prawego nerwu przeponowego bolesny. Śledziona niemacalna. Punkty przypępkowe niebolesne. Uderzenie w okolicę ledźwiową bolesne ze strony prawej. W zakresie układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego, poza znieczuleniem rogowek i słuzówki gardzieli, nie stwierdzono nic nieprawidłowego.

Badanie krwi: Hemogl. 67 (S a h l i), erytrocyt. 3.400.000. wsk. = 0,98, leukocyt. 5.800.

Bas	Eos	Myel	Met	Pał.	Neut.	L.	Mo
0	3	0	0	0	1	22	14

Bilirubiny w surowicy 10 mlgr. ‰. Strął biały, odczyn bezpośredni ujemny. Cholesteryny w surowicy 180 mlgr. ‰. Badanie moczu cewnikowanego: C. g. = 1002, słabo kwaśny, poza nieznacznie zwiększonym urobilinogenem i urobiliną, nic nieprawidłowego nie stwierdzono.

Badanie treści żołądkowej: Na czczo wydobyto około 15 cm.³ zielonkawej treści o dość dużej zawartości śluzu. Wolnego kwasu — 0, ogólna kwasota — 3, krwi nie wykryto. Pod drobnowidzem: śluz; pole widzenia usiane leukocytami.

W 45 minut po próbnem śniadaniu wydobyto 154 cm.³ nieźle strawionej miazgi o małej zawartości śluzu. Wolnego kwasu — 23, ogólna kwasota — 40, peptony, podpuszczka, achrodekstryny i erytrodekstryny obecne. Krew chemicznie obecna. Pod drobnowidzem: nieliczne leukocyty, żarenka skrobji i rozpad. Zgłębnikowanie dwunastnicy. Na 5 prób udało się tylko dwa razy (9 i 23.IV 1926) z powodu bardzo nerwowego zachowania się chorej. Próby M e l z e r - L y o n za pierwszym razem nie mogłem przeprowadzić z powodu zwymiotowania zgłębnika przez chorą; za drugim razem, po upływie ½ godziny, wypadła ujemnie. Obydwa razy w żółci A stwierdzono pod drobnowidzem poza licznymi leukocytami, niezliczoną liczbę częściowo żywych i bardzo ruchliwych pierwotniaków formy gruszkowatej lub sierpowatej, częściowo zaś nieruchomych w śluzie; po dokładnem ich zbadaniu na preparatach świeżych oraz na utrwalonych w wysoku i zabarwionych giemzą, okazały się one typowymi postaciami wielkocęca jelitowego (L a m b l i a i n t e s t i n a l i s). W żółci C. drugiego udanego zgłębnikowania również znaleźliśmy liczne L a m b l j - e. Próby na urobilinogen i białko wypadły ujemnie.

Badanie kału: Chora była na beźmięsnej djeicie. Kał sfornowany, śluzu ani krwi nie stwierdzono. Odczyn słabo kwaśny. Pod drobnowidzem: włókna i komórki roślinne w dużej liczbie. Na preparacie, zabarwionym płynem L u g o l a stwierdzono skrobję w nieznacznej ilości, gdzieśgdzie torbiele L a m b l j i.

Radjoscopia żołądka i kiszek wykazała zrosty w obrębie jelit cienkich (prawdopodobnie zlepły sieciowe i krezkowe w związku z przebytymi zabiegami operacyjnymi). Cholecystografia, przeprowadzona dnia 15.IV 1926 r., po dożylnem wstrzyknięciu roztworu tetrajodfenoltaleiny, wykazała słabą cień pęcherzyka żółciowego; kamieni nie stwierdzono. Obraz nasuwał podejrzenie niedrożności przewodu pęcherzykowego.

Przebieg i leczenie: W czasie całego z górą dwumiesięcznego pobytu chorej na naszym oddziale stan jej zdrowia nie uległ prawie żadnej poprawie. Gorączka, pod wpływem wstrzykiwań dożylnych urotropiny, wprawdzie, nieco spadła (wieczorami 37,30, 37,80), ale nigdy nie dochodziła do normy, a po odstawieniu urotropiny znów się podniosła. Bóle w okolicy wątroby również czasami ustępowały na pewien okres czasu, ale następnie wracały. Na wadze straciła przez czas pobytu na oddziale 1,8 klgr. Pomimo jednak tak długotrwałej choroby przewodu pokarmowego i wysokiej gorączki, stan ogólny chorej nie był tak bardzo zły, co, wraz z pewną euforją chorej, mogło nasunąć podejrzenie symulacji. Ale kilkakrotne osobiste kontrolowanie ciepłoty oraz przebieg kliniczny usunęły to podejrzenie.

Co się tyczy leczenia, to na początku, ze względu na objawy kliniczne zapalenia pęcherzyka żółciowego i ewentualnej kamicy żółciowej, chora dostawała mieszaninę karlsbadzką, atropinę podskórną, kataplasmy na okolicę wątroby, okłady pod ceratką na brzuch i wstrzykiwania dożylna urotropiny. Po wykryciu u chorej wielkocęca, przystąpiono do leczenia emetyną i stovarsolem.

Analogicznie do dobrych wyników, otrzymanych przez P e t z e t a k i s a z Aleksandrji w leczeniu czerwonki pełzakowej za pomocą dożylnych wlewań emetyny, spodziewa-

tem się dobrego wyniku od stosowania takiegoż leczenia i u mojej chorej. Zrobiono jej 10 wstrzyknięć po 0,04 Emetini hydrochloridu, rozpuszczonych w 2-cm³ wody destylowanej (3 domięśniowo i 7 dożylnie). Dla uniknięcia zbytnej zapasicy, która często występuje po emetynie, stosowano co dzień przed wstrzyknięciem emetyny 0,3 kamfory podskórnie i 3 razy dziennie po 20 kropeł adrenaliny doustnie. Tak przeprowadzona kuracja emetynowa nie dała klinicznie żadnego wyniku. Stosowania większych dawek, ze względu na możliwość osłabienia mięśnia sercowego obawialiśmy się. Zresztą R a v a u t, który na dużym materiale wypróbował przeciwko Lambljom różnego rodzaju środki lecznicze, doszedł do wniosku, że emetyna daje dobre wyniki tylko w ostrych przypadkach i w obstrzeleniach, w przewlekłych zaś żadnego znaczenia nie ma, a na torbiele zupełnie nie oddziaływa. Niestety, pomimo dwu, krotnej próby, nie udało się nam przedostać się do dwunastnicy, by sprawdzić, jak emetyna zadziałała na Lamblje, ale badanie kału wykazało obecność torbiele. Potwierdziło to poniekąd zdanie R a v a u t. Gorączka u naszej chorej nie spadała i objawy kliniczne się nie poprawiły. Przystąpiono wtedy do kuracji stovarsolowej. W przeciągu dwóch tygodni chora dostawała 2 razy dziennie po dwie tabletki stovarsolu à 0,25, również bez żadnego skutku. Ze względu na wypisanie się chorej nie można było wypróbować ani acetylaršanu, którym C a d e, M o r e n a s i G r i v e t wyleczyli bardzo ciężki przypadek wielkoustca jelit i dróg żółciowych, ani też arsenobenzolu (preparat 606) w keratynizowanych kapsułkach, jak to bardzo zaleca R a v a u t. Autor ten uważa działanie wszystkich innych preparatów arsenobenzolowych albo za bezskuteczne albo też za krótkotrwałe. Jedynie przy podawaniu doustnym preparatu 606 w ilościach od 0,1 — 0,2 do 1,0 przez dobę otrzymywał podobno zniknięcie pasorzyta i jego torbiele po upływie 5-ciu dni.

W międzyczasie chora zgłosiła się powtórnie na oddział. Stan jej ogólny i samopoczucie znacznie się poprawiły, ciepłota była prawie normalna, ale dokuczliwe bóle w prawym podżebrzu nie ustąpiły. Dlatego chora zażądała operacji. Zgiębnikowanie dwunastnicy (21.VIII) dało narzeczcie odruchu pęcherzykowy dodatni. W otrzymanej treści dwunastniczej stwierdzono: białka — brak, urobilinogen — słabo dodatni. Pod drobnowidzem w żółci A i C nieliczne leukocyty, w żółci B — leukocytów nieco więcej. Żywych Lamblj nie stwierdzono; znaleziono natomiast nieliczne cysty, szczególnie w żółci B. Widzimy więc, że wbrew naszemu pierwotnemu mniemaniu, skombinowane leczenie emetynowo-stovarsolowe okazało się jednak skutecznym.

Dokonana dnia 15.IX r. b. cholecystektomia (Doc. S z e r s z y ń s k i) wykazała: pęcherzyk duży o ścianach zgrubiałych, o naczyniach rozszerzonych; dość liczne zrosty z otoczeniem. W zawartości pęcherzyka stwierdzono pod drobnowidzem dość liczne leukocyty, nieliczne twory, podobne do cyst Lamblji. Posiew z tej żółci wypadł jałowo. Badanie histologiczne ścian pęcherzyka, wykazało zmiany zapalne w śluzówce i samej ścianie.

Bóle brzucha po operacji zupełnie ustąpiły.

Spostrzeżenie nasze dotyczy więc typowego przypadku zakażenia wielkoustcem jelitowym o przebiegu początkowo czysto jelitowym, a następnie dwunastniczo-wątrobowym. M. L a b l é na podstawie swych 10 przypadków wysnuł wniosek, że rozwój wielkoustca jelitowego w przewodzie pokarmowym człowieka przebiega według tych samych etapów, co i pierwotniaka czerwonej tropikalnej, t. j. że najpierw lokalizuje się w dolnym odcinku jelita grubego, następnie, z powodu miesprzających warunków rozwoju, posuwa się wyżej, wywołując enterocolistis, poczem dopiero usadawia się w dwunastnicy i drogach żółciowych gdzie podobno, zwłaszcza w pęcherzyku żółciowym, znajduje odpowiednie warunki dla swego rozwoju. W razie bardzo długotrwałych biegunek na tle Lamblji trudno byłoby jednak odrzucić myśl, że prócz pęcherzyka żółciowego, skąd następuje stała reinfekcja górnych odcinków jelit, mógłby istnieć również jakiś ich zbiornik i w dolnym odcinku jelit, skąd powtarza-

łyby się infekcja dla tego ostatniego. Takim zbiornikiem, sprzyjającym szczególnie rozwojowi wielkoustca, mógłby być wyrostek robaczkowy. Myśl tę nasuwa nam poniekąd przebieg choroby w naszym przypadku. Że rozwolnienie, na które chora nasza cierpiała w przeciągu 5½ roku do czasu usunięcia wyrostka robaczkowego, były na tle wielkoustca jelitowego, wydaje nam się bardzo prawdopodobne. Ich charakter poranny, długotrwałość i odporność względem leczenia są zupełnie typowe dla biegunek tego pochodzenia. Napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego mógł w naszym przypadku wystąpić na tle Lambljazy.

G o i f f o n przytacza przypadek, w którym znalazł Lamblje w ropie wyciętego wyrostka robaczkowego. Trudno rozstrzygnąć, czy same Lamblje są zdolne wywołać ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, czy też sprzyjają tylko wtórnemu zakażeniu, chociaż to pierwsze uważamy za bardzo prawdopodobne. Postępowanie lecznicze winno, zdaje się, pomimo to być takie same, w zapaleniach wyrostka robaczkowego na każdym innym tle. Potwierdza to przytoczony przez G o i f f o n a przypadek śmiertelnego przedziurawienia kiszki przez ropień, w którego ścianach i ropie stwierdzono Lamblje.

Na zaznaczenie zasługuje ustąpienie u naszej chorej biegunek po usunięciu wyrostka robaczkowego. Jeżeli przypuścić, że wyrostek robaczkowy jest zbiornikiem, sprzyjającym rozwojowi Lamblji, skąd idzie reinfekcja do jelit grubych, to wycięcie tego wyrostka powinno istotnie powodować ustąpienie biegunek. Oczywiście, należałoby tego jeszcze dowieść na większym materiale.

Zajęcie dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego u naszej chorej przez Lamblje należy uważać za pewne. Przemawia za tem ich obecność w żółci C i fakt, że znajduwanie Lamblji w soku dwunastniczym przewlekłych przypadków prawie zawsze idzie w parze z ich obecnością w pęcherzyku żółciowym i w drogach żółciowych (przypadki L a b b é'go i A d a m o w i c z a). Co się zaś tyczy nieotrzymania w naszym przypadku odruchu M e l z e r-L y o n a, to można je tu sobie wytłumaczyć niezupełną drożnością przewodu pęcherzykowego, którą stwierdził wynik cholecystografji.

Ujemny wynik stosowanych dotąd różnych środków nasuwa przypuszczenie, że ważnym etapem w dążeniu do doszczętnego wyleczenia z Lambljazy może się okazać operacyjne usunięcie takich zbiorników reinfekcji, jak pęcherzyk żółciowy, ewentualnie wyrostek robaczkowy. Być może, po takim zabiegu wymienione wyżej leki dadzą wynik pomyślniejszy od dotychczasowego.

PISMIENICTWO.

- 1) P. A d a m o w i c z. Polskie Arch. Med. wewn. T. IV, zes. II; 1926 r.
- 2) C a d e, M o r e n a s e t G r i v e t. Presse Med. Nr. 96. 1926.
- 3) G o i f f o n. Manuel de coprologie clinique. Masson; Paris 1921.
- 4) Władysław J a n o w s k i. O Flagelatozie. Gazeta Lekarska 1896.
- 5) M. L a b b é; Negarent et Pavrila. Bullet. et. Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Nr. 36, 1925.
- 6) L a m b l i. Vierteljahrschrift f. praktische Heilkunde 1859, Bd. 61. (podług Janowskiego).
- 7) L a m b l i. Aus dem Franz. Joseph Kinderhospital in Prag.

1860. p. 360 — 362 (podług Janowskiego). 8) Lambli. Medizinskij Wiestnik 1785. Nr. 33 (podług Janowskiego). 9) Petzetakis, Presse Méd. Nr. 25. 1924. 10) Puszet. Warsz. Czas. Lek. Nr. 2. 1926 r. 11) Ravaut, Presse Méd. Nr. 1926. 12) F. Trémolières et M. Thomas; Journal Méd. Français, Nr. 5, 1925. 13) Trémolières et H. Olivier. Ibidem.

Z 2-ej Kliniki Chirurgicznej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. Z. RADLIŃSKI).

Przedziurawienie samoistne tętnicy udowej w przebiegu nurtującego zapalenia wsierdza*).

Podał

RUTKOWSKI, asystent Kliniki (Warszawa)

Tak zwane nurtujące lub trawiące zapalenie wsierdza (*endocarditis lenta*) nie jest chorobą, interesującą wyłącznie internistę. Daje ono szereg powikłań natury chirurgicznej.

Samo cierpienie, nazwane *endocarditis lenta* przez Schottmüllera, cechuje przewlekły przebieg z postępującymi nieubłaganiem naprzód objawami zniszczenia zastawek serca, ogólnym zakażeniem i zatruciem ustroju, prowadzącym prawie w każdym przypadku do zejścia śmiertelnego. Ten podstępny, nurtujący przebieg choroby sprawia, że pacjenci zjawiają się wówczas, gdy wszelkie leczenie z powodu zaawansowania sprawy, staje się bezskutecznym. W połowie przypadków w wywiadach mamy przeżyty gościec stawowy, początek choroby zawsze jest bardzo nie-wyraźny, co uniemożliwia wczesne postawienie rozpoznania.

E. Leschke rozróżnia 3 grupy objawów w *endocarditis lenta*: 1) objawy uszkodzenia zastawek serca, 2) objawy ogólnego zakażenia, 3) objawy, wywołane przez zatory.

Nad pierwszą grupą objawów nie możemy się zatrzymywać. Właściwie zapalenie wsierdza jest tylko jednym, ale zawsze stałym przejawem sprawy uogólnionej, ogólnego zakażenia ustroju, niesłusznie zwanego posocznicą nurtującą (*sepsis lenta*), gdyż drobnoustroje, znajdujące w tej chorobie we krwi (prawie zawsze *streptococcus viridans s. mitior*, rzadziej *str. haemolyticus*, *staphylococcus aureus* i *albus*, *micrococcus flavus*, *bac. influenzae*), należą do grupy drobnoustrojów ropotwórczych, a nie gnilnych, choć ropni: przerzutowych nie tworzą, dając obraz bakterjemji i toksemji. Ciężota nie ma przebiegu regularnego, daje re- i intermisje, naogół nie przekracza 38°. Wskutek ciągłego zatrucia obcym białkiem, pochodzącym z obumarłych paciorkowców, następuje charłactwo.

Dla rozpoznania ogólnego zakażenia niezmiernie ważne jest wyhodowanie drobnoustrojów ze krwi. Niestety, nieczęsto to się udaje. Zresztą, nie ma to większej wartości dla rokowania. Pewne rozpoznanie zaś daje się ustalić w posuniętych przypadkach na podstawie objawów klinicznych.

Szereg własnych spostrzeżeń „*sepsis lenta*“ po

*) Rzecz wygłoszona na XXIII Zjeździe Chirurgów polskich w Warszawie.

polsku ogłosił Dzembowski, który wyraził na zasadzie własnych przypadekó przypuszczenie, że przyczyną powstania zakażenia nurtującego jest wrodzona niedomoga konstytucyjna ustroju (mała odporność) wobec drobnoustrojów stosunkowo niejadowitych, która nie omieszka się ujawnić, w razie zadania ustrojowi jakiegoś większego urazu w postaci operacji. (Pol. Przegl. Chir.). Trzecia grupa objawów — to objawy, wywołane przez zatory, bądź bakteryjne, bądź przez cząsteczki zakrzepów, oderwane z zastawek serca. Najczęściej są to drobne zatory, które w skórze prowadzą do powstania niewielkich tętniaków, lub wybroczyn wielkości od główki od szpilki do ziarna grochu. Powstają one niezawsze wskutek zatorów, niekiedy wskutek uszkodzenia ściany naczyń przez jady bakteryjne. Zatory większymi zakrzepami przy zamknięciu światła większej odżywiającej kończyny tętnicy mogą dać zgorzel kończyny. Niewielkie zakrzepy zakażone lub zatory bakteryjne pociągają za sobą powstanie tętniaków zapalnych. W piśmiennictwie znajdujemy opisy podobnych tętniaków tętnicy ramiennej (Le Gendre et Beansénat, Hawthorne, Leschke), wątrobowej (Lorey) i śledzionowej (Lindbom), z przerwaniem i krwotokiem do wolnej jamy brzusznej, — wieńcowej serca (Steinert), biodrowej, udowej, podkolanowej (Lindbom, Leschke, Liles) kreskowej górnej i piszczelowej tylnej (Richey i Maclachon). Niżej podamy opis naszego własnego przypadku tętniaka tętnicy udowej. Najczęściej, jednak powstają zatory i tętniaki tętnic mózgowych, które przy przerwaniu ściany naczyń dają zwykle śmiertelny udar mózgowy. Zatory w śledzionie, prowadzą, jako prawidło, do powstania dużych zawałów; poznajemy je po bólu w okolicy śledziony i powiększeniu narządu. W nerkach zatory dają ogniska zapalne, które rozpoznajemy, znajdując czerwone ciała krwi w moczu, rzadziej spotykamy większe zawały i rozlane zapalenia kłębuszków nerkowych z dużą ilością białka. Na spojówce zjawiają się najczęściej drobne wybroczyny pochodzenia bądź to toksycznego, bądź zatorowego.

Na drodze przerzutów często zostają zajęte drobne stawy (palce u rąk i nóg), zresztą w sposób niezbyt znaczący, pociągając za sobą niekiedy zniekształcenia.

Choroba trwa od 4 do 12 miesięcy, niekiedy lata, kończąc się prawie zawsze niepomyślnie. W piśmiennictwie istnieje opis paru jakoby wyleczonych przypadków, przyczem jeden z nich opisany przez Stanisława Klejną.

Chemoterapia (salicylaty, arsenobenzol, trypaflawina, rivanol, merkurochrom i t. d.) zawiodła pokładane w niej nadzieje. Ostatnio zaproponowano leczenie „*sepsis lenta*“ szczepionkami, co się okazało mało skutecznym (G. Marchal et A. Jaubert. La Presse Médicale Nr. 21, 1926), — więcej obiecujące zdaje się być uodpornianie zdrowych szczepami drobnoustrojów, wziętych od chorych, a następnie, po wytworzeniu odporności (m. w. po 12 dniach), przetaczanie krwi uodpornionej chorym.

Przypadek mój miał przebieg i zejście typowe dla t. zw. sepsis lenta, jakkolwiek pomimo wielokrotnych starań (posiewy ze krwi, moczu i płynu mózgowo-rdzeniowego) paciorkowca wyhodować się nie udało.

Pacjent mój miał lat 19, był z zawodu robotnikiem. Mniej więcej na pół roku przed przybyciem na klinikę zaczął odczuwać bóle w stawach kończyn dolnych. Bóle te znikły przy leżeniu i w ciepłe, niekiedy zjawiały się i w kończynach górnych. Miewał chory dreszcze. Po paru miesiącach, wskutek wzmożenia się bólów w kończynach dolnych, zjawienia się bólów w okolicy serca, bicia sera, duszności i częstych dreszczy, chory zmuszony był położyć się do łóżka, w którym już od tego czasu stale przebywał. W końcu grudnia r. ub. chory został przyjęty na klinikę wewnętrzną 1-szą Un. Warsz., gdzie stwierdzono szmery w sercu, powiększenie śledziony i wątroby, stan gorączkowy (ok. 38°). Dnia 13 stycznia r. b. chory odczuł dość nagły ból silny po wewnętrznej stronie prawego uda i zauważył powstanie w głębi stwardnienia o podłużnym kształcie. Stwardnienie to, bardzo bolesne, po tygodniu zaczęło się dość szybko powiększać, doszło do rozmiarów dużej pięści, dawało wrażenie chełbotania, skóra nad niem zaczerwieniła się, chory gorączkował. Zastosowano okłady pod ceratką bez wyniku i wreszcie z rozpoznaniem ropnia po stronie wewnętrznej prawego uda chorego przepisano na Klin. Chir. 2-ą Un. Warsz.

Na klinice chirurgicznej stwierdzono miejscowo na wewnętrznej stronie prawego uda wyniosłość o kształtach podłużno-kulistych, zajmującą mniej więcej środkową trzecią część uda. Skóra w tem miejscu obrzękła i nieco zaczerwieniona. Przy obmacywaniu wyczuwa się bardzo bolesny i twardy guz, dający chełbotanie i leżący na tętnicy udowej, której tętnienie daje się odczuć poprzez guz.

Operacja: W uśpieniu eterowem (uprzednio zastrzyknięto morfinę z atropiną), zrobiono cięcie podłużne nad guzem. Po przecięciu skóry i powięzi zauważono sinawe przeświecanie, nałożono u podstawy uda węża gumowego, gdyż nie ulegało już wątpliwości, że mamy do czynienia z wielkim krwakiem. Nacięto wzdłuż przebiegu włókien mięśnie przywodzące i dotarło do jamy wielkości półtorajęskiej pięści. Wypełnionej całkowicie skrzepami krwi. Po wybraniu skrzepów w głębi rany dostrzeżono przedziurawioną tętnicę udową. Tętnicę podwiązano w 2 miejscach, zdjęto gumę, po podwiązaniu paru drobnych krwawiących naczyń jamę wyłożono luźno jałową gazą, nałożono suchy aseptyczny opatrunek. Przebieg pooperacyjny gładki. Stan kończyny, pomimo podwiązania tętnicy, dobry. Bóle ustąpiły zupełnie, ciepłota nieco spadła.

Jama rany stopniowo się zmniejszała. Chory miał raz w przebiegu pooperacyjnym napad duszniczy bolesnej i krwotok z nosa. Na palcach rąk wystąpiły drobne wybroczyny, w moczu stwierdzono obecność krwi. Po przejściowym pogorszeniu pacjent zaczął się szybko poprawiać, zaczął chodzić. Leczony był objawowo, a zadowolony ze stanu swego zdrowia, nie chciał czekać na przygotowania do przetoczenia mu uodpornionej krwi i w końcu kwietnia w niezłym stanie (szmery na zastawkach pozostały do końca) wypisał się z kliniki i gdybym był stracił z nim kontakt, byłby zaliczony do kategorii wyleczonych. Nagle w domu dnia 14 maja nastąpiło znaczne pogorszenie. Chory położył się do łóżka, dostał wymiotów. Dołączyły się w ciągu paru dni obrzęki nóg, wzdęcie brzucha, duszność, bóle i bicie serca, bladeść, i chory dnia 17 maja zmarł.

Z praktyki prywatnej.

O działaniu leczniczym bismogenu w kile.

Podał

b. ord. kliniki prof. Nikolskiego.

Jan ALAPIN (Warszawa).

Pięć lat już mija, jak dzięki pracom S a z e r a c a i L e v a d i t i, bizmut uzyskał prawo obywatelstwa w leczeniu kily, we wszystkich jej okresach i w szybkim swym pochodzie (przeważnie łącznie z Neosalvarsanem) pozostawił daleko za sobą ogólnie dotychczas w ciągu kilkuset lat stosowane preparaty tręci. W ciągu tych 5 lat stosowane są rozmaite preparaty bizmutu rozpuszczalne i nierozpuszczalne, ostatnio przeważnie w postaci głębokich wstrzykiwań domięśniowych. Największe zastosowanie znalazły z francuskich preparatów Quinby (A u b r y), (wyrabiany i u nas), z niemieckich, Bismogenol firmy T o s s e w Hamburgu. Preparaty rozpuszczalne, jak L u a t o l i inne, z powodu swej bolesności, szybko przemijającemu działaniu i innym ujemnym własnościom, powoli wychodzą z użycia (jak ongi zaniechano rozpuszczalnych preparatów rtęci na korzyść nierozpuszczalnych).

W Polsce przeważnie dotychczas stosują lekarze w szpitalach i w praktyce prywatnej francuskie preparaty (Quinby francuski i krajowy).

B i s m o g e n o l, preparat niemiecki, jest u nas mniej znany, chociaż pod wielu względami nietylko dorównywa, lecz przewyższa inne preparaty bizmutu. Jest to połączenie w emulsji Bismutyli z wysokowartościowym terapeutycznie kwasem będzwinowym i zawiera około 60% metalicznego bizmutu. Zawiesina ta w oliwie (pozbawionej kwasów), już ze względu

na techniczne swe przygotowanie, a mianowicie na niezmiernie ściśle połączenie mikroskopowo drobnych cząsteczek preparatu, przedstawia się nawet przy długim przebywaniu w naczyniu, jako mleczny, gęsty płyn; na dnie naczynia tworzy się osad, ale znacznie mniejszy, niż w innych preparatach, gdzie osad zupełnie oddziela się od płynu. Dość jest chwilowego nagrzania i wstrząśnięcia, a utworzy się zawiesina z jednolicie gęstego białomlecznego płynu.

Bismogenol stosuję w praktyce prywatnej od początku 1925 r., we wszystkich okresach kily, zastępując nim stosowane poprzednio nierozpuszczalne preparaty rtęci w postaci zastrzykiwań lub wcierania szaruchy. W niektórych przypadkach porównawczo w ciągu tego roku stosowałem i inne preparaty bizmutu (Luatoł, Quinby, Rubyl i inn.), lecz wszystkie je zarzuciłem na korzyść bismogenu. Przeważnie stosowałem u chorych na kilę kurację specyficzną mieszaną: wstrzykiwania głębokie bismogenu i dożylnie neosalvarsanu zastępując poprzednio stosowane iniekcje salicylanu rtęci i NS. (W niektórych przypadkach stosowałem w ciągu 2 — 4 tygodni wyłącznie Bismogenol), w 10 przypadkach (przeważnie kily II okresu), dopiero później chorzy przechodzili do kuracji mieszanej. Iniekcje Bismogenu stosuję, licząc się ze stanem ogólnym chorego, jego wiekiem i objawami, co 2 — 3 — 4 dni zastrzykuję domięśniowo w pośladki każdorazowo 1,0 — 1,2 — 1,5 ctm.³. Na kurację stosuję, licząc się także ze stanem drzazgi i nerek, około 12 — 15 — 18 — 20 zastrzyków, razem około 15,0 — 20,0 Bismogenu. Zastrzykiwania są w 95% przypadków bezbolesne lub prawie bezbolesne dobrze znoszone zarówno przez mężczyzn, jak i kobiety

(w 2 przypadkach stosowałem je u kobiet podczas ciąży, w pierwszej i drugiej połowie).

Leczenie Bismogenolem nie działa ujemnie na ogólne samopoczucie; waga chorego zmniejsza się bardzo powoli w 2-jej połowie leczenia. Z objawów ubocznych przy stosowaniu Bismogenolu raz jeden obserwowałem wysypkę skórą plamisto-grudkową na kończynach i tułowiu po pierwszym zastrzyku Bismogenolu, po upływie tygodnia jednak wysypka przeszła i przy następnych zastrzykach Bismogenolu u tegoż chorego już się nie powtarzała. Szkodliwego ubocznego działania na nerki nie widziałem w żadnym z moich przypadków, zaledwie u kilku osobników pod koniec leczenia ślady szybko przemijającego po kilkodniowej przerwie białkomoczu (bez wałeczków). Zapalenie działel daleko rzadziej daje się obserwować, niż przy stosowaniu rtęci, w postaci rąbka bizmutowego. W miejscu wstrzykiwań żadnych nacieczeń po Bismogenolu nie obserwowałem. U chorego z **aortitis et myocarditis luetica**, w połowie drugiego leczenia Bismogenolem nastąpiło pewne osłabienie działalności serca, które jednakże ustąpiło po kilku tygodniach z widoczną i znaczną poprawą ogólnego stanu serca i poprzednich kiłowych objawów.

Co się tyczy swoistego działania Bismogenolu na objawy kiłowe we wszystkich jej okresach, mogę je uważać, jako bezwzględnie dodatnie, energiczne i szybkie. Stosuję Bismogenol przeważnie wspólnie z dożylnymi wstrzykiwaniami Neosalvarsanu. W I okresie kiły stosowałem Bismogenol w ciągu tego roku w 18 przypadkach, jako leczenie poronne w czasie od 3 — 6 tygodni po zarażeniu: z tych w 8 przypadkach odczyn **Wassermann**a był badany przed kuracją i okazał się ujemny, w innych wrzód pierwotny był wyraźny i nie pozostawiał żadnych wątpliwości co do swego charakteru — w 6 przypadkach gruczoły pachwinowe były już obrzmiałe. We wszystkich tych przypadkach szybkie i energiczne leczenie Bismogenolem i NS. dało doskonałe wyniki. Wrzód pierwotny goił się szybko, — w ciągu 8, 10, 12 dni obrzęk ustępował, gruczoły pachwinowe zmniejszały się widocznie. W przypadkach tych wysypka II okresu nie wystąpiła ani razu. Przerwa między 1-szą, a 2-gą kuracją u takich chorych była zwykle 1½ — 2 miesięczna, z 18 chorych tylko 10 ją powtórzyło; u żadnego z nich objawów II okresu nie zauważyłem. Działanie Bismogenolu w tych przypadkach nie ustępuje poprzednio stosowanej przeze mnie rtęci i NS.

Przy objawach II okresu kiły (takich przypadków obserwowałem 32), wessanie ich też nastąpiło bardzo szybko i sprawnie. Różyczka ustępowała po 7—8—10 dniach (reakcja **Herxheimera** przy różyczce często występowała po pierwszym — drugim zastrzyku Bismogenolu). Lepieże skóry (na mosznie) i błonach śluzowych szybko podlegały wessaniu (z wyjątkiem jednego przypadku u chorego kachektyka, gdzie wessały się dopiero po 3½ tygodniach przy zastosowaniu poza Bismogenolem i NS. jeszcze i leczenia miejscowego). Wysypka grudkowa na ciele i grudkowo-krostowa na twarzy (w jednym przypadku **lues gravis**) wymagały 3 tygodniowego leczenia, po ich wessaniu się, powstała pigmentacja, widoczna jeszcze przy rozpoczęciu drugiej kuracji (po 2 miesiącach). Bóle głowy, które obserwowałem w kilkunastu przy-

padkach przeważnie ustępowały lub zmniejszały się powoli, zarówno w przypadkach II, jak i III okresu kiły. Z dwóch przypadków kiły mózgowej, w jednym, w połowie leczenia (prawie bez NS), gdyż chora otrzymała tylko 1 zastrzyk dożylny NS., po 5 zastrzykach Bismogenolu, szybka i widoczna poprawa z ustąpieniem bólów głowy nastąpiła już w połowie specyficznej kuracji, w drugim poprawa następowała przy kuracji Bismogenolem i NS. bardzo powoli, bóle głowy były uporczywe, z tego powodu przeszliśmy od Bismogenolu do rtęci (wcierania), z dalszą powolną poprawą i zmniejszeniem się bólów głowy. Co się tyczy nawrotów objawów okresu II kiły, to z przypadków, leczonych Bismogenolem i NS., tylko u jednego chorego po przerwie 4½ miesięcznej był nawrót różyczki i lepieży na błonach śluzowych.

U jednego chorego w III okresie z kilakiem miękkiego podniebienia nastąpiło przy Bismogenolu i NS. wessanie się nacieczenia i powolne zbliżanie się brzegów przedziurawienia. Chorych z kiłą III okresu obserwowałem wszystkiego 5 przypadków.

Z objawów II okresu kiły zwrócę uwagę na niektóre, mianowicie: wypadanie włosów swoiste (3 obserwowane przypadki), kiłowe obrzmienia okostny na goleniach bardzo bolesne (2 przypadki). Ustępowały one przy stosowaniu Bismogenolu bardzo powoli i niekiedy nawet (jak wypadanie włosów) po ukończeniu kuracji specyficznej nie były w zupełności wyrównane. Objawy te i przy stosowaniu rtęci też są bardzo odporne.

Jeśli porównać działanie Bismogenolu z działaniem nierozpuszczalnych preparatów rtęci, stosowanych poprzednio, lub też z innymi preparatami bizmutu, obecnie stosowanymi, to działanie terapeutyczne Bismogenolu na objawy kiłowe bezwzględnie je przewyższa, a nie ma tych ujemnych cech (jak bolesność, ślimotok, znaczne upośledzenie ogólnego stanu organizmu podczas kuracji), jakie występują przy stosowaniu nierozpuszczalnych preparatów rtęci lub niektórych preparatów bizmutu.

Co się tyczy działania Bismogenolu na odczyn **Wassermann**a, to wyniki moje przeszły wszelkie oczekiwania; większość autorów, stosujących rozpuszczalne preparaty bizmutu lub nawet później preparaty nierozpuszczalne, twierdziła, że działanie bizmutu na odczyn **Wassermann**a jest słabsze, niż działanie preparatów rtęciowych, i przytem występuje później. Przy stosowaniu Bismogenolu już po upływie 1 — 1½ miesiąca po pierwszej specyficznej kuracji w 95% przypadków otrzymałem ujemny odczyn **Wassermann**a i jego modyfikacji (**Bauer Hecht, Sachs-Georgi**). Na 42 badania odczynu **Wassermann**a po stosowaniu Bismogenolu w 38 — odczyn był ujemny, w 2 przypadkach kiły II okresu późnego i w jednym przypadku kiły II wczesnej (**Roseola, Papulae mad. ani**) w 3 miesiące po kuracji Bismogenolem, jednakże bez nowych objawów kiły czynnej, **Wassermann** był słabo dodatni (+). Z tych 1 chora była w pierwszej połowie ciąży. W 2 przypadkach w 2½ miesiąca po kuracji Bismogenolem hemoliza była słaboznaczna. Natomiast w 1 przypadku (z 38) kiły ciężkiej z wysypką grudkowo-krostową na twarzy, w 2 miesiące po kuracji **Wassermann**a

sermann był ujemny. W przypadku leczenia poronnego u chorych, którzy zgłosili się do 2-ej kuracji, Wass był ujemny i objawów II okresu nie było po upływie 2 — 3 miesięcy po skończeniu 1-ej kuracji (9 przypadków). W przypadkach, dawniej leczonych rtęcią i NS., otrzymałem takież rezultat zaledwie po 2 — 3 kuracjach mieszanych specyficznych, działanie więc Bismogenolu w tym kierunku znacznie przewyższa działanie rtęci, poprzednio przezemnie stosowanej. Tylko w jednym z przypadków leczonych w ciągu tego roku Bismogenolem, miałem, jak wyżej wspomniałem, nawrot objawów kily (lues II), jednakże zaledwie 15

miesiący stosowania tego preparatu nie daje mi prawa twierdzić, że dalej u chorych tych nawrotów mieć nie będę.

Tylko dalsze ścisłe badanie tych chorych i kontrolowanie u nich odczynu Wassermann'a da nam w przyszłości możliwość stwierdzenia, czy przez zastąpienie rtęci bizmutem posunęliśmy się jeszcze o krok naprzód w zwalczaniu takiego wybitnego i groźnego wroga ludzkości, jakim jest jeszcze teraz kila.

Streszczenia zbiorowe.

Z I Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego.
(Ordynator: Dr. Anastazy LANDAU).

Podstawowa przemiana materji i jej znaczenie kliniczne.

Podał

Mieczysław FEJGIN (Warszawa).

(Dokończenie).

W bliskim związku ze sw. dyn. działaniem pokarmów stoi sprawa wpływu sposobu odżywiania na p. prz. mat. wogóle. Normalny człowiek, będący w ciągu lat całych w zupełnej równowadze wagi i sił pokrywa swoje zapotrzebowanie cieplne zapomocą odżywiania. Na to zapotrzebowanie składają się wydatki energetyczne, związane z p. prz. mat. ustroju, z ruchem mięśni, pracą trawienia i przyswajania pokarmów, regulacją cieplną i t. d. Jeżeli ustrój zużywa mniej energii, aniżeli jej otrzymuje w postaci pokarmów, część substancji odżywczych nie ulega spalaniu i może pozostać w ustroju, jako tłuszcz przeważnie — ta najekonomiczniejsza postać nagromadzenia rezerw — i osobnik tyje. Jeżeli zaś wydatki ustroju z jakiegokolwiek powodu przewyższają podaż energii w pożywieniu, ustrój uzupełniać musi braki z własnych zasobów tkankowych — osobnik traci na wadze, chudnie. Jak w jednym, tak i w drugim wypadku jednak ustrój posiada pewne urządzenia samoobronne. Otóż, jak wielokrotne badania zarówno dawnych autorów (Pettendorffer, Rubner, Voit, Zuntz i inni) jak i współczesnych (Magnus Levy, Benedict) na zwierzętach i na ludziach (głodomór Cetti) wykazały, kilku — i nawet kilkunastodniowy głód zupełny nie wywołuje znacniejszego wpływu na p. prz. mat., Benedict tłumaczy to tem, że zawartość subst. czynnych, to jest azotowych w ustroju, zmienia się stos. nieznacznie — a od niej właśnie poziom p. prz. mat. zależy. Natomiast długotrwałe okresy skąpego odżywiania, wzgl. niedożywiania powodują wybitne obniżenie p. prz. mat. Stwierdził to w czasie ostatniej wojny Magnus Levy na sobie, Allen oparł na analogicznym spostrzeżeniu na psach cały swój system dietetyczny leczenia cukrzycy, o czem jeszcze wspomnieliśmy mieli sposobność poniżej.

Przeciwnie zaś, obfite odżywianie przez pewien przeciąg czasu podnosi znacznie poziom p. prz. mat. ustroju. Zależnie tedy od warunków zewnętrznych może ustrój nastawiać nasilenie swoich procesów życiowych na poziom niższy lub wyższy. Pracuje on bądź, jak motor oszczędny, i, zużywając mało paliwa, pozostaje w równowadze przy skąpszym odżywianiu, bądź też, podnosząc natężenie spalania, broni się w ten sposób przed nadmiernym dowozem pokarmów i niepotrzebnym nagromadzeniem biernych substancji rezerwowych.

Z pośród innych warunków fizjologicznych, w sposób znaczniejszy wpływających na poziom p. prz. mat., ważną rolę odgrywa wiek. Według Benedicta i Talbota noworodki posiadają znacznie niższą p. p. m., aniżeli dorośli, bo zaledwie 25 ciepł. na 1 m.² i godzinę. Potem jednak poziom jej szybko wzrasta, najwyższych wartości sięga pomiędzy 1-szym a 2-gim rokiem życia (45—55 ciepł. na 1 m.² i godzinę u chłopców, 42—50 ciepł. — u dziewcząt), poczem obniża się stopniowo i stale — aż do poziomu człowieka dorosłego, pozostając bez zmiany w okresie od 20—50 lat. Okres pokwitania wybitniejszych zmian, podług autorów amerykańskich, nie powoduje, być może tylko, iż po przebyciu tego okresu krzywa p. prz. mat. szybciej obniżać się zaczyna do poziomu wieku dojrzałego, aniżeli bezpośrednio przed nim, wzgl., jakby okres ten, w którym gruczoły płciowe podejmują swoją czynność wewnętrzo-wydzielniczą, powodował pewne chwilowe zatrzymanie spadku krzywej p. prz. mat. Po 50-ym roku życia p. prz. mat. znów obniżać się wydaje, aczkolwiek brak jeszcze dostatecznego materiału doświadczalnego w tym względzie.

Płeć, Magnus Levy i Falk sądzili, że w wieku dziecięcym p. prz. mat. jest jednakowa u osobników płci obojga, u mężczyzn dojrzałych zaś znaleźli o 5% wyższy poziom jej, aniżeli u kobiet. Nowsze jednak badania autorów ameryk., wykazały, iż od początku życia istnieje wyraźna różnica na korzyść płci męskiej. Jest to bodaj jedyny punkt, w którym badania M. Levy'ego nie zgadzają się z badaniami następnymi.

Ciepłota otoczenia wpływać może w znaczniejszym stopniu na zmianę poziomu p. prz. mat., wprowadzając w grę mechanizm regulacyjny — chemiczny i fizyczny, co idzie zawsze w parze ze wzmo-

zoną produkcją ciepła. Dlatego też pomiarów p. prz. mat. dokonywać należy ze starannem wyłączeniem wpływu tych mechanizmów (*neutralité thermique* i wanna L e f é v r e a).

Z innych czynników natury fizycznej zmiana klimatu, położenia nad poziomem morza, zawartości tlenu w powietrzu oddychowem i t. d. zdaje się nie wpływać w sposób wybitniejszy na poziom p. prz. mat. u tegoż osobnika.

O z o r i o d e A l m e i d a wypowiedzi się ogólnie, że na p. prz. mat. wpływają wyraźnie wszystkie te czynniki i warunki, które zmieniają i całkowitą przemianę mat. ustroju, jeżeli tylko działanie ich jest dostatecznie długotrwałe, np. praca mięśniowa, odżywianie, ciepłota ciała i otoczenia i t. p.

Po zasadniczym omówieniu ważniejszych kwestyj, dotyczących, że tak powiem, fizjologicznej strony p. prz. mat., przejść możemy do najbardziej interesującej każdego klinicystę patologii, a przynajmniej poruszyć najważniejsze nasuwające się tutaj zagadnienia.

Niepodobna rozpocząć patologii p. prz. mat., nie od omówienia schorzeń gruczołu tarczowego, który zajmuje naczelnie miejsce wśród czynników wewnątrzustrojowych, regulujących ją bezpośrednio. Już w 1893 roku F. Müller mówi o zwiększonej przemianie mat. w wolu z wytrzeszczem, a w 2 lata później, dzięki pracom Magnusa L e v y e g o, ustalone zostały właściwie wszystkie ważniejsze fakty, dotyczące zaburzeń procesów spalania w związku ze schorzeniem tarczycy. Wykazał on, mianowicie, znaczenie wzmożonej p. prz. mat. w chorobie B a s e d o w a, a obniżonej — w obrzęku śluzakowatym, jako kardynalnych objawów, zapomocą których klinicysta może z matematyczną wprost ścisłością z dnia na dzień śledzić przebieg schorzenia i wpływ kuracji. Był to wielki krok naprzód w sprawie wprowadzenia pomiarów p. prz. mat. do powszechnego użytku klinicznego. Długi szereg badaczy pracował nad tą sprawą, ale dopiero badania autorów amerykańskich z ostatnich lat kilkunastu przyczyniły się do ostatecznego, zdaje się, ustalenia pojęć. W 1913 i 1916 roku P l u m m e r w szeregu prac wprowadził podział kliniczny schorzeń gruczołu tarczowego, przyjęty w całych St. Zjednoczonych. Odróżnia on mianowicie: 1) Stany hypotyroidalne — obrzęk śluzakowaty i kretynizm nap.; 2) wole zwykle czyli koloidalne; 3) wole gruczolakowate bez nadczynności tarczycy; 4) wole gruczolakowate z nadczynnością tarczycy czyli „toxic adenoma“; 5) wole z wytrzeszczem, czyli właściwą chor. B a s e d o w a — „exophthalmic goiter“ i 6) nadczynność gruczołu tarczowego w okresie przekwitania płciowego u kobiet. Otóż P l u m m e r i B o o t h y wykazali, że w ustroju winno stale krążyć od 12 do 14 mlgr. tyroksyny (wykrytej, jak wiadomo, przez K e n d a l l a) dla utrzymania p. prz. mat. na poziomie normalnym. Dziennie ustrój zużywa od 0.2 do 0.4 tej substancji, i tyleż dostarczać jej musi tarczycza. Stałe utrzymujące się obniżenie p. prz. mat. poniżej — 17%—20% bez schorzenia przysadki i bez uprzedniego stanu niedożywiania każe przypuszczać stan hypoterozy. Podawanie preparatów tarczycy, wzgl. czystej tyroksyny sprowadza p. prz. mat. do normy i usuwa niedomogę gr. tarczowego. Wole koloidalne powstaje, jak wiadomo, na tle niedostatecznego dowozu jodu (zapobiega-

wcze podawanie soli kuchennej jodowanej, często też wytwarza się u kobiet w czasie pokwitania, względnie w okresie ciąży — i nie pociąga za sobą zmian w p. prz. mat. Podawanie jodu powoduje zmniejszenie i nawet znikanie wola koloidalnego. Jednakże z biegiem czasu, jak — tem niedawno mówił dr. L a n d a u w swoim wykładzie o leczeniu jodem choroby B a s e d o w a, wole koloid. przekształca się, przynajmniej częściowo, w wole gruczolakowate — na razie bez objawów hiperterozy i bez wzmożenia p. prz. mat. Podawanie jodu jest tu bezwzględnie przeciwwskazane, albowiem pod wpływem jodu bardzo szybko — a nieraz po kilkunastu latach (14—15) trwania i samoistnie — przechodzi ono w postać toksyczną — „toxic adenoma“. Postać ta powstaje wskutek wtłaczania do ustroju przez gruczolakowato zmienioną tarczycę zwiększonej ilości niezmienionej zresztą chemicznie tyroksyny. Wzrost p. prz. mat. utrzymuje się tu zwykle na poziomie od +20% do +50%, leczenie — operacyjne, jod bezwzględnie przeciwwskazany. Właściwa choroba B a s e d o w a (exophthalmic goiter) podług K e n d a l a, P l u m m e r a i inn. polega na tem, że wewnętrznej wydzieliny tarczycowej jest nietylko zbyt wiele, ale, że w 1-szym rzędzie jest ona zmieniona chemicznie (utrudnione jest otwieranie i zamykanie łańcucha pyrrolowego, wchodzącego w skład jej cząsteczki) i to właśnie uniemożliwia regulowanie procesów utleniania w komórkach. Autorzy przypuszczają, iż powodem tego jest brak w tarczycy dostatecznej ilości jodu, potrzebnego do wytworzenia prawidłowej cząsteczki tyroksyny — i tem się właśnie tłumaczy, że podawanie jodu daje tak doskonałe wyniki w tej sprawie. Wzmożenie p. prz. mat. osiąga tutaj wartość o 100% i wyżej od normy; jod podawany doustnie często w kilka lub kilkanaście dni powoduje powrót prawie do normy.

Drugim gruczołem dokrewnym, posiadającym nad bliski związek z podst. przemianą mat. jest przysadka, aczkolwiek, pomimo licznych badań, nie posiadamy jeszcze zupełnie pewnych i ustalonych wiadomości w tej dziedzinie. B e r n s t e i n i F a l t a pierwsi bodaj stwierdzili, że wstrzyknięcie wyciągu z tylnego płata zwiększa o 20%, z przedniego zaś — raczej obniża poziom p. prz. mat., co potwierdzają również badania L i e b e s n y e g o. Prace M c K i n l e y a zdaje się ustalać, że mechanizm działania tych wyciągów idzie przez tarczycę, albowiem u zwierząt beztarczycowych wstrzyknięcie hypofizyny nap. (tylna część) pozostaje bez wpływu na p. prz. mat., natomiast powoduje znaczne jej wzmożenie, po uprzednim podaniu tyroksyny w przypadkach, w których tyroksyna sama nie dawała żadnego efektu, wzgl. b. nieznaczny. B e n e d i c t i H o m a n s, M. L a b b é i S t e v e n i n, v a n B o g a e r t stwierdzili wzmożenie p. prz. mat. w stanach klinicznych, uchodzących, jako nadczynność przysadki (nap. akromegalia), obniżenie zaś w niedonodze tej ostatniej. W otyłości przysadkowego pochodzenia natomiast L i e b e s n y a także Z o r n d e k i L ö v y nie stwierdzili zmiany p. prz. mat., pomimo wyraźnego jej obniżenia w innych postaciach otyłości (p. niżej). K e s t n e r stwierdził u karłów przysadkowych brak wzgl. wybitne zmniejszenie sw. dyn. dział. białka pokarmowego, podobnie, jak i w 14-stu przypadkach zwyrodnienia tłuszczowo-

ściowego. Płaca również wskazywała na bliski związek pomiędzy czynnością przysadki a sw. dyn. dział. białka, uważając badanie tegoż wprost za próbę czynnościową przysadki. Szczegółowe i systematyczne opracowanie znalazła sprawa ta u Liebesnyego, który na sporym materiale klinicznym różnych schorzeń przysadki badał zarówno zmiany p. prz. mat., jak i sw. dyn. dział. białka. Otóż w przypadkach akromegalji stwierdził on wybitne wzmoczenie jednej i drugiego (p. prz. mat. +33% i 39%; sw. dyn. dział. b. +77% i +48% zamiast +30%, jako maximum normy). W 5-ciu na 6 przypadków guzów przysadki—bez objawów akromegalji, a raczej z objawami hypopituitarizmu (niski wzrost, impotencja lub zaburzenia w miesiączkowaniu, otyłość i t. d.) sw. dyn. wsp. białka okazał się wyraźnie zmniejszony przy normalnym naogół poziomie p. prz. mat. Podobne wyniki otrzymał autor w 2-ch przypadkach skarlłowacenia pochodzenia przysadkowego. W przypadkach eunuchoidyzmu natomiast znalazł L. obniżenie p. prz. mat., przy wyraźnym wzmoczeniu metabolizmu poborowego. Otóż, zaznacza tutaj L., że, jak liczne spostrzeżenia na zwierzętach wykazują, wytrzebiecie powoduje powiększenie przysadki i wystąpienie objawów jej nadczynności. Zachowanie się p. prz. mat. i met. poborowego wtedy jest jakby wynikiem właśnie wypadnięcia wzgl. zmniejszenia czynności gruczołów płciowych (obniżenie p. prz. mat.) obok nadczynności przysadki (wzmoczenie sw. dyn. wpływu pokarmów).

Reasumując tedy, możemy dojść do wniosku, że przysadka posiada niewątpliwy wpływ na p. prz. mat.—a mianowicie, tylny jej płat w kierunku zwiększenia, przedni—obniżania jej. Wpływ ten skutecznia się jednak, zapewne, za pośrednictwem tarczycy. Nadczynność przysadki, jaką znajdujemy np. w akromegalji, przebiega ze wzmoczeniem zarówno p. prz. mat. jak i metab. poborowego. Schorzenia zaś, polegające na jej niedomodze, wpływają nie tak wyraźnie na p. prz. mat. samą przez się, ile na zmniejszenie sw. dyn. wpływu białka, który uważany być może niemal za czynnościową próbę tego gruczołu.

Z innych gruczołów dokrewnych, wpływających na p. prz. mat., wymienić trzeba gruczoły płciowe. Loevy i Richter pierwsi dokonali systematycznych badań w tej dziedzinie i stwierdzili, że wytrzebiecie obniża o 14% i więcej poziom p. prz. mat.

Podawanie przetworów i wstrzykiwanie wyciągów z tych gruczołów wyraźnie wznosi ten poziom do wartości normalnych. Brugsch i Rotmann, natomiast, na pacjentkach z objawami choroby Basedowa i niedomogi jajników otrzymywali wyraźne obniżenie p. prz. mat. po wstrzyknięciu preparatów jajnikowych. Tłumaczą oni to pośrednim wpływem preparatów tych na tarczycę, w tych przypadkach. Korenčewski zresztą wskazywał już na to, że wpływ grucz. płciowych na p. prz. mat. idzie przez tarczycę.

Rola nadnerczy w stosunku do p. prz. mat. nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. Naogół stwierdza się, iż wstrzyknięcie adrenaliny wzmaga p. prz. mat. przez podniesienie całego t. zw. „vitaltonus“ komórek a nie przez zwiększony rozpad białka.

W chorobie Addisona znajdowali autorzy przeważnie znaczne (do — 30%) obniżenie, rzadziej—

normalny poziom p. prz. mat. W przypadku „hirsutismus“, który łączony jest z nadczynnością kory nadnerczy, stwierdzili Apert, Stevenin i Broca zmniejszoną o 20% wartość p. prz. mat. Naogół więc — przeważa zdanie, iż kora nadnerczy wydziela substancje jakieś, hamujące wpływ tarczycy na p. prz. mat., istota rdzeniowa zaś, wytwarzająca adrenalinę, działa, przeciwnie, w kierunku wzmoczenia metabolizmu.

W żadnej może sprawie chorobowej, poza schorzeniami gruczołu tarczowego, pomiary p. prz. mat. nie budziły takiego zainteresowania, jak w cukrzycy. Chodziło bowiem zawsze o rozstrzygnięcie trudnego problemu, w jaki sposób dostosować djetę do potrzeb energetycznych pacjenta, nie przekraczając jego tolerancji. I przez długi szereg lat panowała w tym względzie rozbieżność zdań. Większość autorów uważała, że p. prz. mat. w cukrzycy jest znacznie wzmorzona. Starali się oni zastosować do tego, podając djetę o dużej wartości cieplnej, kosztem tłuszczów i białka (szkoła Naunyna i Noordena). Natomiast badania lat ostatnich, szczególnie autorów amerykańskich (Benedict i Joslin, Newburgh i Marsh, Woodyatt, Schaffer, Du Bois i inni) przyczyniły się do ostatecznego, zdaje się, wyjaśnienia tej sprawy, popartego zresztą doskonałymi wynikami leczniczymi metod djetetycznych, bezpośrednio na wynikach tych prac opartych.

Otóż, Magnus Levy w Niemczech i Allen w Ameryce przekonali się, iż długotrwała djeta o nieco mniejszej wartości cieplnej, aniżeli wynosi normalna p. prz. mat. danego osobnika, zmniejsza jej poziom tak, iż ustala się równowaga pomiędzy zapotrzebowaniem ustroju, a dostarczanym pożywieniem. To zmniejszenie poziomu p. prz. mat. wywiera, jak się okazuje, nader pomyślny wpływ na zwiększenie tolerancji i na usunięcie skłonności do kwasicy. Szczególne w tym względzie znaczenie posiada ograniczanie dawozu białka w pożywieniu. Na tem oparli klinycyści amerykańscy Allen, Newburgh i Marsh, Woodyatt i inni, leczenie cukrzycy za pomocą stałego niedożywiania w celu obniżenia poziomu p. prz. mat. Liczne bardzo związane z tem badania ustaliły, iż p. prz. mat. i chorych cukrzyczych utrzymuje się na poziomie normalnym w lżejszych, bywa zaś często obniżona w cięższych przypadkach; czasami tylko spostrzegano wzmoczenie jej poziomu. Benedict i Joslin, w monografji swej, poświęconej tej sprawie, wypowiedzieli się za zwiększoną p. prz. mat. w cukrzycy. Obliczenia ich jednakże, oparte na wzorze Meeha dla powierzchni ciała i dokonywane w okresie przed wprowadzeniem djetę niedożywiania do leczenia, nie zostały potwierdzone przez późniejsze badania Luska, Du Bois i nawet samego Benedicta. Węgierko w swej ostatniej pracy nad zużyciem tlenu chorych na cukrzycę również dochodzi do wniosku, iż w ciężkiej cukrzycy p. prz. mat. jest znacznie wzmorzona — w związku ze stopnien kwasicy i zwiększonym rozpadem białka w tych przypadkach. Jednak obliczenia jego, podane w ilości cm³ tlenu, zużytego na 1 kg. wagi i bez uwzględnienia współczynnika: oddechowego (metoda Krogha) nie uprawniają jeszcze do oceny bezwzględnej wartości p. prz. mat. tych chorych a więc i do wnioskowania o jej wzmoczeniu. Co się tyczy kwasicy, to Benedict

i Joslin sądzą, że wpływa ona bezpośrednio na wzmożenie p. prz. mat., natomiast W i l d e r, B o o t h y, B e e l e r zaprzeczają istnieniu bezpośredniego związku przyczynowego między temi zjawiskami. Twierdzą oni, że tam, gdzie to wzmożenie istnieje, wywołane ono jest przez te same czynniki, co i kwasica. Podobnież i co do przemiany azotowej Joslin w swej ostatniej pracy (pg. Du Bois) dochodzi do wniosku, że nie stoi ona w bezpośrednim związku z p. prz. mat., albowiem spotykał on zarówno wzmożenie, jak i obniżenie tejeż w przypadkach ze zwiększonym rozpadem białka.

Wpływ insuliny polegać ma, zdaniem autorów amerykańskich, na zwiększeniu współczynnika oddechowego i wzmożeniu produkcji ciepłej ustroju — szczególnie, jeśli równocześnie z wstrzyknięciem insuliny podawać glukozę doustnie.

Przechodzimy teraz z kolei do sprawy równie, jak i poprzednia, ważnej z punktu widzenia praktyczno-klinicznego i teoretycznego — do otyłości. Łączy się ona z jednej strony z czynnością najważniejszych gruczołów wkręwnych (tarczycy, przysadki i gruczołów płciowych), z drugiej zaś — z rodzajem i stopniem odżywiania ustroju. Rozróżniać musimy, jak wiadomo, różne typy otyłości, zależnie od tego, czy innego czynnika natury wewnętrznej, którego wpływ jest w danym przypadku najbardziej zaznaczony. A więc, otyłość na tle niedostateczności tarczycy, częsta we wczesnym dzieciństwie, występuje i w wieku późniejszym, szczególnie u kobiet, łącznie z jednoczesną niedomogą jajników. Cechuje się przez częste współistnienie i innych objawów niedomogi tarczycy, jak niski wzrost, błądź i suchość powłok, krótkie kończyny, zmiany w uwłosieniu, specjalny układ nagromadzonego tłuszczu w postaci poduszczyk na grzbiecie dłoni i stóp oraz nad obojczykami, a przede wszystkim przez stałe i znaczne obniżenie p. prz. mat. Leczenie djetetyczne bywa tu najczęściej bez skutku.

Drugi typ otyłości pochodzenia wewnątrzustrojowego to otyłość na tle nieprawidłowej czynności przysadki. Cechuje ją swoiste rozmieszczenie pokładów tłuszczu przeważnie w okolicy krętarzy, bioder i w dole brzucha; występuje albo w dzieciństwie w wieku 4 — 5 lat, łącznie z karłowatością i infantylizmem typu L o r a i n w następstwie (schorzenie tylnego i przedniego płata), albo w wieku późniejszym wraz z niedorozwojem gruczołów płciowych, jako zespół F r ö h l i c h a. Z innych objawów towarzyszą jej często bóle głowy, wielomocz i zmniejszona zdolność koncentracji moczu oraz zmiany rentgenologiczne w siodełku tureckim. P. prz. mat. utrzymuje się tu zwykle na poziomie normalnym (B o o t h y i S a n d i f o r d, M e a n s podług Du Bois i O s z a c k i e g o), natomiast bardzo charakterystyczną cechą tej otyłości jest obniżenie swoistego dynamicznego wpływu pokarmów — czyli metabolizmu poborowego, jak to zwykle bywa w zespole niedomogi przysadki. Ten ostatni objaw nietylko służyć może do różniczkowania otyłości przysadkowej od tarczyczej, ale stanowi nader subtelny sposób odróżnienia występującej wtedy zwykle wtórnie niedomogi gruczołów płciowych od niedomogi ich pierwotnej, jaką jest np. eunuchoidalna, w której stwierdza się raczej wyraźne wzmożenie sw. dyn. wpl. pokarmów.

Otóż otyłość eunuchoidalna występuje zwykle, poza trzebieńcami, u mężczyzn i kobiet w wieku lat 50 — 60, cechuje się przez rozmieszczenie tłuszczu przeważnie na brzuchu i na twarzy, przez p. prz. m. raczej obniżoną nieco, przy wzmożonym metabolizmie poborowym.

Najczęstsza i najbanalniejsza wreszcie postać otyłości, spotykana zwykle w wieku dojrzałym bez wyraźniejszych objawów ze strony gruczołów wkręwnych, obejmuje przypadki, w których tycie wynika się zdaje przeważnie bądź z nieodpowiedniego odżywiania, bądź ze zbyt mało ruchliwego trybu życia — na tle pewnej skłonności rodzinnej lub rasowej. P. prz. m. bywa tu nieznacznie obniżona, lub normalna, sw. dyn. wpl. pokarmów — może nieco słabszy (ustrój pracuje tu „ekonomiczniej“ podług Du Bois), racjonalna djetetyka, w przeciwieństwie do wyżej wymienionych postaci, może tu dać znaczny efekt leczniczy. Podług B o u c h a r d a i B r u g g s c h a 77%—78% otyłych należy do tego typu. O innych, rzadszych postaciach otyłości, które O s z a c k i zalicza do „neurogenicznych“ (np. lipodystrophie progressive, choroba D e r k u m a) nie będziemy już wspominali, jako nie posiadających większego znaczenia praktycznego z powodu zbyt rzadkiego ich występowania. W każdym razie z zestawienia tego wynika, iż badanie p. prz. mat. i sw. dyn. wpl. pokarmów daje nam dość czuły i ścisły sposób różniczkowania najważniejszych postaci otyłości — co ma doniosłe znaczenie rozpoznawcze i lecznicze.

Z innych stanów chorobowych, w których zmiany p. prz. mat. odgrywają pewną rolę, wymienić trzeba niedokrwistość złośliwą, a przede wszystkim — białaczkę.

Otóż w pierwotnej niedokrwistości złośliwej spostrzegać się daje raczej wzrost p. prz. m., zależny zapewne od samej sprawy chorobowej. Przemawia za tem szczególnie obniżenie p. prz. mat., spostrzegane przez T o m p k i n s a, B r i t t i n g h a m a i D r i n k e r a po transfuzji. Szczególnie wybitne wzmożenie p. prz. mat. spostrzegać się daje w białaczce, co autorzy uzależniają bezpośrednio od obecności niedojrzałych postaci białych krwinek we krwi.

W schorzeniach serca nie ujawnia się, zdaje się, żaden specjalny wpływ na p. prz. mat. — jedynie tylko zbyt intensywna praca mięśni oddechowych w przypadkach ze znaczną dusznością lub samego mięśnia sercowego spowodować może nieznaczny jej wzrost. Podobnież i w chorobach nerek znajdujemy naogół normalne wartości p. p. prz. mat. Obecność nadciśnienia natomiast powoduje, zdaniem B o o t h y i S a n d i f o r d a, tendencję do wzmożenia p. prz. mat.

W stanach wyniszczenia bez względu na ich pochodzenie stwierdza się zwiększony poziom p. prz. m. W awitaminozach zaś p. prz. mat. obniża się zwykle, chociaż to wpływać się zdaje w tych przypadkach raczej ze stanu niedożywiania, aniżeli z jakiegoś specjalnego wpływu braku witamin w tym kierunku. Dowodzą tego badania na zwierzętach kontrolnych, trzymanyh na jednakowej ilościowej diecie ze zwierzętami, pozbawionymi witamin.

W stanach gorączki równowaga i gospodarka cieplna ustroju ulega mniej lub więcej głębokim zaburzeniom. Odróżniać tu jednak trzeba okresy, w któ-

rych ciepłota ciała ulega wahaniom, od okresów ciepłoty stałej. Otóż jeżeli wymierzyć całkowitą produkcję osobnika normalnego, umieszczonego w kalorymetrycznej komorze *Atwater-Rosa-Benedicta*, to wyniki, otrzymane sposobem bezpośrednim zgadzają się — w granicach błędów metodyki, — z wynikami obliczeń na podstawie przemiany gazowej. U chorych gorączkujących zaś w okresie spadku lub wzrastania wyniki te różnią się znacznie od siebie (do 25% w materji np.), gdyż ustroj magazynuje, wzgl. uwalnia nagromadzoną uprzednio ilość ciepła zapo- mącą promieniowania z powierzchni i parowania wody, zmieniając ciepłotę ciała, co nie odbija się równoległe na wymianie gazów oddechowych. Jeżeli chodzi o p. prz. m. w okresie pewnej stałej temp. ciała, to podniesieniu tejże o 1° towarzyszy wzmożenie p. prz. mat. +13%. Natomiast swoisty dyn. wpływ pokarmów, który służyć może za miarę pobudliwości metabolicznej ustroju, zmniejsza się wtedy podług *Oszackiego*. *Grafe* wyciąga stąd wniosek, że należy skończyć już z przesądem co do konieczności głodzenia chorych gorączkujących. Zmniejszenie sw. dyn. wpl. pokarmów dowodzi tu bowiem, że odżywianie nie wzmaga obrotu metabolicznego ustroju, nie powoduje zbędnego zwiększenia pracy komórek, lecz całkowicie zużyte być może na korzyść ustroju, bardziej ekonomicznie pracującego wtedy, niż w normie.

Na zakończenie przytoczyć warto ciekawe wyniki, jakie otrzymali *Pollitzer* i *Stolz* w badaniach swych nad p. prz. mat. i sw. dyn. działania pokarmów w dusznicy oskrzelowej. Stwierdzili oni, mianowicie, że podczas napadu dusznicy p. prz. mat. jest wzmozżona daleko wybitniej, aniżeli by to z samej tylko nadczynności mięśni oddechowych wynikać mogło. Sw. dyn. wpl. białka bywa tu również daleko wyższy, aniżeli w normie, co stwierdzić się jednak daje tylko w okresach między napadami, albowiem podniesienie p. prz. mat. w napadzie samym maskuje wpływ na sw. dyn. działanie białka. Jednym słowem, wzmożenie metabolizmu obok nadwrażliwości metabolicznej w stosunku do białka cechuje tę sprawę chorobową. Tłomaczą to autorzy zaburzeniem w jakimś wspólnym mechanizmie, regulującym te czynności. Ale podawanie minimalnych — i to indywidualnie ściśle określonych dawek jodu (od 1 do 3—4ch mlgr. dziennie) w zastrzyku powoduje zahamowanie tego mechanizmu i powrót stosunków do normy. Nieznaczne przekroczenie jednak tej dawki działa znowu podniecająco. Zarówno hamujące, jak i pobudzające dawki jodu są

ściśle indywidualne. Tak np. u jednych osobników wstrzyknięcie 1 mlgr. jodu działa hamująco, 3 — 4 mlgr. podniecająco; u innych dopiero 3 — mlgr. hamują, a 5 mlgr. — pobudza mechanizm regulujący.

Z tego ogólnego przeglądu, w którym z braku czasu i miejsca można było uwzględnić tylko rzeczy najważniejsze, wynika, jak doniosłe znaczenie posiada wprowadzenie do kliniki pomiarów p. prz. mat. Pozwoliło ono nietylko pogłębić zrozumienie wielu zjawisk fizjo—i patologicznych, nie tylko rzuciło nowe światło na wiele spornych zagadnień i kwestyj, ale otworzyło nowe horyzonty dla badań, stworzyło wiele nowych pojęć różniczkowo-rozpoznawczych i leczniczych. Pomijając już sprawę schorzeń tarczycy, z której większość tych badań narodziła się poprostu, wymienię tutaj stosunek p. prz. mat. do przysadki i jej schorzeń, sprawę nowej dietyki cukrzycy, możliwość ściśle ustalenia i różniczkowania różnych typów otyłości, różniczkowanie pierwotnych i wtórnych zaburzeń wewnątrzwydzielniczych gruczołów płciowych i t. d.

Ostatnio zaś badania nad sw. dyn. działaniem białka stają się tematem licznych i ciekawych prac i dociekań, które stanowią, zdaje się, również obfite źródło nowych; nieoczekiwanych zdobyczy nietylko wiedzy teoretycznej, ale i czysto praktyczne znaczenie mających.

PÍSMIENICTWO.

- 1) E. F. Terroine, E. Zunz: *Le Metabolisme de base*. 1925. 2) Ch. Achard i L. Binet: *Examen fonctionnel du poumon*. 1922. 3) H. Pollitzer i Stolz: *Wien. Kl. Woch.* 1925; Nr. 17. 4) Tenże (*Ibid*): 1925, Nr. 30. 5) Liebesny: *Mediz. Klin.* 1922, Nr. 20. 6) P. Liebesny i H. Schwarz: *Wien. Med. Woch.* 1922, Nr. 45 (*Mitteilung*). 7) P. Liebesny i A. Vogel: *Klin. Woch.* 1923, Nr. 15 (*II Mitteilung*). 8) P. Liebesny: *Wien. Kl. Woch.* 1924, 20, (*III Mitteilung*). 9) P. Liebesny: *Wien. Kl. Woch.* 1924; Nr. 31 i 32; 10) P. Liebesny: *Kl. Woch.* 1925, Nr. 4; 11) P. Liebesny: *W. Kl. Woch.* 1925; Nr. 28; 12) E. F. Du Bojs: *Basal Metabolism in health and disease*; 13) Th. Brugsch i H. Rothman: *Mediz. Klin.* 1926, Nr. 8; 14) H. Pollitzer i Stolz: *Kl. Woch.* 1925, Nr. 44; 15) Fr. B. Talbot M. D. i M. Hendry: *Am. J. of Diseases of Children* 1925, v. 29, Nr. 6. 16) F. B. Talbot, A. J. Dalrymple i M. Hendry: *Ibid.* 1926; vol. 30, Nr. 4; 17) Maliva: *Wien. Arch. f. inn. Med.* 1924, Bd. 8, Hf. 3. 18) M. Reiss i R. Weiss: *Kl. Woch.* 1925; Nr. 46; 19) A. Oszacki: *Choroby przem. materji i energii u człowieka*; 1925; 20) S. Szule: *Lek. Wojsk.* 1925, Nr. 6. 21) A. Landau: *Leczenie jodem chor. Basedowa*. 22) Węgiertko: *odezyt w Warsz. Tow. Lek.* 1926 r.; 23) A. Landau i M. Fejgin: *P. Gaz. Lek.* Nr. 16; 1926 r.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

Stanisław KONOPKA, Bibliotekarz oficerskiej Szkoły Sanitarnej.—Polska Bjbljografja Lekarska za rok 1925—1926. Warszawa, 1926.

Oto wzór gorliwości godnej najwyższej pochwały, owoc wytrwałej, skrzętnej, prawdziwie benedyktyńskiej pracy, jaki składa nam autor w darze gwiazdkowym. Rzeczywiście, rzeczowej oceny tego trudu niepospolitego podjąć mógłby się ten tylko, kto również jak sam autor byłby potrafił wtajemniczyć się w cały dorobek piśmiennictwa na polu medycyny polskiej za rok ubiegły. Sądzę jednak, że drugiego takiego niema na obszarze Polski. Że zaś przemilczeć tej pracy się nie godzi, przeto poczytuję sobie za obowiązek podkreślić na tem miejscu, że każdy lekarz polski wdzięczność mieć będzie praw-

dziwą dla kol. Konopki za jego mozolną robotę, którą podyktować mu mogła jedynie szczerą, bezinteresowną chęć służenia nauce, będąca pierwszym, najważniejszym a niezbędnym bodźcem w pracy naukowej. Spis prac, w alfabetycznym ułożeniu porządku według nazwisk autorów, a również według przedmiotu, stanowiącego treść prac przytoczonych, zdaje się być kompletny najzupełniej. Na kilkunastu przykładach sprawdziłem sumiennność, pilność i dokładność, cechującą pracę kol. Konopki. Strona zewnętrzna omawianej książki, wydanej nakładem Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego, nie nie pozostawia do życzenia. Wraz z podzięką dla autora należy wyrazić życzenie, aby wydawnictwo to rozwijało się, aby nie uległo losowi, często spotykanemu u nas, aby nieutknęło na pierwszym roczniku.

M. F.

Położnictwo i choroby kobiet.

J. VEIT. *Handbuch der Gynaekologie*. 9 tomów. Wyd. J. E. Bergmann, Monachium, 1926. Tom drugi. Sellheim. Higjena i dietetyka kobiety. J. Meisenheimer. Podstawy nauki dziedziczności.

Z dawnej ginekologii Veita ukazał się w 3-im wydaniu pod redakcją prof. Stoeckla 2-gi tom z 9-ciu zapowiedzianych, zawierający na 500 stronicach dwie większe prace, zasługujące na obszerniejsze streszczenie, jako mające styczność z medycyną wogóle, o wiele mniej z ginekologią, jako taką.

Na 350-ciu stronicach opracowuje Sellheim z Lipska wyłącznie higjenę i dietetykę, załączając na 20 stronicach bibliografię naukową przedmiotu, stanowiącą istną skarbnicę, nader ciężko w tej materji i w tym rozmiarze osiągalną przez lekarza, nawet najbardziej czytelnego i ogólnie wykształconego.

Z bardziej pouczających i oryginalnych zasługują na uwagę rozdziały omawiające: 1) wychowanie dziecka płci żeńskiej z uwzględnieniem przyszłej roli matki i wychowawczyni; 2) stan czynny specyficznej organizacji kobiecej; 3) małżeństwo (stosunek płciowy, regulowanie rozmnażania); 4) wypadanie wzgl. zakończenie czynności rozrodczych (bezdzietność, staropanieństwo, wdowieństwo, rozwództwo, okres przekwitania i starości); 5) wykształcenie i zawód w życiu kobiety (urzędniczy, przemysłowy, fabryczny), oraz zależność odeń płodności i zdrowotności; 6) ustrój i szaty niewieście, uchylenia od normy w budowie i kształtach, zaburzenia rozwojowe i odżywcze od ubiorów i obuwia zależne (piers, klatka, brzuch, stopa); 7) kultura i cywilizacja, nadużywanie przez nie sił kobiecych; 8) kultura ciała; 9) pielęgnowanie kobiety i jej sił rozrodczych.

Zwłaszcza nader udatny jest dział, wyjątkowo obficie ze stanowiska porównawczo-rasowego ilustrowany o kulturze ciała. Wszędzie zachowany jest wysoki poziom naukowy nawet tam, gdzie ton kaznodziejsko-popularyzatorski się naprasza.

Jeszcze bardziej na nutę ściśle naukową nastrojona jest praca Meisenheimera z Lipska o podstawach nauki dziedziczności ze stanowiska biologji nowoczesnej. Po wstępie, omawiającym podstawy cytologiczne przejawów dziedziczności, autor przechodzi do kreślenia: a) przebiegu dziedziczności w eksperymentach nad sztuczną hodowlą w państwie roślin i zwierząt; b) metodyki badania; c) praw Mendelowskiego rozszczepienia i uniezależnienia, d) problemu oznak poligennych, cech t. zw. **crossing over** i parareli cytologicznej. Rozdział o dziedziczeniu przez człowieka normalnych układów, potworności i zachorzeń wypadł względnie krótko, obszerniej natomiast dział, ze stanowiska teoretycznego dość ciekawy, o wybiórczości i możliwości przepowiadania płci, z licznymi schematami, wykresami, drzewami genealogicznymi i rysunkami wielobarwnymi, z mało dostępnych wydawnictw przyrodniczych zaczerpniętymi.

Spis alfabetyczny przedmiotów i cytowanych autorów obu prac obejmuje ostatnie kilkanaście stronic dość ciekawego i wymagającego uważnych studjów 2-go tomu wielkopomnej dziewięciotomowej ginekologii Veit — Stoeckla.

H. Higier.

G. COTTE i R. PEYCELON. *Technika przemocowania macicy sposobem Dolerisa*. (Gyn. et Obst. T. XIII, Nr. 4, 1926).

Już od kilku lat operacja Dolerisa lub Polloson-Rollanda z cięciem Pfannenstiela jest powszechnie przyjęta.

Autorowie wykonali tę operację około 500 razy, z dobrym wynikiem. Klasycznie więzadło obte zostaje wciągnięte ku górze przez powięź mięśni prostych w odległości 3 — 4 cm. od macicy. Jestto wtenczas na miejscu, gdy krezka jajowodowa jest długa; przy krótkiej krezce zaś, jajowód może się zgiąć. Prawda, że to zgięcie może później się wyrównać, ale kto może ręczyć, że następcza niepłodność po operacji Dolerisa nie jest skutkiem tego zgięcia jajowodu. Prócz tego zgięcie jajowodu może wywołać **hydrosalpinx** lub nawet **pyosalpinx**, jeżeli jakieś zarazki znalazły się w jajowodzie podczas operacji. Obserwacje niektórych autorów potwierdzają te przypuszczenia. Autorowie radzą przed zamknięciem brzucha sprawdzić układ jajowodów. W razie

krótkiej krezki wziąć więzadło obte dalej: 6 — 7 cm. od macicy.

L. Ebin.

E. DOUAI et A. SOISMORU. *Gruzołak szyi macicznej*. (Gyn. et Obst. T. XIII Nr. 4, 1926).

Jest to guz bardzo rozpowszechniony, lecz mało badany i mało opisywany. Jest to guz łagodny śluzówki szyi, a w szczególności jej gruczołów, który często przechodzi w raka. Gruzołak szyi macicznej jest często brany za niezbyt szyi macicznej. Według autora każda 5 chora, leczona na chroniczne zapalenie szyi macicznej, ma gruczołak. Rozpoznanie gruczołaka jest dość łatwe: śluzowe wydzieliny, szyja jędrniana i krwawiąca.

Gruzołaki bywają: umiejscowione, polipowe, torbielowate, rozlane lub torbielowato-rozlane (niektórzy nazywają to torbielowatym przerostem szyi macicznej).

Jeżeli przy badaniu lub przy spółkowaniu szyja krwawi, to rozpoznanie może być postawione tylko po badaniu drobnowidzowem. Trzeba wyciąć kawałek szyi, najwięcej podejrzany na raka, t. j. najwięcej twardą i krwawiącą część szyi.

Leczenie jest proste: albo wyciąć cały gruczołak przez amputację szyi macicznej lub wypalić termokauterem przy przeroście torbielowatym. Przy rozpoznaniu raka jedynie operacja Wertheima jest wskazana.

L. Ebin.

M. H. KEIFFER. *Fizjologja owodni*. (Bull. de l'obst. et de gyn. Nr. 5, 1926).

Z fizjologii jest wiadome, że maź (**vernix caseosa**) jest produktem wydzielin nabłonka owodni. Skóra płodu też wydziela trochę tłuszczu z gruczołów łojowych, a w szczególności z komórek naskórka. Płód swojemi ruchami w jaju zbiera na swojej skórze tłuszcz owodni.

Maź jest bogata w substancje białkowe, w cholesterydy i glicerydy. Substancje te są antyhemolityczne i antybakteryjne. Dlatego też nie powinniśmy wycierać mazi ze skóry dziecka. Skóra wchłania te substancje w przeciągu 8 — 12 godzin.

Autor wykazuje według statystyki, że liczba żółtaczek hemolitycznych u noworodków znacznie się zmniejsza, gdy dziecko po urodzeniu nie zostaje pozbawione mazi.

L. Ebin.

Choroby dzieci.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. *Pogadanki o zdrowiu dziecka*. Warszawa (Wyd. Księgarni J. Lisowskiej, 1927).

Pod powyższym tytułem ukazała się broszura o tendencji widocznie popularnej i przeznaczona zapewne przez autora dla najszerszych kół czytelników. Stwierdzić jednak należy, iż książeczka ta nie czyni zadość zasadniczym wymaganiom, stawianym tego rodzaju wydawnictwom. Uderza w niej przede wszystkim brak jednolitej myśli przewodniej. Obok bowiem rozdziałów, przeznaczonych dla matek i osób pielęgniujących niemowlęta („O niemowlętach“, „O kąpeli oseska“), znajdujemy nprz. oryginalny rozdział „O naturze dziecka“, w którym daje autor wytyczne lekarzom — pedjatom (po za uwagami, przeznaczonemi chyba dla władz sanitarnych wojskowych).

„Pogadanki“ dają mało praktycznych wskazówek z dziedziny zdrowia dziecka, wskazówek, których w nich szuka niewątpliwie czytelnik. O ile wyczerpująco i dokładnie podany jest opis kąpeli niemowlęcia, o tyle zbyt pobieżnie i elastycznie potraktowane są inne ważne kwestje, co więcej, niektóre wskazówki nie są zgodne z ogólnie obecnie szerszonymi zasadami higieny (nprz. zalecanie smoczka lub kołyski w celu uspokojenia niemowlęcia str. 21).

Pisząc o chorobach zakaźnych wieku dziecięcego, powinien był autor obszerniej omówić tak bardzo w obecnej chwili ogół interesującą sprawę zapobiegania chorobom zakaźnym, a więc przede wszystkim uodparnianie przeciw szkarlatynie.

Niewystarczająco również omówiono profilaktykę gruźlicy. — Zaznaczyć wreszcie należy, że w popularnej broszurze zbędne są liczne cytaty w obcych językach, które utrudniają niezmiernie mniej wykształconemu czytelnikowi zrozumienie myśli autora, a któremi przepełnione są pogadanki.

Pod względem formy rażą pewne wyrażenia, jak: trza,

pętów, lekarz praktyczny, uderzenie drągiem desperackiego ewenementu i t. p.

W i e r z b o w s k a .

Prof. Dr. LANGSTEIN. *Dystrophien u. Durchfallkrankheiten im Säuglingsalter*. Wyd. G. Thieme Lipsk 1926.

Wybitny pedjatra postawił sobie za cel udostępnienie szerokiemu ogółowi lekarskiemu znajomości jednego z najważniejszych działów patologii dziecięcej, a m. zaburzeń w odżywianiu, działu, którego doniosłość dotychczas przez wielu lekarzy niedostatecznie jest zrozumiana.

Różne momenty składają się na to, aby podtrzymać panujący w tej dziedzinie chaos: wciąż rosnące olbrzymie piśmiennictwo, powstawanie coraz nowych, na różnych punktach widzenia opartych, klasyfikacji, częste zmiany w poglądach na szkodliwość poszczególnych składników pożywienia, stąd ciągle modyfikacje skomplikowanych mieszanek dla niemowląt zdrowych i chorych. Klasyfikacja autora obejmuje 2 grupy. Pierwsza grupa dotyczy stanu odżywiania. Autor odróżnia tutaj: entroję, t. j. stan normalny, dystroję, t. j. stan, w którym waga i jej krzywa są niezadawalające, i atroję, t. j. wybitny stan wyniszczenia, który odpowiada mniej więcej dekompozycji Finkelsteina. Dystrofia powstaje pod wpływem konstytucji, różnych chorób, wcześniactwa, złych warunków zewnętrznych, najczęściej pod wpływem żywienia nieodpowiedniego pod względem ilościowym lub jakościowym. Druga grupa — to zaburzenia, przeważnie ostre, w których na pierwszy plan wysuwa się biegunka, (dyspepsja z klasyfikacji Finkelsteina) od lekkiej do ciężkiej, z objawami toksycznymi. Zaburzenia te występują łatwo u dzieci dystroficznych. Wartość tego rozdziału podnosi jasny i prosty opis: tworzenia się stolców prawidłowych i patologicznych, całego procesu trawienia, zaburzeń w równowadze pomiędzy fermentacją i gniciem w przewodzie pokarmowym oraz roli drobnoustrojów w trawieniu.

Opis ten niezmiernie ułatwia zrozumienie patogenezy biegunki i wskazuje drogę do jej prawidłowego leczenia. Omawiając metody sztucznego żywienia, autor podkreśla konieczność stosowania mieszanek tak prostych, aby można je było z łatwością przyrządzać poza kliniką, a więc zaleca mleko rozcieńczone 1:1 i 2:1 z dodatkiem węglowodanów od 5% wzwyż. Dla chorych niemowląt mieszanek te modyfikuje też w sposób prosty przez dodawanie węglowodanów trudnofermentujących, względnie preparatów białkowych. W przypadkach cięższych jako jedyne pożywienie lecznicze sztuczne stosuje maślanekę. L. jest przeciwnikiem żywienia niemowląt zapomocą mieszanek skoncentrowanych jak papka Morro, Dubo, stężone mleko białkowe, które niejednokrotnie prowadzą do obniżenia tolerancji i powstawania biegunek, zwłaszcza u noworodków i wcześniaków. Najodpowiedniejsze żywienie jest to, które przy minimalnych dawkach daje normalny przyrost wagi.

Występuje też autor przeciwko tak modnemu obecnie, zbyt wczesnie i w zbyt dużych ilościach stosowanemu podawaniu witamin. Na uwagę zastępuje pogląd autora na dietę głodową, która dawniej stosowana była przesadnie, obecnie zaś zaleca się w sposób zbyt ostrożny: poniżej 12 godzin głodówki, bowiem, nie mogą ustąpić objawy toksyczne, ani obniżyć się wydzielanie soków trawiennych, a więc pożądana zmiana podłoża dla drobnoustrojów.

Książka napisana jest w sposób niezmiernie prosty, stylem jasnym, ilustrowana pięknymi krzywami i fotografiami oraz pouczającymi przykładami. Zadanie swoje spełnił autor znakomicie.

Marta E r l i c h ó w n a .

Albert H. ROWE. *Dychawica oskrzelowa u dzieci i młodzieży*. (Am. J. Dis. Childr. 1926. Nr. 1).

Liczne zaburzenia przewodów oddechowych u dzieci zależą od uczulenia organizmu na pewne substancje proteinowe. Do tych schorzeń należy przedewszystkiem astma, często mylnie rozpoznawana jako zapalenie oskrzeli lub płuc. Badanie wrażliwości skórnej na proteiny u chorych na astmę dało autorowi w wyniku 95% dodatnich odczynów u 110 pacjentów. Badania wykonywane były z dużą liczbą próbnych protein (przeszło 400) i powtarzane kilkakrotnie w razie ujemnych

wyników. Najwięcej przypadków astmy było wrażliwych na pyłek roślinny i na emanacje zwierząt. Leczenie przy stałym współdziałaniu pacjentów dało zadawalające wyniki w 91% przypadków. Leczone, usuwając z otoczenia wzgl. z diety białka uczulające oraz stosując swoistą desensybilizację. Zabiegi operacyjne w nosie i gardle nie są wskazane u chorych na astmę; niepotrzebne jest stosowanie zmiany klimatu.

M. P-W.

S. PILOT i S. HARR. *Badania bakterjologiczne przewodów oddechowych. Paciorkowce hemolizujący w gardle i migdałkach dzieci* (Am. J. Dis. Child. 1926. Nr. 1).

Badanie bakterjolog. wyciętych migdałków wykazało obecność paciorkowca hemolizującego u 89,3% badanych dzieci w wieku od 2 do 6 lat. u 55% zaś w adenoidach tychże samych dzieci. Rezultat ten zgadza się z poprzednimi badaniami autorów, wykonanymi u dzieci w wieku od 5 do 16 lat i u dorosłych. Drobnoustrój ten wchodzi więc w skład normalnej flory bakteryjnej migdałków i adenoidów i staje się przyczyną licznych schorzeń (lub też komplikuje schorzenia istniejące) w razie obniżenia ogólnej odporności organizmu.

M. P-W.

Choroby dróg moczowych.

H. STRAUSS. *Die Nephritiden und nichtentzündlichen Nierenerkrankungen. (Zapalenie nerek i niezapalenie ich schorzenia)*. Berlin, 1926, Urban i Schwarzenberg.

Książka ta o nieco zmienionym tytule zjawia się w przeciągu 10 lat w czwartym wydaniu. — Świadczy to o żywotności tego znakomitego, przejrzyście ułożonego podręcznika. Szczególnie pedagogicznie jest przedstawiona metodyka leczniczego badania wydolności nerek. Autor z pośród mnóstwa nowych prób wybiera tylko praktycznie ważne. Strauss, wybitny znawca spraw nerkowych, że wspomnę o jednoczesnych z Widalem pracach o roli NaCl i azotu resztkowego, stara się z powodzeniem wyjaśnić znaczenie tej lub innej próby, objawu lub metody leczniczej, nie wdając się zbyt w hipotezy. To też książkę tę można polecić zarówno studentowi, jak i lekarzowi praktykowi, jako doskonały podręcznik chorób nerkowych krwiopochodnych.

M. L.

BÉLA v. RIHMÉR. *Wnioski kliniczne w sprawie patogenezy okrężniczego zapalenia miedniczek nerkowych*. (Wien. Med. Woch. Nr. 38. 1926).

Autor rozpatruje przyczyny wstępującego oraz zstępującego zapalenia miedniczek nerkowych i przychodzi do wniosku, że zapalenie wstępujące miedniczek nerkowych bywa bardzo rzadko spostrzegane, za czym przemawia częste zapalenie pęcherza moczowego niepowikłane zapaleniem miedniczek. Jedyne wady rozwojowe moczowodów, powodujące zastój moczu, mogłyby sprzyjać wstępującemu zapaleniu miedniczek.

Częstszym o wiele jest zapalenie miedniczek na drodze zstępującej, przy czem punktem wyjścia bywa przewód pokarmowy. Zapalenie miedniczek występuje przeważnie u osób, ku temu usposobionych, a usposobienie to może być wrodzone — *habitus asthenicus* — lub nabyte, mianowicie, we wszystkich cierpieniach, sprzyjających zastojowi w przewodzie moczowym, bądź pokarmowym. Za przyczynę zaś nielicznych innych przypadków zapalenia miedniczek autor skłonny jest uważać specjalną złośliwość szczepu drobnoustrojów.

M. M a r k s o n ó w n a .

H. RUBRITIUS. *Zakażenie dróg moczowych prątkiem okrężnicy a pokrzywką*. (Wien. Med. Woch. Nr. 39, 1926).

Autor zwraca uwagę na pewien związek pomiędzy zakażeniem dróg moczowych prątkiem okrężnicy a pokrzywką. Wszystkie przypadki pokrzywki dotyczyły osób dotkniętych bądź zapaleniem miedniczek nerkowych, bądź roponerczem. U jednej pacjentki napadom pokrzywki towarzyszyło zwykle nasilenie bólów w okolicy chorej miedniczki oraz zmniejszona ilość moczu, co by przemawiało za zatkanie zmienionej miedniczki. W dwóch przypadkach napad pokrzywki wystąpił po operacji usunięcia nerki wskutek roponercza i za każdym ra-

zem ustępował po otwarciu rany operacyjnej z chwilą ujęcia ropy nazewnątrz. Podobne stosunki zachodziły też w 2 przypadkach, obserwowanych przez autora, a mianowicie, zawsze nadmierne bujanie prątków okrężnicy, czy to w zatkanej miedniczce, czy w zamkniętej ranie operacyjnej, sprzyjał powstawaniu pokrzywki, kiedy do krwi dostawały się bądź prątki okrężnicy, bądź ich toksyny w nadmiernej ilości. — Pokrzywka w tych przypadkach występuje tylko u osobników, specjalnie ku niej usposobionych.

M. M a r k s o n ó w n a.

L. CASPER. **Krwawienia nerkowe i miedniczkowe.** (Wien. Med. Woch. Nr. 39, 1926).

Autor rozpatruje t. zw. samoistne krwawienia z nerek, przyczem uważa, że czystych postaci samoistnych krwawień nie spotykamy, że zawsze mamy do czynienia z jakąś przyczyną krwawienia. Do najczęstszych zalicza autor ogniskowe zapalenie nerek „nephrite parcellaire“. Z pośród innych rzadkich przyczyn wylicza następujące: tętniak tętnicy nerkowej, brodawczak miedniczki, zapalenie wyrostka robaczkowego, ziarniste zapalenie miedniczek nerkowych (pyelitis granulosa), wszelkie stany zakaźne, zmęczenie, długie marsze, zwracając szczególną uwagę na miażdżycę naczyń miedniczkowych. Autor opisuje jeden przypadek zbadany i obserwowany przez siebie oraz dwa inne, opisane w literaturze.

W pierwszym przypadku przez wyłączenie wszystkich możliwych przyczyn krwawienia, na zasadzie dużego parcia krwi oraz dobrego stanu ogólnego i bardzo przewlekłego przebiegu cierpienia, autor utrzymuje, że przyczyną krwawienia była miażdżycza. W dwóch pozostałych przypadkach nie rozpoznano przyczyny krwawienia za życia i dopiero badanie pośmiertne wykazało zmiany miażdżycowe tętnic miedniczkowych. Nie każdy zatem przypadek krwimoczny, według autora, daje złe rokowanie.

M. M a r k s o n ó w n a.

Dora TELEKY. **Zaburzenia pęcherzowe u młodych dziewcząt.** (Wien. Med. Woch. Nr. 39, 1926).

Autorka obserwowala 25 przypadków zaburzeń pęcherzowych u dziewcząt pomiędzy 13-ym i 18-ym rokiem życia. Skargi chorych prawie zawsze polegały na bólach w okolicy pęcherza oraz parcia na mocz, nasilającym się w okresie przedmiesiącznym. — Badanie zwykle wykazywało stosunki prawidłowe, a cystoskopia przekrwienie trójkąta Lieutauda. Autorka skłonna jest uważać powiększenie się macicy w wieku dojrzewania płciowego oraz jej przekrwienie w okresie przedmiesiącznym za przyczynę tych dolegliwości. W powyższych przypadkach radzi stosować sodę, djetę niedrażniącą, ciepłe nasiadówki.

M. M a r k s o n ó w n a.

A. ALBERTINI. **O miejscowym amyloidzie cewki moczowej.** (Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie. Tom 33, zes. 2, str. 248).

Podczas gdy ogólna skrobiawica jest nieomal codziennie spostrzegana na stole sekcyjnym, ze skrobiawicą poszczególnych narządów spotykamy się bardzo rzadko. Etiologia ogólnej skrobiawicy naogół jest znana, pochodzenia zaś miejscowej skrobiawicy dotychczas nie znamy.

Nieznane są również chemizm oraz geniza skrobiawicy. Poprzestajemy na razie na kilku hipotezach (Neuberg, Hansen, Leopold, Eppinger), które zgadzają się w tem, że macierzystą substancją amyloidu są produkty białkowe, ze skrobiawica powstaje naskutek zakłóconej przemiany tychże.

Amyloid miejscowy według Werdt'a i Edens'a najczęściej występuje w drogach oddechowych. Spotykano również odosobniony amyloid języka i serca. Autor opisuje rzadki przypadek amyloidu cewki moczowej. Jest to 2-ci przypadek w piśmiennictwie, pierwszy opisał Herxheimer i Reinhart, drugi Filip. Przypadek Albertiniego dotyczył 73 letniego starca, który przechodził przed 48 laty rzeżączkę. Chory od 5 lat miał dolegliwości pęcherzowe i zaburzenia w oddawaniu moczu. Od 3 tygodni mocz mętny i cuchnący oddawał z wielką trudnością, niekiedy tylko krcplami. W moczu stwierdzono obecność ciałek ropnych, krwinek, tudzież ślady białka. Obmacywanie cewki moczowej

stwierdziło jej sztywność i zgrubienie w części zwisającej. Zwięziony kanał rozszerzano zapomocą świeczek. Po pewnym czasie pacjent ponownie zwrócił się do szpitala z powodu zupełnej niedrożności cewki moczowej, ta ostatnia dorównywała grubości keiuka. Dokonano wówczas operacji rzeżeczki cewki moczowej wraz z ciałami jamistymi, od których nie można było wyseparować cewki. Wylot cewki moczowej wszyto w okolicę opuszki w skórę krocza.

Badanie histologiczne wykazało przewlekłe zapalenie cewki i obecność amyloidu.

Przypadek tej rzadkiej postaci skrobiawicy cewki moczowej autor uzależnia od przebytej rzeżączki i jest nawet zdania, że należy zwracać baczną uwagę na rzeżączkę w etiologii skrobiawicy cewki moczowej.

S. H r o m.

Choroby oczu.

Prof. Kazimierz MAJEWSKI, Jaglica.

Monografia ta została wydana przez Bibliotekę Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. Redakcja biblioteki obiecuje w krótkich monografiach poruszać najżywniejsze dla lekarza-praktyka sprawy ze wszystkich dziedzin medycyny w sposób nie nużący. Pierwszą właśnie taką monografią jest jaglica, napisana przez prof. Majewskiego, który najzupełniej się zastosował do ram, nakreślonych przez redakcję, i w sposób dostępny poruszył przebieg jaglicy, etiologję, anatomję patologiczną, rozpoznanie różniczkowe i leczenie.

Tak doskonale opracowanej monografji o istocie jaglicy, któraby szczęśliwie pominęła rozmaite zawiąlane kwestje z tej dziedziny, zbyteczne dla lekarza - praktyka, dotychczas w naszej literaturze nie było. Powinni ją przeczytać nie tylko lekarze—praktycy, ale i lekarze powiatowi, szkolni, którzy w ostatnich czasach coraz częściej się spotykają z tem epidemicznie u nas panującym schorzeniem oczu.

A. S z w a r e.

A. CHAUFFARD, A. GRIGAUT i N. NIDA. **Przypadek wybitnej poprawy cukrzyczego zapalenia siatkówki pod wpływem leczenia insuliną.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. N. 17. 1925).

Znaczna większość spostrzeżeń cukrzyczego zapalenia siatkówki dotyczy chorych, dotkniętych nie tylko cukromoczem, ale jednocześnie i białkomoczem. Przypadki czystego glikozurycznego zapalenia siatkówki spotyka się w klinice bardzo rzadko.

Autorzy opisują chorego, dotkniętego czystem cukrzyczem zapaleniem siatkówki, nie wykazującego żadnych objawów cierpienia nerek, ani wzmózonego ciśnienia naczyniowego. Badanie oftalmoskopowe wykazało charakterystyczne białe plamy na siatkówce, zależne, według autorów, od miejscowych złogów lipoidalnych. Stan wzroku chorego po zastosowaniu insuliny poprawił się nadzwyczajnie. Jest to pierwszy opisany przypadek uszkodzenia siatkówki, wyleczonego insuliną.

Autorzy uważają, że wybitna poprawa tego cukrzyczego zapalenia siatkówki jest wynikiem wpływu insuliny na metabolizm tłuszczowy, gdyż liczba białych plam na siatkówce zmniejszała się jednocześnie z obniżaniem się poziomu cholesterolynemji i lipemji, który opadł nawet poniżej normy.

Przypadek ten wykazuje, że leczenie insulinowe dosięga w swem działaniu, terapeutycznym nie tylko lipidów krążących, ale nawet i lipidów tkankowych, i że wpływa ono jednocześnie na metabolizm węglowodanowy i tłuszczowy, które są zresztą ściśle ze sobą związane.

J. T y p o g r a f.

Choroby nerwowe i psychiczne.

W. M. BECHTEREW. **Tory mózgu i rdzenia.** Wydawnictwo Państwowe, wyd. 3, T. I str. 496 (rosyjskie). Moskwa — Leningrad 1926.

Słynny podręcznik prof. Bechterewa, którego pierwszemu wydaniu 1892 r. w Kazaniu, gdzie młody podówczas docent wykładał neuropatologję, ukazał się w 3-im wydaniu

po zupełnym wyczerpaniu w handlu księgarskim poprzednich wydań zarówno rosyjskich, jak licznych na języki europejskie tłumaczeń, 70-letni akademik petersburski poświęca pierwszy tom swojej pracy, obejmującej blisko 500 stronic, *Flechsigowi*, sędziwemu nauczycielowi swojemu, byłemu dyrektorowi kliniki psychiatrycznej w Lipsku.

Stuszenie zaznacza autor, że w czasie obecnym żaden neurolog, zarówno praktyk, jak teoretyk, nie może rozprawiać o czynnościach mózgu lub rdzenia, nie znając mechanizmu przewodnictwa i torów, przewodzących bodźce zewnątrz- i zewnętrznie w rozmaitych kierunkach. Pierwszy tom, który się ukazał w druku, omawia wyłącznie metodykę badania włókien i pęczków rdzenia i pnia mózgowego, stc-sunek wzajemny istoty białej i szarej w różnych odcinkach i obrębach układu mózgowo-rdzeniowego, 318 rysunków — wprawdzie nie bardzo artystycznych, gdyż na mniej niż mierzonym papierze odbitych — zdobi książkę. Bardzo celowe uzupełnienie stanowią dołączone do tekstu i za nim umieszczone 30 rysunków *Pinesa*, ucznia *Bechtera* w, wtajemniczając w misterną budowę i topografię pnia. Wynosi się ogólne wrażenie, że mimo zapewnienia autora o licznych przeróbkach i uzupełnieniach dawnych wydań, *Bechtere* w zbyt nię się trzymał pierwowzoru swojego. Na usprawiedliwienie autora można twierdzić, że główne piśmiennictwo odnośne — z wyjątkiem dotyczącego terenów pozapiramidowych — zawdzięcza powstanie swoje nie ostatniemu, lecz ubiegłemu dziesięcioleciu.

H. Higier.

SECLERT Hans. Dr. prof. Wstęp do badania psychiatrycznego. (G. Thieme. Lipsk. 1926).

Książka ta ma być uzupełnieniem wykładów i podręczników psychiatrycznych: uprzystępniając badanie psychiatryczne u łóżka chorego wogóle, ma ona je uczynić celowym oraz ustalić stosunek tego badania do objawu chorobowego i rozpoznania. Sama sprawa badania postawiona jest przez autora szeroko i, jak to widać z opisu rozdziałów, przekracza granice zwykłego cnię metod badania w tego tynu podręcznikach. Po badaniu dziedzin uczucia, uwagi, świadomości, mvslenia, dziedzin psychoruchowej oraz po badaniu cielesnem następują dalsze rozdziały: o stosunku objawów chorobowych do trwbu życia i przzwzważeń chorego (aktywne wywiady); o badaniu porzucia choroby i zdawaniu sobie z niej sprawy; o orientowaniu się w dotychczasowym przebiegu choroby; o patogenezie w związku z badaniem (konstytucja, dziedziczność, wewnętrz- i zewnętrz- -nochośność); o ogólnych zasadach badania: badanie cielesne; wreszcie specjalny rozdział poświęcony afazji, anaksji i agnozji. Do książki dodane są trzy obrazki dla badania zdolności intelektualnych.

Książka, niezmiernie dokładnie i szczegółowo opracowana, ma na sobie piętno różnic-niemieckiej szkoły psychiatrycznej (*Wernicke*). Autor nie uwzględnia w swej książce zupełnie treści psychoroz w sensie badań *Bleulera* i *Jung* a i nie zwraca uwagi badającego w tym kierunku. A szkoda: obszerny ustę o badaniu mimiki w rozdziale o afektach zyskałby dużo na tem uzupełnieniu.

Nelken.

Radijologia.

ZAKRZEWSKI—WACHTEL. O leczeniu promieniami radium. Kraków. Gebethner i Wolf, 1925 (str. 174).

Książka składa się z 2 części, z których każda, opracowana przez innego autora, stanowi pewną całość.

W pierwszej części (fizycznej) p. t.: „O pierwiastkach promieniotwórczych“ (od str. 1 do 61) prof. Dr. Konstanty *Zakrzeski* podaje w krótkości historję odkrycia pierwiastków promieniotwórczych, metody ich badania, omawia własności wysyłanych przez nie promieni alfa, beta i gamma, przedstawia zwięźle i jasno zasadnicze zjawiska promieniotwórczości w świetle spóczesnej teorii atomów.

Druga część, opracowana przez D-ra H. *Wachtla* p. t.: „O leczeniu promieniami radium“ (od str. 62 do 174), obejmuje zastowanie ciał promieniotwórczych w lecznictwie.

Autor omawia rozmaite postaci należących tu czynników leczniczych, sposoby ich stosowania (metodykę i technikę), podaje zasady fizyczne i podstawy biologiczne curieterapij, wskazania i wyniki lecznicze, przyczem powołuje się często na statystykę i poszczególne przypadki z praktyki przeważnie obcych autorów. Szczególnie obszernie (na 17 stronach) opracował autor leczenie radem raka szyi macicy, — bezsprzecznie jeden z najważniejszych tematów curieterapij. W rozdziale tym znajdujemy omówienie stosunku operacji *Wertheima* do leczenia radem, któremu autor przyznaje wyższość, a wskazanie do operacji *Wertheima* ogranicza tylko do przypadków wyjątkowych. Zapatrywanie to spotka się niewątpliwie ze sprzeciwem większości ginekologów. Również nie można się zgodzić z kategorięcznie wypowiedzianem przez autora zdaniem, że „promieniami *Röntgena* można usunąć raka macicy tylko w zupełnie wyjątkowych przypadkach, gdyż promienie ultraprzenikliwe, uzyskiwane przy pomocy bardzo potężnych aparatów rentgenologicznych, ani w przybliżeniu nie dorównują twardości promieniom gamma radu“. W tekście II części znajdują się 24 ryciny, służące do objaśnienia zasad fizycznych i metodyki curieterapij; rycin, ilustrujących wyniki leczenia, brak. W końcu II części jest zestawienie piśmiennictwa najważniejszych prac podręcznikowych curieterapij do roku 1924 włącznie. Analogicznego zestawienia prac podręcznikowych: „o pierwiastkach promieniotwórczych“ autor I. części nie podaje, aczkolwiek byłoby na miejscu i bardzo pożądane przytoczenie kilku najważniejszych prac tego rodzaju, tem bardziej, że istnieją już bardzo wczesne (z r. 1904) opracowania całokształtu przedmiotu w języku polskim.

Praca D-ra *Wachtla* pod względem rzeczowym przedstawia dużą wartość, jednak pod względem językowym można jej niejedno zarzucić. Szczególnie rażą wyrażenia niewłaściwe i niejasne, a przedewszystkiem liczne (niemal na każdej stronie po kilkanaście) wyrazy obce, które mogłyby być zastąpione powszechnie używanymi wyrazami polskimi. Oto przykłady: „rozwój curieterapij poszedł w kierunku wyo-sobnienia promieni gamma radu“ (str. 69); „promieniowania absorbują się (!) znacznie intensywniej“ (str. 74); „mamy do czynienia z procesami chorobowymi o znacznej pojemności“ (!) (str. 75); „staruszka obarczona (!) starem vitium cordis, która podczas aplikacji radu z powodu carcinoma uteri umarła na apopleksję“ (str. 149); „śmierć chirurgiczna (!), o ile musiała być tolerowana jako malum necessarium tam, gdzie istniał tylko dylemat: wytrzymać i wyzdrowieć albo z pewnością zginąć — przestaje być usprawiedliwioną, o ile dylemat dzięki powstaniu innej metody leczniczej stracił swą słuszność“ (str. 150); „dawkę powinno się aplikować jak przy carcinoma, ponieważ każda hypertrophia prostatae jest podejrzana na złośliwość“ (str. 167); „przez otwór tracheotomji lub co lepsze jeszcze, drogą laryngofissury dokonuje się rado-punkcji tumorów endolaryngealnych“ (str. 136); „blizny depigmentowane“; „obliteracja światła naczyń“; „prowienien-cja radu“; „przykrywa jest dymensjonowana“; „znaczenie so-cjalne“; „przekontrolować“; „rurki kapilarne“; „definitywny efekt“; „sarcoma jest obiektem leczenia“; „ilość przypad-ków operabiles jest“; „wysokocenny rad“ (z niemieckiego „hochwertig“); „ekstirpacja tumorów“; „struma proliferu-je“; „inicyzja skóry“; „tkanka zostaje substytuowana“; „propagacja procesu infekcyjnego“; i t. d. — Jeżeli wyrazy obce, które można zastąpić swojemi, rażą w każdej pracy naukowej, to makaronizm językowy działa szkodliwie i wręcz gorsząco.

Naogół jednak praca wymieniona jest poważnym do-robkiem polskiego piśmiennictwa radiologicznego, tem cenniejszym, że jest ona pierwszym polskim podręcznikiem curieterapij. Znajdujemy w nim zwięźle i jasne przedstawienie własności fizycznych ciał promieniotwórczych i zastosowania ich w lecznictwie według spóczesnego stanu nauki.

Bronisław Sabat.

MAIRE, ANDRÉ. Czego wymaga rentgenolog od klinicysty. (Gaz. des hôp. civ. et milit. r. 99, Nr. 14, 1926).

Rentgenolog winien żądać krótkich danych klinicznych, bez których badanie staje się niemożliwym. Jednocześnie klinicysta winien odpowiednio przygotować chorego do badania (autor widocznie ma na myśli badanie przewodu pokarmowe-

go), powstrzymując wszelkie podawanie wewnętrzne środków kontrastowych, jak jod, brom, bismut, i powstrzymując się od zaleceń, upośledzających normalną czynność narządów wewnętrznych.

B. K.

CAHEN et DELPORTE. Leczenie radem raków macicy. (Scalpel. rocznik 79. Nr. 7, 1926).

Wyniki stosowania radu w przypadkach, nadających się i nie nadających się do operacji, z wyjątkiem przypadków z przetokami do odbytnicy lub pęcherza moczowego. Technika naświetlań dwuetapowa. 1) Zakładanie radu do pochwy (rozszerzenie szyi, założenie 2-ch rurek radowych do macicy na przeciąg 12 — 14 dni). Po ustąpieniu nacieczenia i upławów następuje etap 2). Naświetlanie radem od strony powłok brzusznych, laparotomia, przedostanie się przez przednią warstwę więz. obłego, umocowanie preparatów radowych i wkłucie igieł do trzonu macicy powyżej *isthmus*. Tamponowanie dołu Douglasa i fałdy macicznopęcherzowej. Tampon przedni i preparaty radowe usuwa się na 6 dzień. Tampon tylny na 12-ty. Zdaniem autorów wyniki przewyższają znacznie operacyjne (Wertheima). Niestety, brak szczegółów technicznych co do ilości radu i jakości filtra.

B. K.

Choroby kości i stawów.

MORGENSTERN Jakób. Zapalenie stawów łuszczycowe i łuszczyca, towarzysząca cierpieniem stawów. (Wien. Archiv. f. innere Med. Bd. 12, H. 2 S. 273, 1926).

Zmiany stawowe w łuszczycy spotyka się częściowo jako przypadkową koincydencję, częściowo jednak w ścisłym związku z chorobą. Autor obserwował 4 przypadki. Pacjent pierwszy obarczony jest dziedzicznie łuszczycą. Przejawy skórne występują u niego równocześnie ze stawowymi. Obraz rentgenologiczny wykazuje zniekształcenie stawów palcowych, polegające na rozszerzeniu powierzchni stawowych skutkiem narośli kostnych. Szpara stawowa zwężona skutkiem resorpcji chrząstki. Manques laterales.

U drugiego chorego, o identycznym przebiegu klinicznym, obraz rentgenologiczny, poza powyższymi zmianami, wykazuje jeszcze i nadwichnięcia kości palców i śródreżca. W przypadkach 3 i 4-ym obraz rentgenologiczny bez zmiany. Obrazy rentgenologiczne kostne w łuszczycy nie są jednostajne i należy każdorazowo różniczkować z podobnymi schorzeniami stawowymi, koincydencja jest jednak bardzo wyraźna.

B. K.

Zapiski lecznicze.

Leczenie wapniowe upławów dziewiczych (fluor virginalis).

Podał

Eug. KRAJEWSKI (Katowice).

Upławy dziewicze, spotykane tak często u młodych kobiet, a nawet dziewczynek, mają przeważnie przyrodę niezapalną, lecz polegają na nadmiernem wydzielaniu śluzowo-suwowicem (*Hypersecretio*) trzonu macicy, rzadziej szyi i pochwy wskutek nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych (blednica, niedorozwój płciowy, maskulinizm i t. p.), zaburzeń nerwowych ogólnych (*neuropathia*, wyczerpanie fizyczne lub umysłowe), wreszcie wcale nierzadko wpływów psychogenicznych (obawa przed zajściem w ciążę, niezaspokojony popęd płciowy w okresie narzeczeństwa itp.). Jest to cierpienie często nader uporczywe, wymagające leczenia ogólnego wzmocniającego (kąpiele pełne solankowe, ruch na świeżem powietrzu, psychoterapia, preparaty arszenikowo-strychninowo-fosforowe, wyciągi z gruczołów dokrewnych np. jajników i t. p.). — mniej zaś

leczenia miejscowego, które u małych dziewczynek, ze względu na niekorzystny wpływ psychiczny, jest nawet wprost przeciwwskazane.

Znając przeciw wysiękowe działanie wapnia, postanowiłem wypróbować je w przypadkach powyższych uporczywych, stosując wstrzykiwanie dożylnie *calcium chloratum 10%* i to przez przeciąg 2 — 3 tygodni codziennie u młodych dziewcząt po 5 cm.³, u starszych po 10 cm.³. Wynik leczenia we wszystkich przypadkach był doskonały, nadmierne wylizanie śluzówki dróg rodnych (upławy) zmniejszyło się wyraźnie lub znikło zupełnie. i to, co ciekawsze, nie tylko w przypadkach pochodzenia nadwydzielniczego (*hypersekretorycznego*), ale nawet w przypadkach wysiękania śluzówek wskutek przewlekłego zapalenia trzonu macicy (*metritis chronica*), przydatków, wielowarstwowego zapalenia szyi macicznej i t. p., co wskazywałoby na działanie tu pewnego czynnika konstytucjonalnego, t. j. skazy wysiękowej narządów rodnych, na który to stan właśnie wapń wywiera wpływ dodatni. U dziewcząt wyniki leczenia, uzyskane przez stosowanie leczenia wapniowego, utrwalalem później wstrzykiwaniami podskórnymi trzech seryj Injeet. Strychnini Natr. glicerophosph. kakodylic.

Wskazówki praktyczne.

— H. Schottmüller z Hamburga zaleca w durze brzuszny przetaczanie krwi w ilości od $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ litra od rekonwalescentów po tyfusie, którzy przynajmniej od 3 — 4 tygodni nie gorączkują.

(Münch. Med. W. Nr. 42. 1926).

— Rausche zaleca w zapaści *Cardiazol*, który w normalnej dawce 0.1 działa równie dobrze podskórnie, jak i dożylnie, bo zwykle już po $\frac{3}{4}$ min., a najpóźniej po 3 — 4 minutach.

(Med. Klin. Nr. 43. 1926).

— Fidel Fernandez Martinez zaleca we wrzodzie żołądka i dwunastnicy bromek sodu doustnie po 2 — 3 gr. dziennie. W większości jego przypadków pod wpływem tego leczenia zmniejszyła się kwasota soku żołądkowego, bóle, zgaga, wymioty i zaparcie ustępowały, stan ogólny poprawiał się. W niektórych przypadkach zniknęły również dodatnie odczyn na krew w zawartości żołądka i kale.

(Paris Médical Nr. 35. 1926).

— Kazimierz Zieliński otrzymywał dobre wyniki, stosując autoterapię za pomocą płynu mózgowo-rdzeniowego w tych przypadkach duru osutkowego, gdzie zwykle leczenie w ciągu 7 — 8 dni nie dawało wyników (5 — 10 cm³ podskórnie lub dożylnie), oraz we wczesnych okresach wszystkich, a zwłaszcza niegruźliczych postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (2 — 5 cm³ podskórnie lub dożylnie, płyn mętny tylko podskórnie) i śpiączki nagminnej.

(Paris. Médical Nr. 38. 1926).

— Hans Schneider zaleca w żółtacze nieżytowej jnsulję, w zależności od stopnia ciężkości przypadku, do 3 r. dz. po 5 jednostek przy jednoczesnej ścisłej diecie węglowodanowej, kombinowanej z podawaniem cukru gronowego w ławatywach, a ewent. i dożylnie.

(Wien. Klin. W. Nr. 44. 1926 r.).

— Z powodu nowego przypadku otrucia borem, skutkiem użycia jako środka kontrastowego węgla baru

zamiast siarczanu, radzi *Weinberger* stosować stale na stępującą próbę: małą ilość substancji miesza się w próbówce z kilkoma centymetrami sześciennymi rozcieńczonego kwasu solnego. Siarczan baru nie ulega rozpuszczeniu nawet w

cieple, trujący zaś węglan baru rozpuszcza się, tworząc pecherzyki kwasu węglowego. Próba jest łatwa, szybka i wykonalna i zapobiega omyłkom.

(Med. Klin. Nr. 50, 1926).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z d. 28. X. 1926 r.

K a s z u b s k i. Teoria i praktyka ostatnich lat działalności Kas Chorych.

Po wojnie europejskiej żadna warstwa społeczna nie jest w stanie ponosić samodzielnie ryzyk społecznych. Dlatego ubezpieczenia społeczne organizuje powoli całe społeczeństwo. W stosunku do warstw silnych ekonomicznie odbywa się to w zamaskowanej formie — udzielanie kredytów, właśnie kapitału obrotowego i t. d.

Wobec tego Kasy Chorych mimo wszystkich wad i błędów zginąć nie mogą.

W polskiej ustawie o K. Ch. przewagę ma pierwiastek administracyjny, który bezceremonialnie wyzyskuje przewagę swoją do tego stopnia, że na 192 lekarzy (liczba otrzymana z istotnej liczby pracujących lekarzy w Warsz. K. Ch. t. j. z 470, gdyby pracował przeciętnie nie 3 g. dziennie, a 7, jak urzędnik) jest 666 urzędników administracyjnych, t. j. na 1 lekarza jest 3.5 urzędnika administracyjnego, na 1000 uprawionych do leczenia jest 1.1 lekarza, za to urzędników administracyjnych aż 4. Jeżeli lekarz przeciętnie przyjmuje 7 chorych na godzinę, to traci na chorego 9 minut; w tym czasie na papierki o nim marnują urzędnicy 32 minuty.

W tym układzie stosunków teoretycznie słuszne i życiowo uzasadnione wytyczne — system ambulatoryjny, ograniczony wybór lekarza — zadowolić nikogo nie mogą, bo administracja, pochłaniająca i marnująca fundusze, chce je odciąć na chorych i na lekarzach, na nich robić oszczędności. Ustanawia kontrolę nad kontrolą, które odstrasza wreszcie chorego zupełnie, lekarzy zmusza do przyjmowania jak największej liczby chorych.

Na tle niezadowolenia chorych i lekarzy rodzą się koncepcje kas zastępczych, zawodowych i t. d. Praktyka jednak takich kas zastępczych i zawodowych w Niemczech i Austrii wykazuje, że ich wady są jeszcze gorsze.

Nie trzeba więc myśleć o zmianie ustawy i wytycznych polskich K. Ch., bo są one bezwzględnie słuszne, a dążyć trzeba do zmiany ludzi zarządzających Kasami, t. j. starać się przeprowadzić do zarządów Kas uczciwych fachowców.

J u s t m a n. Czem jest, a czem winna być Kasa Chorych. (Odczyt in extenso zostanie pomieszczony w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu listopadowym Akademii Lekarskiej w Paryżu *Arloing* i *Dufourt* donieśli o zmiennej jadowitości przesyłanego jadu gruźliczego.

Zaszczepiając świnkom morskim przesączę tworów gruźliczych ludzkich, spostrzegali u zwierząt 3 postaci zakażenia: poza rzadką gruźlicą guzkowo-serowaciejącą i częstszym ogólnym zakażeniem swoistym gruczołów chłonnych z charakterem śmiertelnym — widywali również zakażenie przemijające krótkotrwałe, bez zmian w stanie ogólnym. Ostatnią postać zakażenia można było wykryć tylko zapomocą skórnegu odczynu tuberkulinowego. Badania te, potwierdzone przez *Calmette*a i jego współpracowników, mają duże znaczenie w związku z zagadnieniem dziedziczenia jadu gruźliczego drogą zakażenia poprzez łożysko.

(Presse Méd. 1926, Nr. 97).

13 — 16 października odbyło się w Berlinie 6. Zebrań Tow. specjalistów chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji. Wygłoszono między innymi referaty następujące:

E. P i e k. Stosunek gospodarki wodnej i mineralnej do chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji.

Przymywanie płynów ulega regulacji w ścianie jelit. Zależy ono od mniejszej lub większej przepuszczalności ściany jelitowej. Mogą je zwiększać ciała, które wytwarzają się w rozmaitych narządach, jak również ciała, powstające przy trawieniu i przyjmowane z zewnątrz. W tym kierunku działają: insulina, wydzielina gruczołów przytarczycznych i rozmaite witaminy. Płyny umieszczają się głównie w mięśniach ciała. O pierwsze odciążenie nadmiernych ilości płynów dba mięśń śledziony, szczególnie zaś wątroba, która działa, jako układ śluz. Tuczaniu węglowodanami towarzyszy wiązanie wody, tłuszcze zaś prowadzą do odwodnienia. Zawartość wody we krwi reguluje ośrodek wodny, znajdujący się w międzymózgowiu. W warunkach chorobowych ośrodek ten znajduje się w stanie nadmiernej pobudliwości, z tego powodu już bodźce słabe, normalnie nie działające, pobudzają pragnienie i w ten sposób powstaje moczówka prosta. Ośrodek wodny znajduje się pod wpływem hamującym hormonu przysadkowego. Również i mózgowi należy przypisać działanie regulujące.

O. W a r b u r g. O stanie współczesnym zagadnienia raka.

Dwa procesy stanowią cechę fizjologiczną komórki: 1) reakcja, dostarczająca energję, 2) hydroliza. Tylko pierwszy odgrywa rolę w zagadnieniu raka. Najważniejszą własnością komórki rakowej jest zdolność fermentacji mlekowej. Zawartość kwasu mlekowego w normalnej tkance równa się w przybliżeniu zawartości jego we krwi aorty. Komórki nowotworowe zawierają kwasu mlekowego 2 — 3 razy więcej. Według *Pasteura* fermentacją nazywa się życie bez dopływu tlenu; definicja ta dotyczy również komórek rakowych. Przerwanie dopływu tlenu do normalnych komórek powoduje fermentację mlekową; świadczy to o tem, że i normalna komórka posiada zdolność fermentacji mlekowej, która się jednak nie ujawnia wskutek oddychania tlenowego. Nabłonki młode fermentują silniej, niż stare. Komórki embrjonalne wykazują największą fermentację, tak wielką, jak nowotworowe. Arsen jest jadem, powodującym duszenie się komórek. Pod działaniem jego komórki śledzionowe ulegają uszkodzeniu, wstrzyknięte zaś wywołują nowotwory przerzutowe.

S t o r m v a n L e e u w e n. Stosunek alergji do przewodu pokarmowego.

Odczyn alergiczny powstaje tylko u osobników uczulonych. Bywają przytem 3 możliwości: 1) alergeny, podane doustnie, działają na jelita (uczulenie względem jajek i mleka, wrodzone i nabyte); 2) alergeny, podane doustnie, wywołują zmiany w skórze; do tej kategorii uczulenia należy występowanie pokrzywki po niektórych pokarmach, niektóre postaci ekzemy, obrzęk *Quinckego* i 3) alergen działa na skórę, odczyn zaś powstaje w przewodzie pokarmowym, jak to się dzieje przy wstrzykiwaniu alergenu końskiego. O składzie chemicznym alergenów tyle tylko można powiedzieć, że jeszcze nie dowiedziono, że są to substancje białkowe. Rozpoznanie cierpienia alergicznego opiera się na objawach skórnych; skuteczność leczenia głodowego potwierdza je.

(Klin. Wochenschr. 1926. N. 50).



Krytyka Lekarska.

Kilka uwag o t. zw. typach i zespołach chorobowych.

Im głębiej wnikamy w sprawy życiowe w jakiegokolwiek dziedzinie, tem bardziej się przekonywamy, jak są zawile i złożone i w jak małym tylko stopniu je obejmuje i wyczerpuje formuła, stworzona przez nasze krótkowidztwo umysłowe. Dotyczy to w zupełności też spraw patologicznych. Wybitni i myślący lekarze po wsze czasy rozumieli, że pojęcie choroby jest abstrakcją, i że w życiu mamy do czynienia zawsze tylko z chorym ustrojem, chorym człowiekiem. To zagadnienie głębiej ujęła i spopularyzowała w polowie zeszłego stulecia szkoła lekarska w Tubingdzie z *Liebermeisterem* na czele, która w uzupełnieniu anatomicznej szkoły *Virchowa* z zamiłowaniem uprawiała teorię poznania i filozofję medycyny. Temniemniej ze względów klasyfikacyjnych i dydaktycznych pojęcie poszczególnych chorób w patologji szczególniej pozostać musiało. Odczytując jednakże jakiegokolwiek rozdział o poszczególniej jednostce chorobowej, chociażby w najlepszym podręczniku, krytyczny i doświadczony czytelnik musi doznawać pewnego rozczarowania. Nie odzwierciedla bowiem ściśle tego, co nam życie nastęrcza. Dopiero monografia, pisana przez autora, który dużo widział i spostrzegał w danej dziedzinie, budzi wrażenie prawdy życiowej. Polega to na tem, że dobry monografista, będąc specjalnie zaznajomiony z daną jednostką chorobową, widział liczne odnośne przypadki i wśród nich umiał chwycić szeregi typów chorobowych, pod których postacią choroby w życiu zazwyczaj występują. Opisuje on więc, często nieświadomie, nie kalejdoskop przypadkowych objawów, lecz życiowo prawdziwe typy chorobowe czyli przypadki, często bliźniaczo do siebie podobne, z jednakową etiologją, obrazem nozologicznym, przebiegiem i zejściem, które życie nam nastęrcza, raz rzadziej, raz częściej niekiedy w niezliczonych egzemplarzach. Typy chorobowe mogą być i są tak różnorodne, jak jest sama patologia. Może na nie się składać tylko jedna jednostka chorobowa lub też ich mnogość, różne zespoły chorobowe, dotyczące najróżniejszych dziedzin patologji. Typy chorobowe obejmują zarówno sprawy ostre, jak i przewlekłe. Te ostatnie, jako więcej zawile, występują przeważnie jako zespoły stanów chorobowych. I etiologicznie dany typ chorobowy może być unitarnego pochodzenia, kiedy na inne znów się składają liczne momenty przyczynowe. Jako na dowód, że i jednostka chorobowa zwarta w sobie, niewątpliwa i, jako taka, nie kwestjonowana, może się składać z paru odrębnych chorób, powołam się na zoły (*scrophulosis*), na które się składa obraz dwóch chorób gruźlicy gruczołów chłonnych i skazy wysiękowej. Częściej dotyczy to jednak tyłów chorobowych. Występują one w każdej dziedzinie medycyny praktycznej, tak samo w wewnętrznej, jak w neuro-psychopatologii, chirurgji, ginekologii i t. d. Może na paru przykładach będzie to lepiej zrozumiałe. Typów chorobowych jest w każdej dziedzinie legion, ale każdy

z nas lekarzy, zależnie od rodzaju i zakresu działania, obserwuje tylko ograniczony ich szereg.

Mnie osobiście np. nastęrczyła powyższe myśli obserwacja paru typów chorobowych, należących do działu miażdżycy naczyń, jako jednostki chorobowej. Obserwowałem np. w ciągu wielu lat podczas mojej działalności w Wiesbaden cały szereg osobników, dotkniętych postacią miażdżycy, nazwaną przez *Volharda* czerwoną miażdżycą naczyń (*arteriosclerosis rubra*). Byli to wyłącznie mężczyźni z klasy zamężnej, przemysłowcy z Nadrenji, Westfalji, w starszym wieku (50—60 lat), atletycznej budowy, dość otyli, pracownicy umysłowi, u których w etiologii choroby odgrywają rolę obok wieku, nadmierne jedzenie, alkohol, nikotyna. Na ten typ chorobowy składa się zespół objawów otyłości, często dny i kamicy żółciowej, rozedłany płuc, przedewszystkiem zaś wzmocnienie ciśnienia wewnątrznaczyniowego i zawsze objawy sercowe na tle miażdżycy tętnicy głównej ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w różnym stopniu. Przebieg choroby w moich przypadkach był pomimo częstych upustów krwi stale analogiczny, o ile chory nie potrafił się wyrzec swoich nawyknień, nadmiernego jedzenia i wyskoku, a mian. ciężki atak apoplektyczny, często kończący się śmiercią. O ileż różny jest obraz i przebieg typu chorobowego, który należy do grupy, nazwanej przez *Volharda* białą miażdżycą naczyń! Dotyczy on niekiedy ludzi jeszcze w sile wieku (40—50 lat), często pod względem umysłowym wybitnych, niekiedy genialnych lub też psychasteników, u których w etiologii *abusus in Baccho, Venere* i w jedzeniu nie odgrywa żadnej roli, często natomiast nadmiar palenia. U tych chorych, już dawno chorobliwie białych, z objawami hipertonji, niekiedy z wczesnymi bólami i zawrotami głowy, osłabieniem, stwierdzamy przez dłuższy czas wzmoczoną ilość moczu, później ze śladami białka i niezawsze nielicznymi wałeczkami szklistemi, aż naraz bez wiadomego powodu wybuchają objawy złośliwej samoistnej marskości nerek (*nephrosclerosis maligna, nephritis interstitialis arteriosclerotica*) z gwałtownie przebiegającą nieuleczalną mocznicą. Ten typ chorobowy przedstawiali tak wybitni uczeni, jak *Cohnheim*, *Pawel Ehrlich* i, zdaje się, nasz niezapomniany rektor *Brudziński*. Śród chorych na miażdżycę łatwo dałoby się podpatrzeć jeszcze wiele innych stałych typów chorobowych, zależnie od wieku, płci, zakażenia, przymiotem, gruźlicą, zatrucia ołowiem, zajęcia naczyń brzusznych, obwodowych i t. d.

W pokrewnej dziedzinie chorób serca, zwł., u chorych z wadami zastawek, uchwyciłem parę typów, np. szereg chorych, u których górują objawy zastojów w płucach i wątrobie z wyraźną dusznością i napadami dychawicy sercowej, kiedy u innych dominują obrzęki dolnych kończyn i przesięki z ich następstwami.

Gruźlica i przymiot narządów wewnętrznych stanowią istną krynicę licznych mocno wyodrębnionych i często spotykanych typów i zespołów chorobowych. Klasyfikacja gruźlicy płuc, poczynając od *Turbarowskiej*, a skończywszy na *Sterlingow-*

skiej, w dużej mierze opiera się na ujęciu najczęstszych i najcharakterystyczniejszych typów chorobowych, chociaż widać na nich mocne piętno wpływów anatomicznych.

Mniej opisane, chociaż bardzo zasługujące za u silne wystudjowanie, są typy chorobowe, należące do kategorii przymiotu narządów wewnętrznych, których jest moc niezliczona. W ostatnich czasach w Warszawie wśród pacjentów Kasy chorych napotkałem np. szereg starych kobiet, dotkniętych niewydolnością serca. Były wychudzone, jak szkielety, o cerze szaroziemistej, pomarszczonej skórze; mężowie ich przyznawali się do przymiotu zwykle źle leczonego, chore zaś swoiście wcale nie były leczone, bo o kile swojej wcale nie wiedziały. W a s s e r m a n n we krwi przeważnie mocno dodatni, chociaż nie zawsze, poronienia w wywiadzie, często współistnienie objawów ze strony układu nerwowego. Pomimo leczenia swoistego i naserowego w tych daleko posuniętych przypadkach trwałej poprawy osiągnąć nie było można, a często zejście śmiertelne nie dało się powstrzymać.

Może najlepiej opisane są typy i zespoły chorobowe, należące do dziedziny tak gruntownie obecnie opracowanego zapalenia nerek, które zróżniczkowane jest na liczne postacie i odmiany. Zlewają się one często wprost z typami chorobowymi.

Ale i inne jednostki chorobowe z dziedziny medycyny wewnętrznej, jak skazy (dna, otyłość, kamica nerkowa, żółciowa i t. d.), tworzą szeregi typów chorobowych. Choroby ostre, włącznie z zakaźnymi, nie stanowią pod tym względem wyjątku, chociaż nie rzuca się to od razu w oczy.

O jak odmiennym przebiegu i zejściu obserwujemy przypadki szkarlatyny, duru brzuszego, plami-

stego, zimnicy i tylu innych chorób! Należą one bowiem do zgoła odmiennych, do siebie mało podobnych typów chorobowych tego samego cierpienia.

W końcu narzuca się pytanie: jaki cel mamy i jaką korzyść możemy odnieść z wyszukiwania i wyodrębniania w sposób powyższy rozumianych typów chorobowych poszczególnych kategorii patologicznych? Przedewszystkiem zbliża nas to do prawdy życiowej, której poznanie jest celem nauki, która nie zna względów utylitarnych. Ponadto jednakże ujęcie poszczególnych typów chorobowych z właściwym dla nich przebiegiem, rokowaniem i zejściem, ułatwia niepomierne rozpoznawanie u łóżka chorego, pozwala przewidzieć przebieg, ułatwia rokowanie oraz leczenie, które w mniejszym, niż dotychczas stopniu zależeć będzie od chwilowej i przypadkowej intuicji, a może się oprzeć na doświadczeniu, zdobytem w odmożnych przypadkach, bo każdy typ chorobowy przedstawia pewną odrębność i wymaga odrębnego i indywidualnego leczenia.

Dla czytelników, którym moje wywody wydają się niezupełnie zrozumiałe, streszczam się: poszczególny przypadek choroby nie jest ściśle odzwierciedleniem opisu choroby według podręcznika patologji szczegółowej, który musi być abstrakcją, nie jest też, chyba tylko wyjątkowo rzadko, zjawiskiem indywidualnie nowym, lecz zazwyczaj należy do szeregu gromady typów chorobowych, na które się rozpadła choroba, zależnie od rodzaju czynnika chorobotwórczego, osobniczych właściwości ustroju i współdziałających warunków środowiska.

Aleksander Simon (Warszawa).

MEDYCyna Społeczna

Ustawa o małżeństwie w świetle dezyderatów psychjatrii sądowej.

Podał

Witold LUNIEWSKI (Tworki—Pruszków)

Najuboższy co do objętości rozdział podręczników psychjatrii sądowej, poświęcony prawu o małżeństwie, dotyczy tej dziedziny ustawodawstwa, która dla psychjatrii posiada znaczenie szczególne i powinna budzić specjalną naszą uwagę.

Kwestja „własnowolności“ (rozporządzalności), jaką dają nam do oceny procesy sądów cywilnych, dotyczy spraw ważnych, nieraz bardzo doniosłych, zawsze jednak chodzi tu o sprawy materialnego tylko dobra mniej lub więcej ograniczonego koła osób, zainteresowanych w procesie.

Zagadnienie „poczytalności“ w sprawach karnych wiąże się ściślej ze sprawami znaczenia ogólniejszego — ze sprawą bezpieczeństwa publicznego — i tu jednak, przynajmniej w ramach dotychczasowego ustawodawstwa karnego, oderwany od życia praktycznego moment „sprawiedliwej“ oceny postępowania jednostki wysuwa się na plan pierwszy.

Ustawodawstwo, dotyczące małżeństwa, wiąże

się z dziedziną najidealniejszych, ale zarazem i bardzo realnych trosk o przyszłe generacje.

W miarę przesuwania się punktu ciężkości wysiłków myśli lekarskiej ze sfery doraźnych oddziaływań terapii na mniej efektywne, ale więcej obiecujące pola profilaktyki i higieny, poczyna zaznaczać się coraz dobitniej dążenie do ujęcia w ramy hodowli eugenicznej tego żywotowego popędu człowieka do rozmnażania się, którego wyraz legalny znajdujemy w instytucji małżeństwa.

Hasło walki ze zwyrodnieniem rasy rozlega się dziś coraz głośniejszym dźwiękiem tego hasła, brzmią bodaj ze najgłośniejszej tony, nie obojętne dla ucha psychjatrii, żadna bowiem gałąź medycyny nie wiąże się tak często i tak ściśle ze sprawą zwyrodnienia, jak psychjatria.

Jeżeli dążenia eugeniki w wielu punktach dojrzały już może do kształtów mniej lub więcej konkretnych postulatów, to zakres wpływu ustawodawstwa na społeczeństwo w tej dziedzinie życia nie dorasta jeszcze do poziomu, któryby ośmielał do daleko sięgających projektów kodyfikacji tych postulatów.

Popęd płciowy — czy ten, w którym widzimy celowy wyraz instynktu zachowania gatunku, czy ten, który jest tylko zwyrodniałym derywatem tego in-

stynktu — szyderczo odpowie na wszelkie narzucone mu przez prawo ograniczenia i w żywiolowym pędzie wyleje się z łożyska legalnego, któreby go zbyt nie kępowało.

Poza ściśle biologicznymi celami, które związek małżeński powołały do życia, instytucja małżeństwa uzależniona jest przecież w bardzo doniosłym stopniu od czynników natury społecznej. Jakkolwiek i te czynniki biorą swój początek ze źródeł biologicznych, to jednak w długim szeregu przemian historycznych rozwinięły się one do roli czynnika samodzielnego i nieraz stają nawet w kolizji z czynnikami biologicznymi (małżeństwa dla korzyści pieniężnych, małżeństwa osób starszych, niezdolnych do płodzenia potomstwa, małżeństwa dla celów politycznych etc. etc.). Czynniki wyznaniowy, ograniczenia, wynikające z wierzeń i przepisów religijnych, należą do tej samej kategorii.

Ustawodawstwo, dotyczące małżeństwa, nie może pominać tych czynników, nie mających często nie wspólnego z istotnym, biologicznym znaczeniem związku małżeńskiego, ustawodawstwo zaś współczesne liczy się z temi czynnikami bardzo wybitnie.

W świetle tych okoliczności zastrzeżenia eugeniczne w stosunku do kandydatów do stanu małżeńskiego niełatwo będą się mogły stać zasadą naczelną w ustawodawstwie o małżeństwie, niełatwo też dadzą się ująć one w formę określonych artykułów prawa.

Z wysuwanych tu i ówdzie projektów zakazu zawierania małżeństwa przez osoby, dotknięte chorobami, udzielającymi się potomstwu, mógłby posiadać znaczenie praktyczne, narazie pośrednio nas tylko obchodzący, zakaz zawierania małżeństw przez osoby, dotknięte chorobami wenerycznymi.

Zakaz zawierania małżeństw przez osoby, dotknięte zwyrodnieniem psychicznym, nie dałby się dziś jeszcze wyrazić w praktycznej formule prawnej.

Z eugenicznego punktu widzenia byłby, rzecz oczywista, uzasadniony najbezwzględniejszy zakaz płodzenia potomstwa przez osoby, dotknięte chorobą psychiczną, przekazującą się dziedzicznie potomstwu. Prawo dziedziczenia chorób nie znamy przecież na tyle dokładnie, byśmy w każdym przypadku mogli twierdzić napewno, że ta lub inna postać zbroczenia psychicznego zostanie przekazana potomstwu, jako konieczność nieodwołalna i nieunikniona.

Zastrzeżenie prawne, któreby od kandydatów do stanu małżeńskiego wymagało w każdym przypadku świadectwa zdrowia psychicznego, nie byłoby przy obecnym stanie rzeczy ani możliwe, ani nawet pożądane. Pozytywne stwierdzenie stanu „normalnego“ psychiki, bez dłuższej obserwacji zakładowej, jest dziś niemożliwe. Podstaw ścisłych do oceny stopnia niebezpieczeństwa wszystkich momentów, uspasabiających do zaburzenia psychicznego, nie posiadamy, możliwość więc zapadnięcia na chorobę psychiczną nawet u zdrowego w danej chwili kandydata do stanu małżeńskiego, któregooby przysłano lekarzowi do badania przedślubnego, nie dawałaby się wyłączyć ze ścisłością naukową przy dzisiejszym stanie wiedzy psychiatrycznej.

Z punktu widzenia formalno-prawnego świadectwo przedślubne zdrowia psychicznego utrudniałoby w wysokim stopniu, jeśli by nawet całkowicie nie udaremniało w następstwie starań o rozwiązanie małżeństw,

któreby się okazały niepożądanymi z eugenicznego punktu widzenia. Świadectwa przedślubne zdrowia nie dawałyby zresztą żadnej korzyści praktycznej tam, gdzieby na tem najwięcej zależało, a mianowicie w przypadkach tych licznych zaburzeń psychiki degeneracyjnych, których objawy nie rzucają się w oczy otoczeniu lub nie są przez otoczenie należycie oceniane. Świadectwa takie nie osiągałyby nadewszystko celu u tej kategorii psychopatów, której na legalnych formach obcowania płciowego bynajmniej nie zależy.

Jeżeli dodać do tego, że liczba zawieranych małżeństw przewyższałaby sprawność szczupłego grona psychiatrów, to wszystkie te względy przemawiają za tem, że domagania się od prawa o małżeństwie przymusowych przedślubnych świadectw zdrowia psychicznego — należy bezwzględnie zaniechać. Świadectwa takie stałyby się formalnością, nietylko czerzą i bezcelową, ale może nawet w skutkach szkodliwą.

Pomimo to przecież prawo może i powinno wskazać potrzebę badania psychiatrycznego tych kandydatów do stanu małżeńskiego, którzy budziłiby co do swego zdrowia psychicznego wątpliwości.

W ramach ustaw, obecnie obowiązujących, postulat ten nie jest wszędzie należycie uwzględniany. Kodeks cywilny francuski nie uznaje choroby psychicznej kandydata do stanu małżeńskiego samej w sobie za przyczynę nieważności zawieranego przez małżeństwa. Nawet formalne ubezwłasnowolnienie sądowe osoby chorej psychicznie nie stanowi w prawie francuskim przyczyny do uznania zawartego przez nią ślubu za nieważny.

Unieważnienie małżeństwa osoby chorej psychicznie i ubezwłasnowolnionej staje się we Francji możliwe jedynie w trybie art. 146 kod. cyw. przez udowodnienie, że chory w chwili zawierania ślubu nie był zdolny do świadomego i wolnego zaznaczenia swojej woli, ani też do rozumienia istoty i znaczenia przyjmowanego na siebie zobowiązania. Ślub osoby chorej psychicznie, zawarty w okresie t. zw. „przerw jasnych“ (*intervallum lucidum*), jest w rozumieniu prawa francuskiego ślubem ważnym. Zakwestjonowanie ważności ślubu, zawartego przez osobę chorą psychicznie, wymaga uprzedniego wszczęcia sprawy o ubezwłasnowolnienie; sądowe ograniczenie praw chorego w drodze przydzielenia mu doradcostwa prawnego nie zawiera w sobie, po myśli prawa francuskiego, ograniczenia zdolności prawnej do zawierania ślubu.

Na podobnym stanowisku stoją przepisy prawne z dn. 28.III 1836 r., obowiązujące u nas na terenie b. Kongresówki wyznawców kościoła rz.-katolickiego. Jakkolwiek § 14 prawa z dn. 28.III 1836 r. wspomina o tem, że „osoby cierpiące obłąkanie ciągle umysłu nie mogą ważnego oświadczyć zezwolenia na zawarcie związków małżeńskich“, to jednak druga część tego samego artykułu wyjaśnia, że ślub „zawarty w chwili wolnej od obłąkania przez osoby czasowo tej słabości podpadające“ może być uznany za ważny. Prawo, obowiązujące wyznawców religii rz.-katolickiej, otwiera zresztą rozległy horyzont warunków nieważności małżeństw. Nawet poza żądaniem stron zainteresowanych podlegają tu unieważnieniu małżeństwa „zawarte pomimo przeszkód, wynikających z różności religii, z wielożenstwa, z ślubów zakonnych i wyższych święceń, z przestępstwa, z pokrewieństwa

i powinowactwa" — i to „wskutek skargi prokuratora, na którego nakłada się obowiązek takowe małżeństwa z urzędu zaskarżyć“.

Poza jednym jedynym warunkiem, dotyczącym stosunku pokrewieństwa osób, wstępujących w związki małżeńskie, przepisy, obowiązujące wyznawców religji rz.-katolickiej, ignorują całkowicie wszystkie te względy, które interesują nas, psychiatrów, z punktu widzenia eugeniki.

Postulat kwestjonowania ważności małżeństwa, zawartego przez osobę chorą psychicznie, uwzględniony został w ustawach: niemieckiej, szwajcarskiej i austriackiej. Pojęcie „choroby psychicznej“, ujmują jednak te ustawy dość różnorodnie. Podczas kiedy § 1325 ustawy niemieckiej mówi o nieważności małżeństwa, zawartego przez osobę „niezdolną do działań prawnych lub pozostającą w stanie bezprzytomności albo przemijającego zaburzenia działalności psychicznej“ — § 1304 te same ustawy dopuszcza możliwość zawarcia małżeństwa ważnego, przy osłabieniu władz umysłowych (Geistesschwäche), o ile ograniczony umysłowo zawiera ślub za zgodą swego prawnego opiekuna. Ustawa austriacka uważa za nieważny ślub, zawarty przez osoby „obłąkane, szalone i otepiałe umysłowo“. Kodeks szwajcarski stoi na tem stanowisku, że małżeństwo jest nieważne, jeśli w chwili zawierania ślubu jeden z małżonków był „chory psychicznie lub z przyczyn trwałych nie był zdolny do sądenia“ (urteilsfähig).

Widzimy zatem, że zarówno względy eugeniczne, jak i zasadnicze punkty wyjścia prawnego, w omawianych tu ustawach traktowane są dość niejednolicie, i że jedynie tylko ustawa szwajcarska, posiadająca się formułą najwięcej rozciąglą, stwarza dopiero ramy, w których dałaby się pomieścić treść współczesnych dążeń psychiatrii i eugeniki.

Od kandydatów do stanu małżeńskiego prawo może i powinno wymagać już nie tylko najogólniejszej orientacji życiowej, do jakiej mogą być zdolni w pewnej mierze głuptacy, ale całkowitego i samodzielnego rozumienia istoty małżeństwa i własnego sądu w sprawach, dotyczących losów osoby zainteresowanej i skuwanej w związek małżeński.

Zawieranie małżeństw nie powinno też być zasadniczo dozwolone osobom chorym psychicznie nawet w okresie chwilowej ich przytomności.

Małżeństwa, zawarte z pogwałceniem zasadniczych wymagań prawa, uważa się za „nieważne“. Wniosek o uznanie nieważności małżeństwa winien stawiać w pierwszym rzędzie urząd, czuwający nad formalną prawidłowością ślubu. Prawo do stawiania takiego wniosku powinniśmy mieć jednak każdy, kogo ta sprawa w jakikolwiek sposób obchodzi, jak formuluje nowa ustawa szwajcarska. Możliwość unieważnienia małżeństwa, lub ściślej mówiąc, prawo do zaczepiania ważności małżeństwa, powinno przysługiwać także i stronom, zawierającym małżeństwo, we wszystkich tych przypadkach, kiedy jedna ze stron dowie się o takiej chorobie psychicznej strony drugiej, która istniała już w chwili zawierania ślubu.

Postulat ten, posiadający z naszego punktu widzenia bardzo doniosłe znaczenie praktyczne, uwzględniają w sposób dość roległy ustawy niemieckie. Ważność ślubu może tam być „zaczepiona“ przez małżon-

ka, który w czasie zawierania małżeństwa mylił się co do takich właściwości osobniczych drugiej strony, albo też został skłoniony do zawarcia ślubu zapomocą podstępnego wprowadzenia go w błąd co do takich okoliczności, któreby go przy znajomości istotnego stanu rzeczy i przy rozsądnej ocenie istoty małżeństwa powstrzymały od zawierania związku małżeńskiego. Ważność małżeństwa nie może być jednak kwestjonowana z tytułu pomyłki co do stanu majątkowego stron, zawierających małżeństwo.

Tak skonstruowany przepis pozwala w wielu razach stronie pokrzywdzonej wystąpić o unieważnienie małżeństwa, zawartego w nieświadomości z osobą, cierpiącą na epilepsję, histerję, z osobą, dotkniętą istotnym homoseksualizmem, obojnactwem, nałogiem pijackim, morfinizmem czy kokainizmem, wreszcie kiłą.

Zaczątki psychozy, posunięte tak nieznacznie, że mogły nie zwrócić na siebie uwagi otoczenia, względnie strony skarżącej, jak to bywa nieraz w przypadkach ukrytego rozszczepienia psychicznego (schizophrenia), wybuchające dopiero po ślubie, niekiedy bezpośrednio po odejściu pary młodej od ołtarza, uzasadniają w ustawie niemieckiej skargę o unieważnienie ślubu.

Motywy dla takiej skargi mogą też stawać się świadomie przez jedną ze stron zatajone, względnie drugiej stronie nieznanne fakty przebycia przed ślubem psychozy, mającej tendencję do nawrotów, jak np. psychozy perjurycznej, której nawrót wystąpić może po ślubie, po bardzo nieraz długiej przerwie.

Interpretacja praktyczna omawianych tu artykułów niemieckiego prawa o małżeństwie nie dawała jednak w zwykłych okolicznościach podstaw do zaczepiania ważności ślubu ze względu na ujawnienie się odziedziczonego obciążenia psychopatycznego drugiej strony. gołego bowiem faktu obciążenia dziedzicznego sądy niemieckie nie uznawały z reguły za taką właściwość, która by zagrażała nieodwołalnie chorobą, czy to osobie obciążonej czy też potomstwu. W pewnych przeciwieństwach, jak np. w przypadku obciążenia dziedzicznego obojga małżonków, zwłaszcza obciążenia jednorodnego, ustawa dawała pole do bardziej liberalnego komentowania prawa z uwzględnieniem opinii lekarzy.

Prawo do zaczepiania ważności małżeństwa przez jedną ze stron, bezpośrednio zainteresowanych, ogranicza się terminem sześciomiesięcznym od chwili ujawnienia się okoliczności, stanowiącej podstawę do zaczepienia.

Tekst omawianych tu artykułów ustawy niemieckiej nasuwa nadto konieczność stwierdzenia u stron, skarżącej ważność małżeństwa, nie tylko bezwzględnej zdolności do oceny ważności małżeństwa, ale też dowiedzenia, że strona skarżąca powstrzymała się od zawarcia ślubu, gdyby jej były wówczas znane te okoliczności, które ją skłaniają w następstwie do skargi o unieważnienie małżeństwa. Ustawa żąda zatem subiektywnego stosunku krytycznego strony skarżącej do tych okoliczności, które są przez nią wysuwane jako powód nieważności, i to nie tylko w momencie składania skargi, ale i w chwili zawierania ślubu. Ustawa niemiecka nie pozwala zatem na unieważnienie ślubu głuptaka z epileptyczką, jeśli by mał-

żeństwo odpowiadało formalnym wymogom przepisu, to jest, jeśli by w danym wypadku zostało zawarte za zgodą opiekuna głuptaka.

Rozciąglej i liberalniej formuluje te punkty prawne ustawa szwajcarska, która pozwala występować o unieważnienie małżeństwa w przypadkach, w których zaszła pomyłka co do takich właściwości osobniczych jednej ze stron, których obecność nie pozwala żądać od drugiej strony życia we wspólnocie małżeńskiej. Ocena okoliczności, wystawianej jako powód do unieważnienia ślubu, pozostawia się tu sądziemu: moment subiektywnego stosunku skarżącego do okoliczności, wywołującej skargę, mieści się tu w ocenie czynników sądzących, formułą artykułu nie skrepiowanych.

Ustawa austriacka dopuszcza możliwość unieważnienia małżeństwa jedynie tylko w przypadku pomyłki co do osoby — przyczem prawo żądania nieważności ustaje, po myśli ustaw austriackich, a ile strona, która pomyłce uległa kontynuuje współżycie małżeńskie po dowiedzeniu się o swej pomyłce. Okoliczności lekarskie, w szczególności względy psychiatryczne, nie znajdują tu żadnego zastosowania. Cała konstrukcja ustawy austriackiej zmierza raczej do tego, żeby uwypuklić warunki, przy których wniosek o unieważnienie małżeństwa staje się niedopuszczalnym.

Niezależnie od trosk o przyszłe generacje, od trosk o zabezpieczenie doborowi płciowemu warunków najdogodniejszych pod względem eugenicznym, a umowie ślubnej prawnych i moralnych podstaw świadomego i dobrowolnego charakteru — ustawodawstwo musi się liczyć z możliwością powstania już po zawarciu ślubu okoliczności, utrudniających lub wprost uniemożliwiających współżycie małżeńskie. W ważnym zawartym związku małżeńskim zachodzą nieraz także okoliczności, które mogą zburzyć harmonię duchową związanych ślubem dwojga ludzi do tego stopnia, że czynią związek małżeński dla jednej ze stron źródłem nieustannych cierpień moralnych, a jego dalsze trwanie nieznośnym ciężarem. Powstaje potrzeba rozwiązania umowy ślubnej. Potrzeby tej, tak oczywiście, jeśli zważymy skutki nierozzerwalności małżeństwa, faktycznie ani w psychologicznym, ani w fizjologicznym znaczeniu tego słowa nieistniejącego, nie uznają przecież ustawodawstwa, które wyrosły pod wpływem pewnych wierzeń religijnych, traktujących związek małżeński, nie jako umowę dwojga ludzi, lecz jako sakrament, uświęcony przez władzę duchowną w imieniu Boga samego.

Ustawodawstwa te uznają jedynie zawieszenie współżycia małżeńskiego w pewnych przypadkach — t. zw. separację od stołu i łoża, nie uznają natomiast rozwodu, który umowę ślubną kasuje definitywnie.

Nie obchodzą nas tu te liczne względy natury moralnej, które domagają się nieraz w sposób krzyżujący legalizacji rozwodu i rozszerzenia prawa doboru małżeńskiego poza szranki sakramentalnej sankcji przypadkowego nieraz aktu złączenia, nie możemy jednak spoglądać obojętnie na te skutki nierozzerwalności małżeństw, z jakimi na porządku dziennym spotyka się praktyka psychiatryczna. Skucie losów jednego czło-

wieka zdrowego, zdolnego do życia społecznego, z losami nieprzytomnego i poza nawias życia społecznego wytrąconego, nieuleczalnie psychicznie chorego drugiego człowieka staje się gwałtem okrutnym i bezmyślnym. Gwałt ten — trudny do zniesienia dla osób samotnych w małżeństwie bezdzietnym — urasta nieraz do potęgi ciężkiej klęski w małżeństwie, posiadającym potomstwo, przez to, że uniemożliwia stronie zdrowej zabezpieczenie w nowym związku małżeńskim pełnej opieki nad dziećmi, pozbawionymi faktycznie ojca lub matki. Z praktyki życia zakładowego znany fakty skrytobójczych zamachów na życie chorych, dokonywanych przez męża lub żonę dla uzyskania możliwości rozłączenia małżeństwa, które jedynie śmierć — według katolickiego rozumienia rzeczy — rozłączyć może. Nie do rzadkości należą przypadki, kiedy mąż lub żona osoby od wielu lat chorej psychicznie, zwraca się do lekarzy zakładu z najwęższą prośbą o skrócenie życia chorego, którego trwanie, wobec nierozzerwalności małżeństwa, zagradza beznadziejnie wszelkie godziwe zamiary zdrowej strony i hamuje bieg spraw majątkowych rodziny.

Rozwód uznają wszystkie kodeksy świeckie, uznają go też wyznania protestanckie, prawosławne i wszystkie wyznania niechrześcijańskie. Uznawanie jednak rozwodu nie oznacza równoczesnego uznania choroby psychicznej za dostateczny powód do rozwiązania małżeństwa. Nawet niektóre ustawy liberalne pomijają chorobę psychiczną jako bezpośredni powód do rozwodu, pośrednio tylko może się ona tam przyczynić do rozwodu, jako istotna przyczyna tych uchybień prawnych czy moralnych (jak życie rozwiązałe, utracę szostwo i t. p.), które formalnie dają do rozwodu powód. Na takim stanowisku stoi kodeks cywilny francuski. Próby znówelizowania kodeksu francuskiego w tym sensie, żeby chorobę psychiczną jednego z małżonków podnieść do znaczenia powodu dla zasądzenia rozwodu (Projekt reformy małżeństwa Cruppiego, wnioski deputowanych Viollette'a i Collina z 1911 r.) narazie speliły na niczem. Ankieta, zainicjowana w r. 1913 przez Lucjana Graux, wykazała, że opinie psychiatrów i prawników francuskich w tej sprawie są bardzo rozbieżne, i jeżeli nawet większość psychiatrów skłaniała się ku temu, że rozwód z racji choroby psychicznej należy uznać za pożądaną, byli między nimi i tacy (Regis), którzy się zdecydowanie tej opinii przeciwstawiają. Wychodzą oni z założenia, że jeżeli dążymy do tego, żeby większość psychopatów zwyrodniałych i niezrównoważonych, którzy stoją na pograniczu pomiędzy zdrowiem i chorobą, uznawać za odpowiedzialnych pod względem karnym, to niema przeszkód po temu, żeby stosować względem nich te same normy prawa cywilnego, które stosuje się względem osób zdrowych, i tym sposobem tej kategorii psychopatów, z których właśnie rekrutują się najgorszy małżonkowie, aplikować rozwody na zasadach ogólnych w zależności od powodów, jakie po temu dają.

Rozwiązanie małżeństwa z powodu choroby psychicznej wprowadziły u siebie ustawy cywilne: niemiecka, szwajcarska i księstwa Monaco. Poza tem choroba psychiczna figuruje w szeregu powodów do rozwodu także i w ustawie z dn. 28.III 1836 r., obo-

wiązującej u nas wyznawców religii ewangelicko-augsburskiej i ewangelicko-reformowanej.

Kodeks cywilny niemiecki z r. 1896, który zaczął obowiązywać jednak dopiero od 1.I 1900 r., obwarowuje rozwód z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków zastrzeżeniami, które w wysokim stopniu utrudniają, a nieraz wprost uniemożliwiają uzyskanie rozwodu. Według § 1569 ustawy niemieckiej rozwodu z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków może domagać się druga strona przede wszystkim wtedy tylko, kiedy zaburzenie psychiczne jest „chorobą umysłową“ w rozumieniu kodeksu cywilnego. Nie wchodzi więc tu w rachubę „osłabienie władz umysłowych“ (Geistesschwäche), które nie stanowi wystarczającego powodu ubezwłasnowolnienia, ale jedynie te ciężkie postaci chorób psychicznych, które w myśl zasad ogólnych prawa cywilnego pociągają za sobą całkowitą niezdolność do działań prawnych (Geschäftsunfähigkeit).

Do skargi rozwodowej daje nadto powód jedynie choroba psychiczna, trwająca nie mniej, niż trzy lata, prowadząca zupełne zniesienie wspólnoty duchowej pomiędzy małżonkami i wyłączająca nadzieję na to, by ta wspólnota mogła się restytuować w przyszłości.

W zastosowaniu praktycznym omawiany tu artykuł prawa niemieckiego budził wielokrotnie wątpliwości sądów co do rozumienia pojęcia „braku wspólnoty duchowej“. Rozumiano nieraz to pojęcie w ten sposób, że ma ono oznaczać stan zupełnego ośpienia psychicznego, równoznaczny z pojęciem pewnego rodzaju „śmierci duchowej“ osobnika, to jest takiego stanu „egzystencji zwierzęcej“, w którym chory nie odczuwa już przykrości, jaką rozwód może mu sprawić. W tem komentowaniu prawa odbiły się swego czasu w Niemczech te spory wyznaniowe i polityczne, wśród których ustawa przychodziła na świat w r. 1896.

Przy najliberalniejszym wszakże komentowaniu pojęcia „zniesienia wspólnoty duchowej małżonków“, które objęłoby zarówno te przypadki, kiedy choroba prowadzi do zupełnego rozpadu osobowości, jak i te, w których wywołuje ona tylko zmianę osobowości chorego, rozwód staje się niemożliwy w przypadkach tych zaburzeń psychicznych, w których stosunek małżeński *sensu stricto* nie wchodzi w orbitę patologicznej świadomości chorego, jak to bywa np. w pewnych stanach uroień paranoicznych, w wielu postaciach psychopatii ustrojowej, nieraz w łagodniejszych postaciach alkoholizmu, morfinizmu i t. p., kiedy rozwód — naszym zdaniem — byłby szczególnie wskazany.

W pewnych razach ratowałyby sytuację w ustawie niemieckiej inne artykuły ustawy, te mianowicie, które dotyczą wykroczeń moralnych w małżeństwie (jak cudzołóstwo, życie rozwiązłe etc.), dających, poza chorobą psychiczną, powód do skargi rozwodowej. Tu jednak zachodzą nowe komplikacje, wynikające stąd, że — w myśl zasadniczych pojęć prawa — o wykroczeniach natury moralnej może być mowa o tyle tylko, o ile osobnik, któremu się te wykroczenia zarzuca, będzie uznawany za poczytalnego.

Praktyka sądowa niemiecka zna przypadki, w których wskutek błędnego koła rozumowań formalno-prawnych rozwód stawał się niemożliwym przy równoczesnym istnieniu kilku ważnych po temu powodów, z których każdy oddzielnie powinien być wystarczają-

cy dla przeprowadzenia rozwodu. Zachodzić to mogło w przypadkach takich zaburzeń psychicznych, które wspólnoty duchowej małżonków nie rujnują, ale zarazem czynią chorego nieodpowiedzialnym wobec zarzutów natury moralnej. W szczególności ma to miejsce w przypadku alkoholizmu, który zarówno z punktu widzenia eugeniki, jak i z punktu widzenia szczęśliwego pożycia małżonków i zadań wychowawczych stadła małżeńskiego domagałby się ułatwienia rozwodu nade wszystko. W kołach psychiatrycznych niemieckich powstał z tego powodu projekt artykułu dodatkowego do prawa o małżeństwie, który przez *Leppmanna* został sformułowany w sposób następujący:

„Małżonek ma prawo domagać się rozwodu, jeśli z powodu nałogu pijackiego lub opilstwa drugiego małżonka stosunek małżeński został nadwyrężony do tego stopnia, że nie można wymagać od pokrzywdzonego, by nadal w małżeństwie pozostawał“.

Nowela *Leppmanna* nie weszła jeszcze w życie, zasługuje ona jednak ze wszech miar na uwagę, jako formuła, która zrezygnuje z tych niezmiernie trudności, jakie następcza ocena sądowo-psychiatryczna alkoholizmu.

Projekt *Leppmanna* powinienby też objąć narkomanów (morfiniistów, kokaïnistów etc.), których właściwości psychopatologiczne zbliżają bardzo do nałogowych alkoholików.

Odmienne nieco ujmuje sprawę rozwodową art. 5 rozporządzenia suwerennego w Księstwie Monaco z dn. 3.VII 1907 r., który brzmi, jak następuje:

„Jeżeli jeden z małżonków zostanie dotknięty rozstrojem psychicznym, epilepsją, opilstwem lub syfilisem, współmałżonek jego ma prawo domagać się rozwodu przy warunkach następujących:

- 1) że choroba jest uważana za nieuleczalną,
- 2) że może ona zagrażać bezpieczeństwu i zdrowiu współmałżonka lub potomstwa, już zrodzonego lub tego, które może się narodzić,
- 3) w przypadku rozstroju psychicznego, że trwa ono 3 lata przed terminem złożenia skargi rozwodowej,
- 4) w przypadku epilepsji i opilstwa, że napady padaczki i opilcze są częste.

Rozwód nie może być orzeczony, jeżeli fakt choroby pozwanego był znany jego współmałżonkowi przed zawarciem umowy ślubnej“.

Ustawa cywilna szwajcarska, uchwalona 10.XII 1907, uchodzi za pomyślaną najszczęśliwiej. Zarówno w osnowie swojej, jak i co do formy, jest ona bardzo podobna do ustawy niemieckiej, różni się zaś od niej tem, że jest zredukowana przejrzyściej i prościej, że nadmierną ścisłością i szczegółowością nie krępuje orzeczeń sądu i rzeczoznawców, a nade wszystko, że zrezygnuje ona z formuł, któreby dawały powód do dociekań specyficznej sofistyki prawniczej.

Art. 141 Ustawy szwajcarskiej omija niefortunną sprawę „wspólnoty duchowej“, ogranicza się jedynie tylko do zastrzeżeń 3-letniego trwania choroby i jej nieuleczalności i pozostawia rzeczoznawcom i sądowi wolną ocenę tego, czy w przypadku konkretnym można lub nie można domagać się ofiary współżycia małżeńskiego od zdrowej połowy stadła małżeńskiego.

Brzmi ten artykuł kodeksu szwajcarskiego, jak następująco:

„Jeżeli jeden z małżonków zapadł w stan choroby umysłowej tego rodzaju, że niepodobna domagać się od drugiego małżonka, by pozostawał nadal we wspólności małżeńskiej, i jeżeli choroba ta po 3-letnim jej trwaniu zostanie przez rzeczoznawcę uznana za nieuleczalną, zdrowemu małżonkowi przysługuje prawo domagania się rozwodu“.

Jako ujemną stronę przytoczonych tu formuł prawnych ustaw cywilnych o małżeństwie i rozwodzie podniósłbym wysuwany w nich postulat „nieuleczalności“ choroby psychicznej, o ile ma ona być powodem do rozwodu. Doświadczenie psychiatryczne uczy nas, że w orzekaniu, dotyczącem nieuleczalności psychoz, wskazana jest oględność, jaknadalej idąca. Znamy przypadki wyleczenia choroby psychicznej, wbrew przewidywaniom, nawet po 10 i 15 latach jej trwania. Przypadki tego rodzaju, zresztą nie należące do zbyt częstych, nie powinny, zdaniem naszym, utrudniać sprawy rozwodowej; choroba, która trwa więcej, niż trzy lata, i nie daje widoków na to, aby w czasie, dającym się przewidzieć, miała ulec poprawie — stanowi w naszym mniemaniu, przy krótkotrwałości życia ludzkiego, dostateczną przyczynę do zachwiania się podstaw współżycia małżeńskiego. Chodziłoby o to, żeby rzeczoznawca nie był zniewalany do ferowania opinii, do których nie ma dostatecznie ścisłych podstaw. Sądzimy, że zamiast słów: „choroba nieuleczalna“ należałoby raczej używać: „choroba, która nie budzi nadziei na to, by w dającej się przewidzieć przyszłości nastąpił powrót do zdrowia“.

Przepisy, obowiązujące u nas wyznawców religii ewangelickiej, ujmują interesującą nas tu sprawę może ze wszystkich najliberalniej. § 162 prawa z dn. 28.III 1836 r. brzmi dosłownie, jak następuje:

„Rozwód może być wyrzeczony na żądanie jednego z małżonków, jeżeli sądowi udowodnionem będzie, że drugi małżonek cierpi na pomieszanie zmysłów lub na napady szaleństwa, że ten stan trwa przynajmniej od roku, i że wedle opinii lekarza, potwierdzonej przez Radę Ogólną Lekarską, niema nadziei, aby ten małżonek wrócił do zdrowia“.

Jeżeliby zamienić tu przestarzałe terminy: „pomeszanie zmysłów“, „napadów szaleństwa“, na współczesny: „rozstrój psychiczny“ lub „choroba psychiczna“ i termin trwania choroby nieco przedłużyć, znaleźlibyśmy we własnym naszym ustawodawstwie dobry wzór dla przyszłej naszej cywilnej ustawy jednolitej.

Na obszarze Rzeczypospolitej mamy dziś dziewięć prawodawstw, dotyczących małżeństwa, a mianowicie: jedno powszechne cywilne w b. zaborze pruskim, dwa w b. zaborze austriackim (austriackie i węgierskie) i sześć wyznaniowych w b. Kongresowce — poza ustawami, obowiązującymi na ziemiach kresowych.

Musimy dążyć do ujednostajnienia praw, obowiązujących obywateli jednego państwa. Prawo o małżeństwie ujednostajnić może jedynie tylko ustawa cywilna, nie dzieląca obywateli według ich wierzeń lub miejsca urodzenia.

Utwagi psychiatryczne w odniesieniu do tej przy-

szłej polskiej ustawy o małżeństwie dałyby się sprowadzić do następujących punktów:

1. Zawieranie małżeństw zarówno przez osoby, dotknięte chorobliwym rozstrojem psychicznym, jak i przez osoby psychicznie upośledzone, winno być zakazane. W przypadkach, budzących wątpliwości, powinni być wzywani eksperci — psychiatrzy. Śluby zawarte wbrew temu zakazowi, winny być uznieważniane z urzędu.
2. Propaganda idei eugeniki nie może oprzeć się na ustawowym zakazie zawierania małżeństwa. Urząd stanu cywilnego mógłby i powinien stać się ganem tej propagandy przez akcję uświadamiającą i doradczą. Narzędziami tej akcji mogłyby być wzajemne deklaracje narzeczonych o przebytych chorobach wenerycznych i psychicznych, jak również o odziedziczonym usposobieniu do chorób psychicznych, wstrzymanie terminu ślubu i porady fachowe lekarzy.
3. Zakaz zawierania małżeństwa osobom, usposobionym do zaburzenia psychicznego, nie da się przeprowadzić, byłby on z punktu widzenia eugeniki bezcelowy, w wielu razach stałby się on źródłem nadmiernego ograniczenia swobody obywatelskiej i konfliktów dramatycznych, dotknąłby on niepotrzebnie dość liczne rzesze tych, których zamiary matrymonialne mijają się z celami rozmnażania.
4. Małżeństwa, zawarte w warunkach niedostatecznego uświadomienia o grożącym jednej ze stron niebezpieczeństwie zapadnięcia na chorobliwy rozstrój psychiczny, winny podlegać unieważnieniu na żądanie strony zainteresowanej lub władzy publicznej.
5. Rozwód powinien być ulegalizowany.
6. Chorobliwy i nieprzemijający rozstrój psychiczny jednego z małżonków, powstały po ślubie i czyniący współżycie małżeńskie niemożliwym bez ofiary ze strony zdrowego małżonka, winien być dostatecznym powodem prawnym do rozwodu.
7. Nałogowe używanie narkotyków, nałóg pijański lub opilstwo jednego z małżonków, które czynią życie małżeńskie niemożliwym bez ofiary ze strony zdrowego małżonka, winny być — ze względu na nieporozumienia, jakie budzić może psychiatryczna ocena tych stanów — wymienione w ustawie osobno, jako wystarczające powody do rozwodu.

PISMIENICTWO.

1. Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie-unter Mitwirkung v. prof. Aschaffenburg. prof. E. Schultze, prof. Wollenberg. — Herausgegeben von prof. A. Hoche. 1909. 2) Bleuler — Lehrbuch der Psychiatrie; II Aufl. 1918. 3) Bumke — Gerichtliche Psychiatrie (Handbuch der Psychiatrie Aschaffenburga 1912. 4) Régis — Précis de Psychiatrie; 6. Edition. 1923. 5) Wachholz. — Psychopatologja Sądowa.

1) Antonini — Il divorzio degli alienati (echi della vita a Mombello). Arch. di antropologja crim. psych. med. leg. 1922. 2) I. Baudoin de Courtenay. — Wyznaniowe i pozawyznaniowe śluby i rozwody, Warszawa, 1926. 3) Brenner Friedrich Wilhelm. — Lassen sich aus den bisherigen Ergebnissen der modernen Verer-

hungslehre in der Psychiatrie neue Gesichtspunkte für die Anwendung der § 1333 u. 1334 des B. GB. aufstellen? (Deutsche Ztsch. f. d. ges. Med. 1924). 4) Eliasberg. — Das Recht des Kindes und das Ehescheidungsverfahren (Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 97, 1925). 5) Herschmann. — Das Eherecht der Geisteskranken nach dem oesterreichischen allg. bürgerlichen Gesetzbuch (Zeitsch. f. d. ges. ger. Medizin; 1926). 6) Hirschfeld Siebert. — Die Bedeutung der Eugenik vom psychiatrisch-neurologischen Standpunkt für Eheschließung u. Schwangerschaft (Arch. f. psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. 77, 1926). 7) Hübner. — Psychiatrische Beratung bei Eheschließungen und Adoptionen (Deutsche Med. Wechschr., 1923). 8) Maese. — La notion du divorce en

pathologie mental (Journ. de neurol. et de psychiatr.; 1925). 9) Marcuse. — Der Zeugungswert der Verwandtenehe und der Mischehe (Zeitsch. f. Sexualwissenschaft; 1922). 10) Reichel Hans. — Geisteskrankheit als Ehehindernis (Aerztl. Sachverst. Zeit., 1923). 11) Reutlinger Wilh. — Über die Häufigkeit der Verwandtenehen bei den Juden in Hohenzollern und über Untersuchungen bei Descendenten aus jüdischen Verwandtenehen (Arch. f. Rassen u. Gesellschafts Biol.; 1922). 12) Weissenberg. — Theoretische und praktische Eugenik in Sowjetrußland (Arch. f. Rassen u. Gesellschaftsbiologie; 1926).

Sprawy zawodowe

W sprawie Uchwały

Senatu Akademickiego Uniwersytetu Warszawskiego. dotyczącej dostarczania do prosektorjum uniwersyteckiego zwłok żydów.

W związku z powziętą przez Senat Akademicki Uniwersytetu Warszawskiego z dn. 17 Listopada r. b. uchwałą o niedopuszczeniu słuchaczy wyznania mojżeszowego do zajęć w zakładach anatomii opisowej, topograficznej i chirurgii operacyjnej, dopóki społeczeństwo żydowskie nie zacznie dostarczać odpowiedniego „kontyngentu” zwłok żydowskich, niżej podpisani poczytują za swój obowiązek oświadczyć, co następuje:

Dzięki wytrwałej walce z przesądami mas żydowskich, które utrudniają dokonywanie sekcji, udało się lekarzom szpitalnym opór ten przelamać, i dzisiaj dokonywane są sekcje na trupach żydowskich w celach naukowych. Światlejsza część ludności żydowskiej jest przekonana o niezbędności dokonywania tych oględzin przez wzgląd na dobro chorych i nauki lekarskiej.

Inną jest rzeczą sprawa odsyłania zwłok do prosektorjum dla zajęć studenckich. Tu kończy się rola lekarzy szpitalnych i ludności, decyduje ustawa obowiązująca.

Ustawy jednak w tym przedmiocie szpitalnictwo nasze nie posiada. Istnieje natomiast niedawno wydany okólnikowy przepis Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. stoł. Warszawy, zabraniający odsyłania zwłok do prosektorjum, o ile znajdzie się krewny zmarłego, domagający się wydania ciała. Przepis ten jest bardzo elastyczny; z jego niejasności korzystają skwapliwie nie tylko prawdziwi, lecz i rzekomi krewni, którzy bądź sami, bądź za pośrednictwem różnych urzędów i organizacji zabierają zwłoki ze szpitala.

Koniecznością tedy jest wydanie przez odnośne Ministerstwa ustawy obowiązującej, któraby ściśle orzekła, w jakich przypadkach szpitale obowiązane są dostarczać zwłoki do prosektorjum uniwersyteckiego.

Słusznie też uchwalił Senat Akademicki Uniwersytetu Warszawskiego, aby zwrócić się do Ministerstwa W. R. i O. P. z wnioskiem o ustawowe unormowanie obowiązku dostarczania zwłok osób wszelkich wyznań dla studjów uniwersyteckich. Natomiast niesłusznie tenże Senat ograniczył prawa słuchaczy wyznania mojżeszowego, zanim ustawa podobna wydana została.

Należy zwrócić uwagę i na to, że wysoka opłata, pobierana w szpitalach za leczenie, wpływa niewątpliwie na stałe zmniejszanie się liczby „ludzi bezdomnych i bezrodzinnych” leczących się w szpitalach. Poza to, im więcej powstaje instytucji i organizacji społecznych (związków zawodowych, Kas Chorych i pogrzebowych), opiekujących się chorymi i zmarłymi, tem trudniejsze staje się otrzymywanie zwłok dla prosektorjum. „Głód prosektorjny” w większym lub mniejszym stopniu istnieje w wielu miastach, jednak władze uniwersyteckie dają sobie z nim radę.

Karą więc za winy niepopelnione jest zamykanie podwoi uczelni przed młodzieżą akademicką wyznania mojżeszowego za:

- 1) brak ustawy państwowej o dostarczaniu zwłok do prosektorjum przez szpitale;

- 2) za zmniejszanie się wogóle tego materiału naukowego w ostatnich czasach, wreszcie
- 3) za przesady religijne pewnej warstwy społeczności, do której ta młodzież należy.

Innymi słowy. Uchwała Senatu Akademickiego czyni zależnym prawo studjowania medycyny przez żydów od dostarczania odpowiedniej liczby zwłok żydowskich. Jestto rozporządzenie nie oparte na żadnym paragrafie ustawy uniwersyteckiej lub państwowej i nie stosowane dotąd nigdzie i nigdy.

Ze smutkiem musimy stwierdzić, że Uchwała Senatu Akademickiego Uniwersytetu Warszawskiego oślania tendencję godzącą we wniosłe cele i zadania tej instytucji. Wobec tego czujemy się w obowiązku zaprotestować przeciw wprowadzeniu w życie akademickie momentów, które młodzież akademicką dzieli, zamiast ją skupiać pod wspólnym sztandarem umiłowania nauki ojczyznej i służenia jej dla dobra kraju.

Podpisali:

- 1) Dr. H. Altkaufner — Ordynator szpitala na Czystem
- 2) Dr. M. Bornstein — — — —
- 3) Dr. L. Bregman — — — —
- 4) Dr. E. Flatau — — — —
- 5) Dr. S. Klein — — — —
- 6) Dr. G. Lewin — — — —
- 7) Dr. M. Lubelski — — — —
- 8) Dr. L. Lubliner — — — —
- 9) Dr. J. Luxenburg — — — —
- 10) Dr. S. Markusfeld — — — —
- 11) Dr. N. Mesz — Zarządzający oddz. rentg. szpitala na Czystem.
- 12) Dr. J. Rotstadt — Kierownik oddz. Fiz. Terap. szp. na Czystem.
- 13) Dr. M. Płońskier — Prosektor szpitala na Czystem
- 14) Dr. A. Natanson — Ordynator szpitala na Czystem
- 15) Dr. A. Sołowiejczyk — — — —
- 16) Dr. J. Szwaјcjer — — — —
- 17) Dr. A. Wertheim — — — —
- 18) Br. A. Wizel — — — —
- 19) Dr. A. Zamenhof — — — —

Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej rozpatrywał na posiedzeniu dn. 14. XII r. b. sprawę zamknięcia prosektorjum dla studentów medyków wyznania mojżeszowego i uchwalił w tej mierze rezolucję następującą:

Od szeregu lat z początkiem roku akademickiego jesteśmy świadkami zająć pomiędzy studentami chrześcijanami i żydami w zakładach anatomii opisowej i chirurgii operacyjnej na tle braku dostatecznej liczby zwłok, pozwalającej każdemu studentowi na odrobienie wszystkich przepisanych preparatów. Prawie wszystkie zwłoki pochodzą od zmarłych wyznań chrześcijańskich. Zwłoki żydowskie stanowią w tem tylko drobną częśćkę. W dobie ogólnego podniecenia i rozjątrzenia antagonizmów rasowych, jakie przeżywa Polska narówni z całym niemal światem, młodzież, reagująca żywiej i gwałtowniej od innych, postanowiła sprawę przeciąć radykalnie i nie dopuścić do prosektorjum kolegów żydów tak długo, dopóki społeczeństwo żydowskie nie postara się o to, ażeby zakłady zainteresowane otrzymywały zwłoki żydow-

skie w liczbie, odpowiadającej procentowi ludności żydowskiej kraju. Dotąd władze uniwersyteckie regulowały te zażądania, stojąc na jedynym słusznym stanowisku, że studenci żydzi nie mogą płacić swymi uprawnieniami do nauk za przesady ciemnych ortodoksów żydowskich, przeciwstawiających się oddawaniu do prosekutorjum zwłok zmarłych bezdomnych i bezrodzinnych pochodzenia żydowskiego. W roku bieżącym sprawa stanęła odmiennie. Naprzód profesorowie, a potem senat akademicki poparli stanowisko wojującej części młodzieży. 17 listopada r. b. senat powziął jednogłośnie uchwałę zamykającą prosekutorjum dla studentów żydów do tej chwili, póki nie będą dostarczone zwłoki żydowskie w dostatecznej liczbie. Uchwała ta, podana do wiadomości ogółu młodzieży akademickiej, postanawia, że za brak zwłok wogóle, implicite za brak zwłok żydowskich „słusznym jest, aby konsekwencję poniosło to wyznanie, które notorycznie uchyla się od dostarczania zwłok“. Wobec tego „słuchacze wyznania możeszowego dopuszczani będą do zajęć w zakładach anatomji opisowej i topograficznej oraz chirurgji operacyjnej w miarę możliwości i na podstawie dostarczania zwłok z kontyngentu żydowskiego“. Poza to senat uchwalił zwrócić się do Min. W. R. i O. P. z wnioskiem o ustawowe unormowanie obowiązku dostarczania zwłok od osób wszelkich wyznań dla studjów naukowych.

Nie będziemy wchodzić tu w meritum sprawy. Przesady narodowe i religijne, ciężące nad ogółem społeczeństwa żydowskiego, muszą być zwalczane wszelkimi sposobami i przede wszystkim siłami postępowych odłamów tego samego społeczeństwa. Może i musi zwalczać je państwo i rząd na drodze odpowiednich ustaw i dekretów. Nie wolno jednak zastępować akcji tej samowolą i samosądem młodzieży, a tembardziej ubolewania jest godnym, jeżeli ten samosąd znajduje uznanie i poparcie w czynach i uchwałach przewodników tej młodzieży. Wbrew zasadniczym ustawom naszej konstytucji, zapewniającej wszystkim jednakowe prawo do nauki bez względu na wyznanie, uchwała senatu akademickiego wprowadza segregację studentów na bardziej i mniej uprzywilejowanych, segregację, opartą właśnie na przynależności wyznaniowej. Uchwała senatu akademickiego wprowadza numerus clausus, w zmienionej, ale za to w dotkliwszej formie: zamiast ograniczeń w dopuszczeniu do studjów uchwała wprowadza ograniczenia dla przyjętych już do uniwersytetu. Faktem jest, że do chwili obecnej prosekutorjum jest ciągle zamknięte dla studentów żydów, którzy muszą uważać rok ten, jeżeli jeszcze nie za stracony, to w połowie za zmarnowany bezpowrotnie. Wprowadzenie rygorów natychmiastowych, zanim jeszcze rząd wyda odpowiednią ustawę, równa się wywarciu presji moralnej zarówno na rząd, jak i

na żydowski odłam naszego społeczeństwa. Rygory te spadają na tych, którzy najmniej w całej sprawie zawinili. Młodzież, garnąca się do uniwersytetów, rekrutuje się na całym świecie, a więc i w tym wypadku, ze sfer inteligentnych i oświeconych. Ona musi być i jest zawsze najpierwszym pionierem w walce o postęp i światło w najbliższych swych kołach. Jest rzeczą aż nadto oczywistą, że młodzież sama nie może tej sprawy załatwić, że najenergiczniejsza akcja z jej strony nie rozwiąże kwestji tak starej. Tymczasem tę młodzież właśnie uchwała senatu krzywdzi bezpośrednio i najdotkliwiej. Jeżeli zaś krzywda dzieci ma być ostrogą dla zbyt opieszalych ojców, to trudno przejść obojętnie koło moralnych pobudek inspirujących takie uchwały. Wreszcie zaznaczyć trzeba, że uchwała ta zdolna jest podsyć i zaognić antagonizmy pomiędzy młodzieżą, które przez jej przewodników łagodzone i miarkowane być muszą.

Przeciwko uchwałę tej Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej zakłada uroczysty protest.

Prezes (—) Dr. K. Dłuski.
Sekretarz (—) Dr. W. Knappe.

W związku z powyższymi odezwaniami Komitet Redakcyjny „Warsz. Czas. Lek.“ zajął następujące stanowisko w sprawie uchwały senatu akademickiego Uniwersytetu Warszawskiego, powziętej 17 listopada r. b., w kwestji dostarczania do prosekutorjum zwłok żydowskich:

1) Uchwała senatu krzywdzi niesłusznie studentów żydów, gdyż:

- a) wpływ ich na dostarczanie zwłok do prosekutorjum może być tylko pośredni i nieznaczny;
- b) nawet najbardziej wytężone usiłowania grup jednostek nie mogą w żadnym razie doprowadzić do rezultatu natychmiastowego, wobec uporu ciemnego i fanatycznego tłumu;
- c) uregulowanie ostateczne sprawy jest niemożliwe bez specjalnej ustawy, wydanej przez rząd.

2) Uchwała senatu sprzeczna jest z postanowieniami konstytucji, gwarantującymi równe prawo do nauki dla wszystkich obywateli bez różnicy wyznania.

3) Wprowadzając kontyngensowanie zwłok żydowskich, uchwała wprowadza względem jednej grupy społeczeństwa sankcję specjalną, opartą na przynależności wyznaniowej, co jest aktem bezwzględnie bezprawnym.

4) Uchwała senatu przyczynia się do spotęgowania antagonizmów rasowych w całym społeczeństwie i przede wszystkim w kołach młodzieży.

Życiorys i działalność ś. p. Ludwika Guranowskiego *).

Podał

Zdzisław DOBROWOLSKI (Warszawa).

Życie i działalność ludzi zasłużonych dla społeczeństwa powinny być brane pod uwagę dla przykładu i nauki współczesnych i potomnych.

Jeżeli rozpatrzymy pracowite życie ś. p. Ludwika Guranowskiego, to przyjdziemy do wniosku, że był to człowiek, wyrosły ponad zwykły poziom.

Wielkie zalety charakteru: patriotyzm, uczciwość, sumienność w wykonywaniu obowiązków i pracowitość do ostatniego tchnienia dla nauki polskiej i społeczeństwa cechowały tę wzniosłą postać.

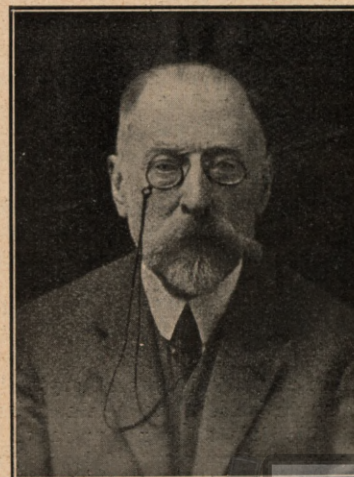
Ten typ inteligentny, szlachetny, pełen dobroci i usłużności względem kolegów powinien przejść do panteonu zasłużonych lekarzy polskich.

Ś. p. Ludwik Guranowski urodził się w 1853 r. i wychował w Kaliszu, zmarł 5 sierpnia b. r. w Ciechocinku; w rodzinnym mieście ukończył gimnazjum, zaś wydział lekarski w Dorpacie, w okresie wielkiego rozkwitu tej uczelni.

W uniwersytecie dorpackim wykładali wtedy słynni uczeni i pedagodzy.

*) Według przemówienia na posiedz. Tow. Lek. Warsz. dn. 19. X. 1926 r.

Wymienię tutaj kilku z nich: fizjolog — Bunge i Aleksander Schmidt, chemik Karol Schmidt, akuszer i ginekolog — Runge, Kraepelin — psychiatra, Vogel i Hoffmann — interniści, chirurdzy — Wahl



i Bergmann, Reheman, Dehio — internista, Artur Betcher — anatomopatolog, docent, polak Adam Wikszemski i inni. Atmosfera naukowa wszechniczy

dorpackiej oraz życie koleżeńskie wśród kolegów polaków dodatnio wpłynęły na umysłowość i późniejszą działalność ś. p. Ludwika.

Z pośród wybitnych rodaków naszych, studjowali nauki w Dorpacie: prof. Tytus Chałubiński, prof. Ignacy Baranowski, przyrodnik Dybowski, filozof Wincenty Lutosławski, Dr. Ksawery Watraszewski, Prof. Adam Wikszemski internista. Prof. Kader. Prof. Rotherth i wielu, wielu innych.

Po ukończeniu wszechnicy Guranowski około 3-ich lat był wojskowym lekarzem podczas wojny rosyjsko-tureckiej w 1876—1878 roku, a następnie lekarzem ziemskim w gubernji Czernihowskiej.

Potem osiadł w Warszawie, gdzie był asystentem w szpitalu Dziecątka Jezus na oddziale chirurgicznym D-ra Władysława Orłowskiego.

Odbywszy studja w chorobach gardła i uszu w Berlinie i Wiedniu, rozpoczął praktykę lekarską w naszym mieście.

Nie dbał on zbyt o dobra materialne, tak, że w ostatnich latach był zmuszony przyjąć miejsce w ambulatorjum Kasy Chorych na Pradze.

Ś. p. Ludwik posiadał dar szybkiej orientacji i spostrzegawczości nietylko w sprawach lekarskich, lecz i politycznych.

Kiedy w roku 1920, na kilka dni przed walkami pod Radzymińcem i Ossowem, znajdowałem się z nim w gronie kilku kolegów, z których jeden wyraził wątpliwość co do ostatecznego wyniku wojny, ś. p. Ludwik orzekł krótko: „powiedźcie mi, mój kolego, w jakiej wojnie Moskale zwyciężyli?”

Te parę wyrazów odrazu uspokoiło pesymistycznie nastrojonych kolegów. A znał on dobrze naszych sąsiadów ze wschodu, gdyż, jak wspominałem, służył kilka lat w wojsku podczas kampanji tureckiej i ziemstwie rosyjskiem.

W pracy społecznej i naukowej nigdy nie ustawał; śmiało można powiedzieć, że był jednym z pierwszych lekarzy polskich, którzy zrozumieli wielkie znaczenie ryno-otjatrii w szeregu nauk lekarskich.

Był też razem z Edmundem Modrzejewskim i Teodorem Heymanem jednym z pierwszych, którzy wnieśli polską naukę o chorobach uszu na wyższy poziom.

W braku u nas uczelni dla chorób uszu często udawał się zagranicę, gdzie studjował ulubioną specjalność.

Uczył się we Wrocławiu, Wiedniu i Berlinie; konferował z luminarzami otjatrii: Politzerem, Hermanem Schwartzem, Briegerem, Jansenem i innymi, a zdobyte wyniki wiedzy przywoził do kraju, by się nimi dzielić z kolegami i stosować w praktyce lekarskiej.

Godnie piastował honorowe urzędy lekarskie, jako prezes zarządu Kasy oszczędnościowo-pożyczkowej, jako skarbnik i członek zarządu Stowarzyszenia lekarzy polskich i Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Sędzia w tejsze instytucji. Członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego był przez lat 37, pełniąc przez kilka lat obowiązki członka zarządu i gospodarza domu i lokalu Towarzystwa.

Tutaj razem z D-rem Kosmowskim i niezapomnianymi ś. p. D-rem Dobrskim, Prof. Włodzimierzem Brodowskim, Henrykiem Dobrzyckim, Alfredem Sokółowskim i innymi przyczynił się do odrestaurowania i większej dochodowości domu Towarzystwa.

Przez dziewiętnaście lat był wydawcą tygodnika „Medycyna“, a po fuzji jej z „Kroniką Lekarską“ w dalszym ciągu, jako wydawca tych pism połączonych, starannie dbał o ich naukowość. Medycyna a następnie w połączeniu z Kroniką Lekarską szlachetnie emulowała z Gazetą Lekarską na polu naukowym.

Przyciągała ona wiele wybitnych sił, zachęcając liczne grono swych czytelników i współpracowników do pracy w piśmiennictwie lekarskiem.

A był to okres wielkiego ucisku i przygnębienia polskiej nauki.

Założył Polski Przegląd Oto-laryngologiczny—pierwsze pismo polskie w tej dziedzinie, będąc do zgonu wydawcą i głównym jego promotorem.

W uznaniu zasług na polu oto-laryngologii ś. p. Ludwik kilkakrotnie był wybierany na prezesa sekcji, a następnie Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Tu też otrzymał godność członka honorowego.

Co się tyczy działalności czysto literackiej, zaznaczą, że ś. p. Ludwik napisał dwadzieścia kilka prac naukowych, przeważnie z dziedziny oto-laryngologii, kilka z nich wyszło w specjalnych pismach niemieckich.

Nie pisał dużo i rozwlekle, lecz treściwie. Z prac Jego niektóre posiadają znaczną wartość naukową, jak:

1. Ocena 2-go wydania podręcznika otjatrii J. Grubera — wyszła w miesięczniku niemieckim „Monatschrift f. Ohrenheilkunde“.
2. O ciałach obcych w uchu — Medycyna.
3. O ostrym zapaleniu ucha średniego w przebiegu influenzy — Medycyna.
4. Przypadek nekrozy błędnika, po polsku i po niemiecku.
5. Obecny stan wiedzy o tak zwanej otosklerozie—Medycyna.
6. Ubezpieczenia na życie, a choroby narządu słuchowego—Medycyna i Kronika Lekarska 1916 r.
7. O wskazaniach do operacji doszczętej w przebiegu zapalenia ucha środkowego — Medycyna i Kron. Lekarska.
8. O organizacji pracy umysłowej. — Med. i Kron. Lek. 1912 r.; w pracy tej Guranowski omawia cyfrowy system kolekcjonowania dzieł naukowych podług amerykańnika Melwila Deweya.
9. Badania uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych—w oddzielnej broszurze i t. d.

W powyższej broszurze daje wyraz znaczeniu badania słuchu u uczącej się młodzieży, zaznaczając, jak wybitną rolę odgrywa słuch w postępach naukowych.

Od wielu lat ś. p. Ludwik pragnął poświęcić się temu zadaniu.

Już za czasów niewoli, przy Apuchtynie, starał się o miejsce lekarza otjatrii w szkołach początkowych, lecz bezskutecznie. Dopiero na schyłku życia otrzymał tę placówkę, aby ją wykorzystać dla dobra naszej dziatwy szkolnej.

10. Przypadek krupowego zapalenia zewnętrznego przewodu słuchowego i błony bębenkowej. Gaz. Lek.
11. Photoxylinlösung als Mittel zum Verschluss persistenter Trommelfellperforationen. — Monatschr. f. Ohren. 1887.
12. Przyczynek do kazuistyki szczepień błony z jaja kurzego na przedziurawionej błonie bębenkowej.—Medycyna.
13. Przypadek gruźliczego zapalenia ucha środkowego i kilka uwag o gruźlicy ucha środka. wogóle—Medycyna 1894. To samo po niemiecku w Monat. f. Ohren. 1894 r.
14. Przypadek podwójnego przewodu słuchowego. — Przegl. Chirurg.; To samo po niemiecku w Zeitschr. f. Ohren.
15. Kilka uwag w sprawie t. zw. objawu Wannera. — Med. i Kr. Lekarska 1918 r. i inne.

Lecz najwybitniejszym dowodem pracowitości i umiłowania rodzimej medycyny jest dzieło Guranowskiego o życiu i pracach naukowych lekarzy polskich.

Pracę tę ś. p. Ludwik zainicjował i był głównym jej redaktorem, a kontynuował ją wspólnie z kilku kolegami, jako dalszy ciąg wiekopomnego dzieła Stanisława Kośmińskiego o pod tytułem „Słownik lekarzów polskich“.

Pracy, poczętej od roku 1883, to jest od chwili zgonu Kośmińskiego, a doprowadzonej do roku 1916-go Guranowski poświęcił trud kilkoletni.

Powyższe dzieło w rękopisie o kilkunastu grubych zeszytach zostało odstąpione Prof. Dzierzowskiemu dla Akademji Lekarskiej, gdzie czeka ono na wydanie w druku.

Jako współpracowników dzieła Guranowskiego należy wymienić kolegów: Tadeusza Borzęckiego, Józefa Jaworskiego, Stanisława Orłowskiego, Arkadiusza Puławskiego, Władysława Starkiewicza, Bron. Szymańskiego, Józefa Zawadzkiego, Steinborna z Torunia oraz naszego obecnego bibliotekarza Szanownego Kol. Maksymiljana Zwejbaumaa.

Przypomnę, że to sławne dzieło Kośmińskiego zawiera 665 stronic bitego druku i nosi tytuł następujący: „Słownik lekarzów polskich, obejmujący oprócz krótkich życiorysów lekarzy Polaków oraz cudzoziemców, w Polsce osiadłych, dokładną bibliografię lekarzy polskich od czasów najdawniejszych aż do roku 1885“, ułożył Stanisław Kośmiński członek i bibliotekarz Warsz. Tow. Lekarskiego.

Nie można pominąć, że lata 1884 i 85 dopełniła w słowniku wdowa po zmarłym przedwcześnie małżonku¹⁾ przeczna Lucyca Stanisławowa Kośmińska.

¹⁾ Stan. Kośmiński zmarł w 45 roku życia.

Dzieło poprzedza życiorys Kościńskiego i przepiękna, serdecznie żałowana o zmarłym przemowa D-ra Józefa Peszkiego, również zasłużonego pracownika na niwie o czystej. W Słowniku lekarzy polskich Kościńskiego i Guranowskiego każdy lekarz, czy to polak czy cudzoziemiec, znajdzie szczegółowe dane o życiu i pracach naukowych naszych lekarzy.

Słownikiem lekarzy polskich i Polskim Przeglądem otolaryngologicznym ś. p. Ludwik Guranowski postawił sobie za życia spisowy pomnik we wdzięcznej pamięci rodaków.

Ś. p. Dr. Julian Kramsztyk *)

Podaj

Wł. SZENAJCH (Warszawa).

Zrzadzeniem losu żegnam po raz ostatni nad otwartą mogiłą drugiego Kramsztyka.



Przed kilku laty zegnałem wielkiego miłośnika i znawcę piękna w przyrodzie, w życiu, w człowieku, w sztuce; wnikliwego myśliciela, który określał ogólne zasady myśli lekarskiej i wskazywał nam drogi należytego postępowania lekarskiego.

Dziś — imieniem Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego — żegnam współtwórcę nowego działu medycyny — nauki o chorobach dzieci.

Gdy ś. p. Julian Kramsztyk w latach 70-tych ubiegłego stulecia rozpoczął swą działalność lekarską, pedjatrii polskiej — można powiedzieć — nie było prawie zupełnie; lekarzy polaków, zajmujących się wyłącznie chorobami dzieci, było w całej Polsce zaledwie kilku. Na zachodzie nasza nauka była również dopiero w zarodku: w całej Europie istniało zaledwie kilka katedr pedjatrii i kilkadziesiąt małych szpitali dziecięcych. Na ziemiach polskich były tylko dwa

szpitale dla dzieci: jeden w Warszawie na 80 łóżek, drugi we Lwowie na 40 łóżek, czyli razem w całej Polsce 120 łóżek dziecięcych. O dziale społecznym pedjatrii nie było wtedy nawet mowy: nie istniały ani „krople mleka“, ani poradnie dla matek, ani kolonje letnie, ani przychodnie prze-ciwgruźlicze.

Rozpoczynając w tych warunkach w nowopowstałym w roku 1878 szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów pracę na polu pedjatrii, Kramsztyk — w poczuciu obowiązku narodowego i naukowego — nie ogranicza się tylko do pracy w szpitalu i na polu swej rozległej praktyki lekarskiej, lecz jednocześnie pragnie wzbogacić rodzime piśmiennictwo lekarskie, tak ubogie w owe czasy, naukowymi pracami z dziedziny nowej gałęzi medycyny i przekazać swą wiedzę uczniom.

„Oddział przez Niego założony, a zwłaszcza ambulatorjum, istniejące przy szpitalu, dosłownie roły się od absolwentów medycyny i młodych lekarzy, nietylko z Warszawy, lecz nawet z głębokiej prowincji, pragnących zapoznać się z tym prawie nieznanym im działem medycyny“ — świadczy długoletni towarzysz pracy zmarłego.

Szczęściem nazywali liczni lekarze możliwość pracy z Kramsztykiem, gdyż szczęściem jest dla młodego lekarza, gdy ma kierownika, który nauczy go być prawdziwym lekarzem, t. j. służyć cierpiącej ludzkości, który nauczy go pracować, nie oszczędzając swych sił, który wszczepi w niego zasady humanitaryzmu w stosunku do chorego, który może być dlań wzorem postępowania etycznego względem kolegów i nauczy cenić zdanie innych lekarzy, który wszczepi weni zasadę, że przy łóżku chorego czy to w ustaleniu rozpoznania, czy to w wyborze środków leczniczych winien kierować się wyłącznie prawdą naukową. Takim lekarzem, kierownikiem i kolegą był ś. p. Julian Kramsztyk.

W spuściznie naukowej pozostawił Kramsztyk 28 prac; niektóre prace zmarłego kolegi po dziś dzień nie straciły na wartości, a dzięki jednej z nich — w której po raz pierwszy szczegółowo opisał nową postać chorobową: „rzmień powrotny podobny do płonicy“ — imię Kramsztyka weszło do wszechświatowej literatury lekarskiej i pozostanie w niej na zawsze, gdyż choroba ta, — „Erythema scarlatiniforme recidivans“, stale będzie łączona z nazwiskiem Kramsztyka.

Gdyby Kramsztyk rozpoczął swą działalność naukową w naszych czasach, to przy swej głębokiej wiedzy wzbogaciłby piśmiennictwo rodzime jeszcze większą liczbą prac i zająłby odpowiednie stanowisko naukowe. Niestety, Kramsztyk prawie całe swe życie przeżył w niewoli, w czasach, w których stanowisko w społeczeństwie dawała lekarzowi tylko rozległa praktyka, a nie zasługi naukowe. Wolność ojczyzny i możliwość prawdziwie owocnej pracy naukowej zastała Kramsztyka już w późnej jesieni Jego życia.

Kramsztyk, dzięki swej wiedzy, niezmordowanej pracy i talentowi lekarskiemu, stał się wkrótce sławnym, lekarzem dzieci w całej Polsce. „Tak powiedział dr. Kramsztyk“ — oto wyrok, któremu matki bezapelacyjnie wierzyły i ufały.

Chciałbym zwrócić uwagę na jeden szczegół: karetę, wiozącą d-ra Kramsztyka do chorych, można było spotkać nietylko w śródmieściu, nietylko przed domami i pałacami plut- i arystokracji, lecz również widziało się ją i na Powiślu, i w ciasnych zaułkach ghetta żydowskiego, i na Woli, i w Mokotowie. Wszędzie niósł On swą pomoc z poczucia obowiązku społecznego, który kazał Mu gorliwie pracować w różnych towarzystwach humanitarnych, jak Tow. Dobroczynności, Tow. Ochron, Tow. Osad Rolnych, Tow. Kolonij Letnich.

Nieskory do objawów uznania dla swoich, świat lekarski polski wyróżniał Kramsztyka zaszczytnie. Jako członek Tow. Lekarskiego Warszawskiego niejednokrotnie był wybierany do różnych komisji, był wiceprezesem sekcji pedjatrycznej przy Tow. Lekarskiem, członkiem Redakcji „Przeglądu Pedjatrycznego“ i „Pedjatrii Polskiej“, był współzałożycielem i wiceprezesem Polskiego Tow. Pedjatrycznego, które w roku 1922 — w uznaniu wieloletnich zasług Jego na polu pedjatrii polskiej — nadało Mu najwyższą godność, jaką instytucja naukowa rozporządza: sekretarza stałego.

*) Mowa pogrzebowa wygłoszona d. 28.X. 1926 r.

Jako nestor pedjatrów polskich, Kramsztyk w charakterze prezesa honorowego przewodniczył na pierwszym zjeździe pedjatrów w Warszawie, w roku 1922. A gdy w r. 1925 Tow. Pedjatryczne uczciło uroczystym obchodem i wydaniem zbioru prac 50-letnie Jego pracy lekarskiej, to w tem święcie pedjatrów wzięli udział przedstawiciele wszystkich stowarzyszeń i towarzystw lekarskich w Warszawie.

Żył skromnie.

Pracował z młodzieńczą werwą i ze świeżością swojego lotnego umysłu prawie do ostatnich chwil swego życia.

Zdziałał wiele.

Zniósł wielkie cierpienia i ciernie, szczególnie w ostatnich latach swego życia..

Ulżył niedoli mnogiej.

Amore et scientia pueros salvabat..

Zmarł człowiek wielkiej kultury i wielkiego serca.

Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

— Dnia 16 b. m. Polskie Tow. Med. Społ. na uroczystym posiedzeniu obchodziło 10 lecie swego istnienia. Przy tej okazji Towarzystwo zamianowało swymi członkami honorowymi kolegów: Kazimierza Dłuskiego, Edwarda Flałaua, Samuela Goldflama, Rafała Radziwiłłowicza, Ludwika Rajchmana — wszystkich z Warszawy, oraz Szymona Starkiewicza z Buska.

Posiedzenie zakończył odczyt kol. L. Hirszfelda p. t. „Próby dochodzenia ojcostwa na zasadzie badań biologicznych“.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie nadesłał nam odezwę do Zarządów wszystkich zdrojowisk, uzdrowisk i zakładów leczniczych w Polsce, którą w całości podamy w numerze styczniowym. Dziś zaznaczamy tylko, że Stowarzyszenie Lekarzy Polskich przystępuje do zorganizowania cyklu odczytów o naszych zdrojowiskach, miejscowościach i zakładach leczniczych.

— Pamiętnik XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Komitet Organizacyjny XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (który się odbył w r. 1925 w Warszawie), rozesłał w tych dniach pamiętnik do uczestników Zjazdu, którzy wnieśli swego czasu pełne opłaty (30 zł.).

Dwa tomy pamiętnika obejmują razem 840 stron druku.

Ponieważ wiele przesyłek wraca z poczty z powodu wadliwych adresów i t. p. i ponieważ w najbliższym czasie agendy XII Zjazdu zostaną całkowicie zlikwidowane, uprasza się kierować bez zwłoki wszelkie reklamacje do komitetu w Warszawie. ul. Chałubińskiego 5.

— Kursy dla lekarzy urządza Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, podobnie jak w roku zeszłym, przed świętami Wielkanocnymi r. 1927, w ciągu dni 10. Szczegółowy program kursu zostanie ogłoszony z początkiem stycznia 1927. Informacyj udziela i zgłoszenia przyjmuje II sekretarz Komisji kursów, Dr. Stanisław Dziuba, Kraków ul. Kopernika 15.

— Z okazji 25-lecia Domu Zdrowia, „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem Koło Prziwiciół Akademika Polskiego w Zakopanem zwołuje na dzień 4 stycznia r. 1927 zjazd jubileuszowy z programem następującym:

3 Stycznia od godz. 8 do 11 wieczór zebranie towarzyskie w restauracji „Tatrzańskiej“.

4 Stycznia o godz. 9 rano Msza święta w kościele parafjalnym — potem zwiedzenie Domu Zdrowia „Bratnia Pomoc“, oraz Sanatorium Nauczycielskiego. O 12-ej rano zebranie Członków Zjazdu w sali Domu Zdrowia „Bratnia Pomoc“.

a) Zgagałenie Zjazdu przez prezesa Koła Prziwiciół Ak. Polsk. Dra Józefa Żychonia; b) przemówienia delegatów; c) zadanie przyszłości; d) zakończenie Zjazdu. O godz. 9 wiecz. raut w salonach Sanatorium Polskiego Czerwonego Krzyża.

— Jednocześnie z odbyć się mającym w końcu maja i w pierwszych dniach czerwca r. 1927 w Warszawie IV Międzynarodowym Kongresem Medycyny i Farmacji Wojskowej w ścisłej z nim łączności urządzona będzie pod protektoratem p. Prezydenta Rzeczypospolitej Międzynarodowa Wystawa Sanitarno-Higieniczna. Adres Komitetu Wystawy: Gmach M. S. Wojsk. Nowowiejska 5. Departament VIII Sanitarny, pokój Nr. 357.

— W czasie od 22 do 26 maja r. 1927, odbędzie się we Francensbadzie II Międzynarodowy specjalny kurs chorób kobiet i serca, na którym między innymi wygłoszone zostaną odczyty o działaniu leczniczym świeżo wywierconych

francensbadskich źródeł soli glauberskiej i o wskazaniach do ich stosowania. Na prelegentów pozyskano wybitnych teoretyków i praktyków.

— Na walnym zebraniu członków Warszawskiego Koła Radiologów dn. 23 listopada 1926 r. do Zarządu Koła na r. 1927 zostali wybrani: kol. Bronisław Sabat na prezesa (pocownie), kol. Benjamin Kryński, na sekretarza i kol. Emil Glowacki na skarbnika.

— Dnia 13 b. m. odbyła się w sali Tow. Naukowego konferencja na temat „Medycyna a Esperanto“. Głównymi referentami byli: Prof. Dr. Bujwid z Krakowa, Dr. Róbin z Warszawy i prof. Kronenberg z Bydgoszczy.

Prof. Dr. Bujwid mówił o tem, że lekarze nieraz po za medycyną zajmowali się postronnymi naukami, w których zyskiwali niejednokrotnie wszechświatową sławę. Naprz. Kopernik, który położył wiekopomne zasługi w astronomji, Chałubiński — znakomity botanik i przyrodnik, Richet, laureat Nobla, wprowadził udoskonalenia w aeronautyce, Jędrzejewicz, pierwszorzędnym astronom, Biegański, wybitny filozof, wreszcie Zamenhof, wszechświatowej sławy twórca języka Esperanto, — języka, który dziś ma wszelkie szanse stania się wkrótce ogólnie przyjętym językiem porozumiewawczym całego świata.

Dr. Róbin dowodził konieczności obrania właśnie języka Esperanto, a nie żadnego innego, na język obrad na Zjazdach Lekarskich Międzynarodowych, — na których wielojęzyczność niszczy główny cel tych zjazdów, wzajemną wymianę myśli. Również p-rasa lekarska, dziś tak wielojęzyczna, jest niedostępna dla większości lekarzy. Dalej prace naukowe lekarzy, należących do narodowości niegłównych, są upośledzone, bo muszą być tłumaczone i szukać gościny w pismach niemieckich lub francuskich, — stąd znaczne trudności, opóźnienia i t. d. Nieraz zdarzało się, że wcześniejsze odkrycie naszego badacza było przypisywane Niemcowi lub Francuzowi po upływie 1 — 2 lat. A po dr-że lekarzy do klinik zagranicznych? Nie każdy może znać 3 — 4 języki tak, aby móc swobodnie porozumieć się z lekarzami i chorymi zagranicą.

Lekarze oddawna doszli do przekonania, że tylko jeden wspólny język sztuczny zdoła te trudności usunąć. Za Esperantem w medycynie wypowiedzieli się tacy koryfeusze, jak prof. Richet, Bouchard, d'Arsonval, Lépine, Forel, Vierordt, Strauss, Simswoodhead, Pirquet, mnóstwo uczonych japońskich, i u nas Bujwid, Wrzosek, Skłodowski, święcicki i inni.

Jako ośrodek ruchu esperanckiego wśród lekarzy istnieje pismo „Internacia Medicina Revuo“, wychodzące we Francji (redaktorzy: Briquet, Blassberg i Róbin) i centralny Związek lekarzy — esperantystów — Teko.

Prof. Kronenberg podnosił niestychaną łatwość języka Esperanto, zwłaszcza dla lekarzy, i na przykładach dowiódł, że wiele zdań można zrozumieć odrazu, bez nauki. Nauka przeciętnie powinna trwać 2 — 3 miesiące. t. j. 15 — 20 lekcyj.

W związku z powyższem donosimy, że zebranie lekarzy i zawodów pokrewnych, chcących uczęszczać na kurs Esperanta, odbędzie się w piątek 7 stycznia, o godz. 9 wiecz. w lokalu „Konkordo“, ul. Marszałkowska 141, m. 17, tel.: 19401.

Osoby z prowincji mogą korzystać z korespondencyjnego kursu Esperanta pod kierunkiem prof. Kronenberga. Opłata za całość kursu (samouczek, poprawa zadań, przesyłki poczt.), wynosi 10 zł., które składać należy na konto 41.059 P. K. O. Warszawa

— Dnia 8 listopada r. b. odbyła się do Fabryki Przem.-Handl. Zakł. Chemiczn. Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc. w Tarchominie, zbiorowa wycieczka P. P. Lekarzy, uczestników kursu z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych, urządzonego staraniem Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

Uczestnicy wycieczki zwiedzili, między innymi: Novarsenobenzolu, zastrzyków podskórnych, preparatów galenowych i specyfików, oddziały: Phosphitu, Calcitriny, wytwórnie octu, jedną z najstarszych w Polsce, dział tabletek, zaopatrzone w najnowsze maszyny, oddział pasty do zębów „Dentosan“ oraz krem „Haz-Elite“, wytwórnię sztucz- „Dentosan“ oraz kremu „Haz-Elite“, wytwórnię sztucz- ków i innych zwierząt, niezbędnych do doświadczeń naukowych.

Przemysłowco-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn w chwili obecnej zatrudniają około 800 pracowników. W Oddziale Naukowym i Technicznym pracują: chemicy, lekarze, inżynierowie, farmaceuci i mechanicy ze współudziałem sił uniwersyteckich. —III

— Dnia 16 grudnia r. b. upłynęło lat 30 od czasu objęcia przez kol. Władysława Janowskiego ordynatury w szpitalu Dz. Jezus. Oddział Szpitalny kol. Janowskiego należał i należy do tych, niestety, nielicznych oddziałów, które pozostawiły po sobie trwałe ślady swego istnienia. Z oddziału tego wyszło kilkunastu wytrawnych i wykształconych lekarzy oraz około 20 prac, z których większość ma dla nauki wartość niepoślednią. W dniu jubileuszu asystenci oddziału składali swemu zasłużonemu szefowi powinszowania i życzenia, do których i my dołączamy swoje najgorętsze gratulacje.

— Opuścił prasę zeszyt 4 tomu IV Polskiego Archiwum Medycyny wewnętrznej, poświęcony prof. Witoldowi Orłowskiemu z okazji 30 lecia jego pracy naukowo-lekarskiej. Pokazny ten zeszyt zawiera, oprócz życiorysu Jubilata, 17 obecnym prac naukowych przeważnie byłych i obecnych asystentów prof. Orłowskiego. Strona zewnętrzna zeszytu, jak zawsze, bez zarzutu.

— „Głos Prawdy“ daje czytelnikom swoim raz na tydzień dodatek p. t. Zdrowie i Higiena Społeczna, w którym w sposób popularny a umiejętny podaje wiadomości z medycyny i higieny. Nowości te należy powitać z uznaniem.

— W sierpniu r. b. upłynęło 100 lat od śmierci wynalazcy auskultacji Laënneca. Obszerniejszą wzmiankę o znakomitym lekarzu francuskim podamy w jednym z następnych numerów.

— Pod nazwą „Niemieckie Towarzystwo do badań grup krwi“ powstało Towarzystwo, mające na celu badanie problemów, związanych z biologią ras, przy pomocy wykrytej przez Landsteina, a zastosowanej do tego celu po raz pierwszy przez Hirszfelda izoaglutynacji. Wiadomość tę opatruje „Klinische Wochenschrift“ następującą uwagą: „Rozesłane przez Towarzystwo wezwanie zostało podpisane przez licznych badaczy krajowych i zagranicznych, pomiędzy którymi dziwnym trafem brak nazwisk zarówno obu wymienionych, jak innych uczonych, którzy właśnie w dziedzinie badań grup krwi położyli wielkie zasługi, jak v. Dunger, Schiff, Bernstein, Lattes i inni. Uczyniona przez kierownictwo pisma próba otrzymania od zarządu Towarzy-

stwa wyjaśnienia, dlaczego pominięto najkompetentniejszych badaczy, nie dała wyniku zadawalającego. Ograniczono się do zaznaczenia, że „ze względów technicznych było wprost rzeczą niemożliwą zaproszenie do grona założycieli ściśle 600 ludzi, którzy nad grupami krwi pracowali“. Landsteiner i Hirszfeld są ojcami duchowymi metody oraz jej specjalnego zastosowania, i sprawa przedstawia się tak, jak gdyby za życia Ehrlicha zostało założone Towarzystwo do badania salwarsanu i nie uważano by za potrzebne zaproszenie do współpracy samego Ehrlicha.

— Otrzymałszy z prośbą o wydrukowanie, co następuje:

KOMUNIKAT. Lekarskie Towarzystwo Wydawnicze (Sp. z o. o.), Warszawa, ul. Boduena Nr. 2, tel. 180-88, podaje uprzejmie do wiadomości, że z dniem 1-go stycznia 1927 roku. rozpoczyna i prowadzić będzie wszelkie czynności w zakresie wydawnictw wchodzące, jako to: wydawnictwo czasopism lekarskich, administracją tychże, wydawnictwo dzieł naukowych lekarskich, podreczników, broszur i t. p.; zakup praw autor- skich; wydawnictwo prac lekarskich na rachunek autorów, przyczem Towarzystwo w miarę swych środków udzielać będzie udogodnień kredytowych przy spłatach kosztów wydawnictwa (w drodze rat i t. p.); dostarczanie na zamówienie lekarskich czasopism i dzieł z zagranicy.

Niżej podpisani członkowie lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego wierzą, że w działalności swej spotkają się z pomocą i uznaniem licznych rzesz pracowników naukowych, — ku nożytkowi rodzimego piśmiennictwa lekarskiego.

Dr. K. Bagdach, Dr. J. Bujalski, Dr. G. Raciązek, Dr. R. Wierzbicki.

Strowski—zastępca prawny.

— Zmarli: W sędziwym wieku zmarł prof. Eberth, znakomity patolog i bakterjolog, odkrywca łasecznika duru brzuszego.

NADESŁANO DO REDAKCJI:

— Stan. Kopczyński. Kilka słów o Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego na schyłku XIX wieku. Odb. z „Nowin Lekarskich“ 1926, zes. 21.

— J. Celarek i H. Sparrow. Badania nad płcią w związku z akcją szczepienną według metody Dicków. Odb. „Medycynw doświadczalnej i Społecznej“. Tom VI. zes. 3 — 4 r. 1926.

— W. Bujak. Badania nad patogenezą ropomoczu u dzieci. Kraków. Nakł. Polskiej Akademii Umiejęt. 1926.

— Henryk Altkaufer. Opatrunki przezroczyste pomysłu własnego. Odb. z „Ginekologii Polskiej“. T. V. Z. II. 1926.

— Doc. Marta Erlichówna. Odrębności diagnostyki wieku dziecięcego. Odb. z „Pedjatrii Polskiej“. T. VI. Z. 5. 1926.

— Roman Markuszewicz. Psychoanaliza i jej znaczenie lecznicze. Warszawa. 1926. Nakł. Warsz. Kalendarza Lekarskiego.

— Stanisław Konopka. Polska Bibliografja Lekarska za rok 1925/1926. Rocznik I. Warszawa. 1926. Nakład. Warsz. Kalendarza Lekarskiego.

TREŚĆ: Z. ROSENBLUM. O dzieciach anormalnych. — F. GROSMAN. Zastosowanie elektrody hydrochinhydronowej do oznaczenia P_H w płynach ustrojowych. — M. SAIDMAN. O sprawach zastoinowych pecherzka żółciowego. — J. EISENFARB. Przypadek zakazania jelit i dróg żółciowych wielkouszczem jelitowym. — J. RUTKOWSKI. Przedziurawienie samoistne tętnicy udowej w przebiegu nurtującego zapalenia wsierdza. — J. AŁAPIN. O działaniu leczniczym bismogenu w kile. — M. FEIGIN. Podstawowa przemiana materji i jej znaczenie kliniczne (Streszcz. zbior. dokoń.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — E. KRAJEWSKI. Leczenie wapniowe upławów dziewiczych. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. SIMON. Kilka uwag o t. zw. typach i zespołach chorobowych. — W. ŁUNIEWSKI. Ustawa o małżeństwie w świetle dezwyderatów psychjatrii sądowej — Spraw. zawodowe. — Z. DĄBROWOLSKI. Życiorys i działalność ś. p. Ludwika Guranowskiego. — WŁ. SZENAJCH. Ś. p. Dr. Juljan Kramsztyk. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. ROSENBLUM. Les enfants anormaux. — F. GROSMAN. L'application de l'électrode hydroquinhydronique pour la détermination de P_H dans les liquides de l'organisme. — M. SAIDMAN. Les stases de la vésicule biliaire. — J. EISENFARB. Un cas d'infection des intestins et de la vœcè biliaire par le megalostoma intestinal. — G. RUTKOWSKI. La perforation spontanée de l'artère femorale au cours de l'endocardite ulcérente. — J. AŁAPIN. L'action thérapeutique de bismogène dans la syphilis. — E. KRAJEWSKI. Le traitement des peites blanches virginales par les sels de calcium. — A. SIMON. Quelques remarques á propos des types et syndrômes morbides. — W. ŁUNIEWSKI. La loi conjugale au point de vue de la psychiatrie judiciaire.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓLCZESNA“ w Warszawie, Szpitalna 10

tel. 193-95.

PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO

Oddział farmaceutyczny. Pabjanice, wojew. Łódzkie.



SISTOMENSINA „Ciba”

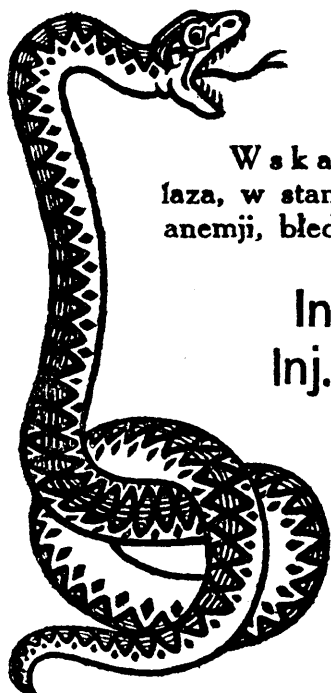
Hormon wydzielony z corpus luteum, będącego w stanie rozkwitu, regulujący przebieg miesiączki.

Zalety: Pewne i szybkie działanie, absolutna nieszkodliwość nawet przy dużych dawkach, łatwy i przyjemny sposób przyjmowania.

Wskazania: Wszelkie formy bolesnego miesiączkowania, krwawienia w okresie pokwitania oraz miesiączki krwotokowe spowodowane organicznymi zaburzeniami, bez poważnych anatomicznych zmian samych organów.

Postacie: Pudełko oryginalne zawierające 40 sztuk kołaczyków po 0,0125 gr.
Sistomensina „Ciba”.

311



DRAGÉES CHLOROPHYLI-COMP. GESSNER

zawierają około 0,05 chlorofilu, świeżo otrzymanego z liści, witaminy i fosfor.

Wskazania. We wszystkich wypadkach potrzeby zastosowania żelaza, w stanach ogólnego wyczerpania organizmu, a przede wszystkim przy anemji, blednicy i białaczce; jednym słowem tam, gdzie niezbędne jest szybkie powiększenie ilości czerwonych ciałek krwi.

Inj. Bismuthi-Jodo-Chinin. Gessner.

Inj. Bismuthi-Chaulmoograe Gessner.

Preparaty bezbolesne — we wszystkich okresach przymiotu.

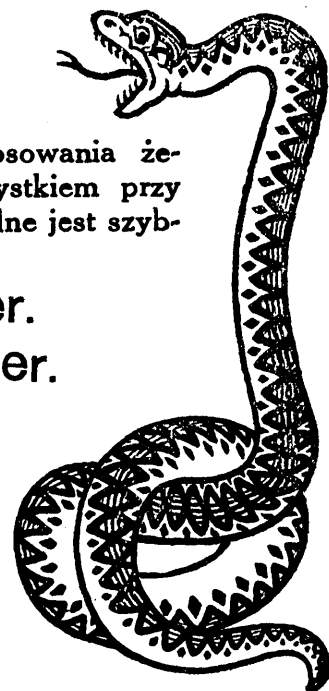
Inj. Triplex I, II, III

(Arsen, fosfor, strychnina).

Inj. Ferrofag I, II, III

(Arsen, fosfor, żelazo).

poleca



LABORATORJUM FARMAC.-CHEMICZNE JANA GESSNERA

w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 11. — Tel. 25-70. 195-48.

Próby i literatura na żądanie gratis i franko.

304

W postaci płukań gardła, proszków przeciw katarowi nosa, maści, świeczek, przymoczek, roztworów znieczulających, przeciw cierpieniom żołądkowym, polecamy:

STOVAINUM

preparat zastępujący COCAIN.

STOVAIN 1) przy równoznacznej z kokainą znieczulającej sile działania jest ze wszystkich tego rodzaju środków najmniej trującym.
2) nie powoduje ani bólu i zawrotu głowy, ani mdłości, ani omdleń.
3) nie wywołuje przyzwyczajania się.

STOVIN niema własności odurzających.

STOVIN nie wywołuje stowainomanji.

Les Établissements POULENC FRÈRES-Paris.

Skład główny na Polskę: PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN,

Sp. Akc. W A R S Z A W A.

Literaturę wysyłamy na żądanie

305

Lwowska Fabryka Chemiczna

„TLEN”

Spółka z ogr. odp. — Lwów — Zamarstynów.

Przedstawiciel na Warszawę: MIECZYŚLAW TULEJA, Solec 48 a, Tel. 303-56.

poleca łaskawej uwadze PP. Lekarzom znane ze swej dobroci

Sole do kąpiei z CO₂ (à la Nauheim)

Sole do kąpiei siarczane z CO₂

„ „ „ balsamiczno-sosnowe z CO₂

„ „ „ jodowo-bromowe z CO₂

„ „ „ żelazisto-borowinowe z CO₂

Sól żelazisto-borowinowa (na wzór Franzensbad)

Balnosan, stężona esencja sosnowa.

TLENOZON Sole do kąpiei tlenowych (O₂)

Środki do pielęgnowania ust i zębów:

PINOPAL Sole do kąpiei balsamiczno-sosnowych w kapsułkach.

W o d a do ust »Tlen«

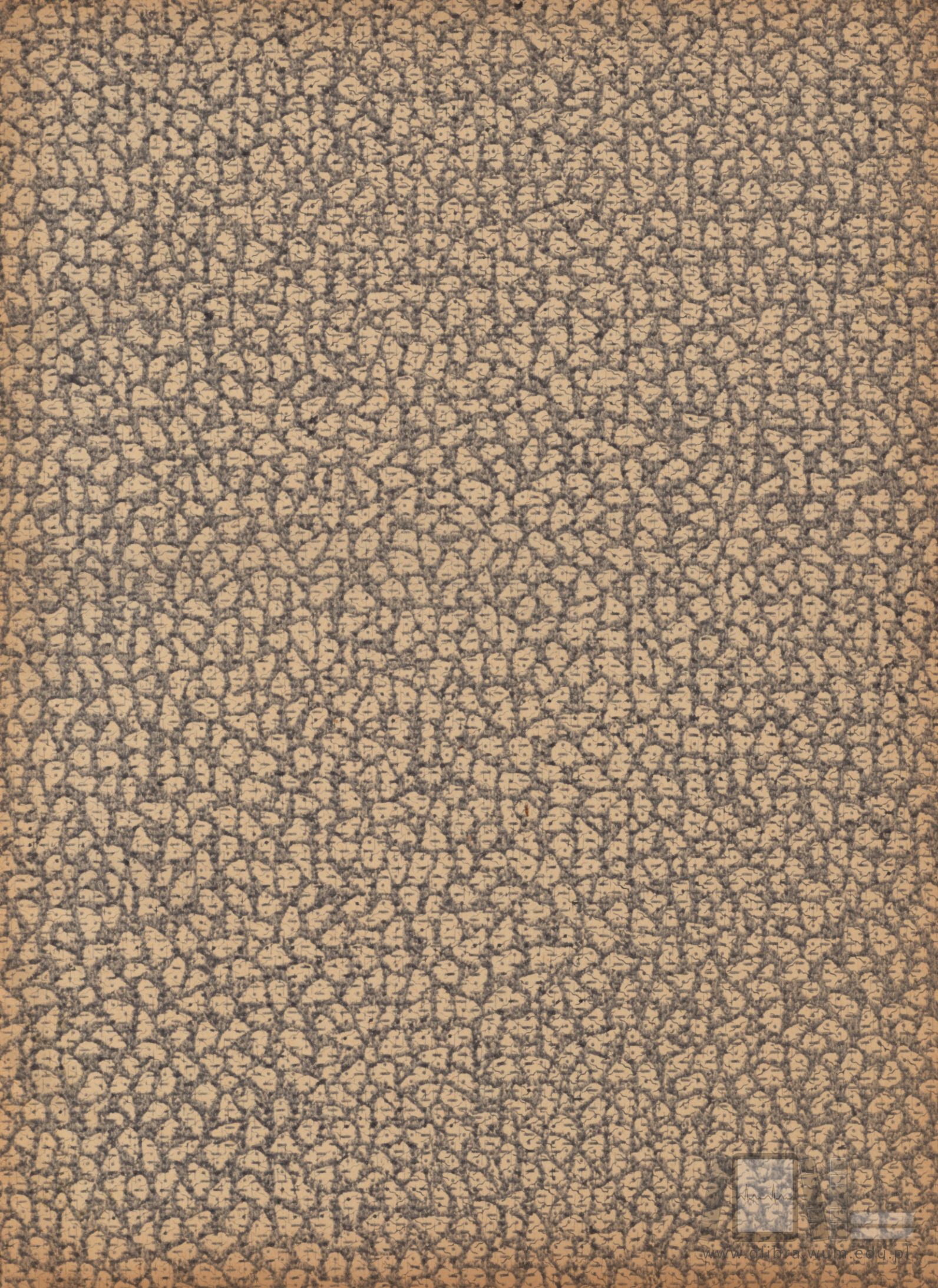
K r e m do zębów »Tlen«

P r o s z e k do zębów »Tlen«

— Mydła lecznicze i dezynfekcyjne. —

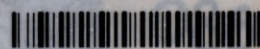
Do nabycia we wszystkich Aptekach i Saladach Aptecznych.

379



Biblioteka Główna WUM

B.086



40000009812



www.dlibra.wum.edu.pl