

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 9 STYCZNIA 1930 R.

Nr. 2

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą.

Podał

G. LEWIN (Warszawa).

(Ciąg dalszy patrz Nr. 1).

Co się tyczy drugiego pytania, które postawiliśmy na samym początku, czy odma sztuczna posiada wyższość nad innymi sposobami leczenia gruźlicy płuc, to już na zasadzie statystyki porównawczej, wyżej przytoczonej, można na nie odpowiedzieć twierdząco.

Zwrócę przytem uwagę na jeszcze jeden ważny szczegół, mianowicie, na spadek ciepłoty, który następuje pod wpływem tej terapii. Lekarze, mający do czynienia z gruźlicami, wiedzą doskonale, jak stan gorączkowy lub nawet podgorączkowy trapi chorych fizycznie i moralnie, odbiera im apetyt i sen i oddziałują przygnębiająco na ich stan psychiczny. Otóż gorączka, która często nie ustępuje w ciągu kilku miesięcy, pod wpływem różnych środków i manipulacji, zaczyna zwykle spadać po stosowaniu odmy sztucznej. Z moich 130 chorych spadek ciepłoty nastąpił po zabiegu u 85—65% (u 74 zaraz nazajutrz po zabiegu, u 6-ciu po drugim napełnieniu, u 4-ch po czwartym, a w jednym przypadku gorączka spadała litycznie i powróciła do normy po szóstym napełnieniu).

Spadek ciepłoty przy stosowaniu odmy sztucznej jest tak charakterystyczny, że jeżeli nie następuje, to trzeba szukać powodu w drugim nieodmowanym płucu. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty zmniejszają się zwykle, lub nawet zupełnie znikają wszelkie objawy toksyczne, co wpływa dodatnio na stan ogólny chorego. Wchodzi tutaj w grę jeszcze i czynnik psychiczny i gruźlik, który był zrezygnowany i uważał się już za straconego, przy pierwszych objawach poprawy zostaje uskrzydłony nadzieją wyzdrowienia i możliwości powrotu do pracy i życia normalnego. Poprawa ta odbija się również dodatnio na stosunku otoczenia do chorego i jego najbliżsi przestają patrzeć na niego, jak na chlerlaka, który już nic nie jest wart, którego trzeba się

wystrzegać, aby nie zaraził, a gruźlik jest na tym punkcie szczególnie wrażliwy.

Przy żadnym innym sposobie leczenia nie widzimy takiej nagłej zmiany ku lepszemu w ciągu stosunkowo krótkiego czasu i dlatego w przypadkach, nadających się do stosowania O. S., zabieg ten zasługuje na jaknajwiększe rozpowszechnienie.

Kwestja wskazań do stosowania tego zabiegu jest bardzo poważna i trzeba nad nią dobrze się zastanawiać, gdyż pod tym względem wiele się grzeszy: niektórzy lekarze stosują O. S. w przypadkach bardzo ciężkich, kiedy niema żadnej nadziei jakiegokolwiek poprawy, a tem dyskredytują tylko ten zabieg, z drugiej zaś strony stosuje się O. S. z lekkiem sercem w przypadkach z wyraźną skłonnością do poprawy, gdzie z pewnością wystarczyłoby leczenie sanatoryjne. Nie trzeba przecież zapominać, że O. S. nie jest wcale zabiegiem niewinnym, przykuwa on chorego do lekarza na szereg lat, w ciągu których mogą występować różne powikłania; jeżeli więc inny sposób leczenia przedstawia dobre szanse, to trzeba mu dać pierwszeństwo. Na stosowanie O. S. można się zdecydować tylko po wszechstronnym dokładnym zbadaniu chorego i spokojnym rozważeniu wszystkich *pro* i *contra*; trzeba również brać pod uwagę i ten szczegół, że gruźlica płuc nie jest tylko chorobą miejscową płuc, lecz konstytucjonalną i dlatego przy rozważaniu wskazań do stosowania O. S. niewolno się kierować tylko stanem płuc chorego, lecz całokształtem czynności ustroju.

Kamieniem węgielnym wskazania do stosowania O. S. w gruźlicy płuc jest jednostronność cierpienia, przyczem muszę zaznaczyć, że ściśle jednostronną gruźlicę spotyka się nadzwyczaj rzadko, zwykle zajęte jest w różnym stopniu i drugie płuco. Jednostronną gruźlicą nazywaliśmy na oddziale taką, w której w zdrowszym płucu stwierdzaliśmy tylko nacieczenie szczytowe w stanie nieczynnym; jeżeli zaś nacieczenie zajmowało większą przestrzeń (2^a płuca, lub cały płat i więcej), to przypadki te zarejestrowaliśmy jako gruźlicę dwustronną. Wyniki zabiegu były w gruźlicy jednostronnej znacznie lepsze, niż w dwustronnej. Jeżeli

się przyjrzymy tabl. Nr. V, to przekonamy się, że na 62 przypadki gruźlicy jednostronnej mieliśmy dodatnich wyników 48, t. j. 77,4 proc., a na 58 przypadków gruźlicy dwustronnej tylko 23, t. j. 40 proc. (znaczące poprawy tylko 3). W gruźlicy jednostronnej wyniki ujemne wynosiły 23 proc., w gruźlicy obustronnej przeszło 60 proc. Co najważniejsze, w gruźlicy jednostronnej mieliśmy 7 wyleczeń klinicznych, w dwustronnej zaś—ani jednego. Dlatego w czasach ostatnich nie jestem tak poporny do stosowania O. S. w gruźlicy dwustronnej, choćby w lepszym płucu nie było ogniska czynnego. Na ogół odma sztuczna, założona w jednym płucu, nie wywierała ujemnego wpływu na drugie, mniej chore płuco, przeciwnie, nierzadko można było nawet zauważyć polepszenie, w trzech tylko przypadkach musieliśmy przerwać zabieg z powodu pogorszenia się w drugim mniej chorem płucu.

Dla wielu lekarzy jednostronność cierpienia przestała być *conditio sine qua non*, do stosowania odmy sztucznej — pierwszy przykład podał sam Forlanini. Stosują oni ten zabieg dwustronnie przy objawach rozpadowych w obu płucach, najpierw po jednej stronie, a po otrzymanej poprawie i po drugiej, albo też w obu płucach jednocześnie naprzemian, nie doprowadzając, rozumie się, do odmy zupełnej. Niektórzy opisują wyniki dodatnie. Niedawno ogłosił Gabe sześć przypadków gruźlicy z objawami rozpadowymi w obu płucach, w których stosował dwustronną odmę sztuczną; najpierw założył po jednej stronie, a po kilku tygodniach i po drugiej, z początku dopełniał na przemian to po jednej, to po drugiej stronie, następnie zaś dopełniał po obu stronach prawie jednocześnie. Wyniki były zadawalające, a w niektórych przypadkach nawet nadspodziewanie dobre: ciepłota doszła do normy u wszystkich chorych, wydzielina zaś znikła zupełnie u trzech.

Triboulet i Valtis na posiedzeniu towarzystwa studjów nad gruźlicą cytowali przypadek ciąży, normalnie postępującej i zakończonej u kobiety, mającej jednocześnie odmę dwustronną, założoną z powodu dwustronnej gruźlicy płuc. Chora urodziła bez szczególnych trudności zdrowe dziecko.

Ja pod tym względem mam mało doświadczenia, a jeszcze mniej szczęścia, gdyż w trzech przypadkach gruźlicy z objawami rozpadowymi w obu płucach, zastosowałem O. S. po obu stronach i po 2 napełnieniach musiałem przerwać zabieg z powodu znacznego pogorszenia. (Te przypadki również nie weszły do wyżej podanej statystyki).

Co się tyczy wskazań do stosowania odmy sztucznej w gruźlicy płuc w zależności od jej postaci anatomo-patologicznej, to zostało stwierdzone, że najlepiej nadaje się do tego zabiegu postać wytwórcza, przyczem należy zaznaczyć, że czyste jednolite postacie spotyka się bardzo rzadko, przeważnie mamy do czynienia z postaciami mieszanymi. W postaciach wytwórczo-wysiękowych wynik zależy od stanu ogólnego chorego i od tego, jaka postać dominuje, wytwórcza czy wysiękowa.

W postaciach przeważnie lub czysto wysiękowych wyniki są bardzo wątpliwe, ale, jeżeli wszystkie inne sposoby leczenia zawiodły, to trzeba jednak spróbować założyć odmę sztuczną, o ile choroba nie jest zastarzała, i chory posiada jeszcze

jaką taką zdolność do samoobrony. Nawet w takich przypadkach można otrzymać wyniki zadawalające. Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć dwa przypadki: jeden z oddziału drugi z praktyki prywatnej.

Przypadek I.

Bronisław K., (Nr. 3448 Księgi głównej,) lat 25, muzyk, wstąpił na oddział 22 lipca 1926 r. Chory od roku, gorączkuje, pokasłuje, przebywał w Otwocku i Zakopanem bez żadnego skutku. W ciągu choroby kilka krwotoków płucnych obfitych. Zeszczupłał. Nie obarczony. K o c h. ++ Rozpoznaliśmy: *Phthisis pulm. d. exsud. apicilis sin. inactiva*. W innych narządach nic szczególnego. 24 lipca 1926 r. założyliśmy z kol. F l i d e r b a u e m odmę sztuczną po stronie prawej i przy 3-m napełnieniu d. 29.VII doprowadziliśmy do odmy zupełnej. Gorączka i inne objawy toksyczne znikły. 30.VII wypisał się, aby kontynuować zabieg w Otwocku. Pacjent jest dotychczas klinicznie zdrowy, pracuje w swoim zawodzie i nie oszczędza się wcale. Po roku K o c h—.

Przypadek II.

Regina Sz., panna, lat 22, nie obarczona, zawsze była jakoby zdrowa. Zachorowała w marcu 1928 r.—podług jej słów—z wysoką gorączką i kaszlem, w płwocinach K o c h ++ Stan chorej stopniowo się pogarszał, wyjechała do Otwocka, skąd po pewnym czasie powróciła do Warszawy w stanie znacz. nie gorszym. Wtedy zwróciła się do kolegi S z o u r a, który stwierdził u niej postać wysiękową gruźlicy górnego płatu prawego płuca z dużą jamą podobojczykową, co zostało stwierdzone przez rentgenogram i zaproponował założenie odmy sztucznej. Nie chcąc jednak brać całej odpowiedzialności na siebie, kol. S z o u r zaprosił mnie na radę; kierując się tem, że choroba po 3-ch miesiącach trwania nie wykazywała żadnej skłonności do umiejscowienia się i do poprawy, jednak stan ogólny chorej był jeszcze wcale niezły, zgodziłem się na propozycję kol. S z o u r a, i w końcu maja 1928 r. koleżanka Z i e g e l s t r e i c h o w a założyła odmę sztuczną po stronie prawej. Gorączka, która trwała bez ustannie przez 3 miesiące, spadła na z a j u t r z po w y k o n a n i u z a b i e g u. Z powodu silnych zrostów nie można było doprowadzić do odmy zupełnej i jama nie została uciśnięta w zupełności. Po 12 napełnieniach wystąpił po stronie odmowanej wysięk surowiczy, który stopniowo samoistnie się wssysa i trwa dotychczas. Przez cały rok stan chorej był nadspodziewanie dobry, zajmowała się pracą zawodową i chciała już wyjść za mąż, ale od maja r. b. stan ogólny się nieco pogorszył z powodu nacieczenia w dolnym płacie lewego płuca.

W danym przypadku, jak również w innych podobnych, napełnienia wykonywaliśmy ostrożnie, wpuszczając każdorazowo niedużo powietrza, aby drugie lepsze płuco nie potrzebowało forsownie oddychać.

Najgorsze wyniki otrzymaliśmy w postaciach wysiękowych, jeżeli występowały świeże zmiany w okolicy wnękowej, na co zwracają uwagę również Z i n n i S i e b e r t.

Najgorszych wyników trzeba się spodziewać w postaciach pneumonicznych, kiedy chory, z powodu silnej infekcji, jest bardzo osłabiony i mało zdolny do samoobrony, a poza tem płuco pneumonicznie nacieczone z trudnością daje się ucisnąć.

A jednak w tych rozpaczliwych przypadkach przeważnie w młodym wieku, jeżeli wszystkie inne sposoby zawiodły, zastosowanie odmy sztucznej, może czasem uratować życie. Dla przykładu,

przytoczę jeden przypadek bardzo charakterystyczny.

Dora A., panna, lat 18 (№ 3777 Ks. głównej szpitala) przy-niesiona została na mój oddział dnia 1 lipca 1925 r. w stanie bardzo ciężkim, tak dalece, że musieliśmy ją badać w pozycji leżącej, gdyż nie była w stanie przez kilka minut usiedzieć. Od matki chorej dowiedzieliśmy się, że zachorowała przed 3 tygodniami nagle z dreszczami, wymiotami i kluciem w lewym boku; przez całe te trzy tygodnie gorączka była stała i dochodziła wieczorem do 40°. Z powodu częstych wymiotów, pokarmów nie przyjmowała i mocno zeszczuplała. Przedtem była jakoby zdrowa, nieobarczona. Bliższych szczegółów od matki wydostać nie mogliśmy. Przy badaniu stwierdziliśmy objawy pneumoniczne w górnym płacie lewego płuca i nacieczenie w szczycie prawego, co zostało stwierdzone przez rentgenogram. Tętno było 120—140. P i r q u e t — ujemny, w płwocinach K o c h + +, w innych narządach nic szczególnego. Pomimo zastosowania różnych środków przeciwgorączkowych chora nadal wysoko gorączkowała, nieważa dreszcze, i stan jej ogólny naogół się pogarszał. Wtedy zdecydowaliśmy się na założenie odmy sztucznej, ale matka chorej sprzeciwiała się temu. Dopiero 19 lipca, kiedy z powodu stanu katastrofalnego matka zezwoliła na wykonanie tego zabiegu, tegoż samego dnia założyliśmy z kol F l i d e r b a u m e m odnę sztuczną po stronie lewej. Nazajutrz rano po raz pierwszy po 40 dniach ciepłota była 37,8, wieczorem podniosła się do 38,2. Ciepłota spadała litycznie i d. 23 sierpnia po szóstym napełnieniu doszła do normy. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty stan ogólny stopniowo się poprawiał i wszelkie objawy toksyczne zaczęły zanikać. Po czwartym napełnieniu wystąpiły objawy wysięku surowiczego w lewej opłucnie, który w ciągu kilku tygodni samoistnie się wessał. Po czwartym napełnieniu P i r q u e t był + +. Zważyć chorą mogliśmy dopiero 30 lipca, waga wynosiła 111 funtów, 23.VIII—117 f., 3.IX—123 f., 4.XI wypisała się z oddziału w zupełnie dobrym stanie; odma była zupełna i podtrzymał ją ambulatoryjnie przeszło rok. Pacjentka jest dotychczas zdrowa i zajmuje się gospodarstwem. K o c h — W tym przypadku założenie odmy sztucznej bezwarunkowo uratowało chorą od śmierci.

Przytoczę jeszcze statystykę, podaną przez Georga K a t z a, która wykazuje zależność wyników stosowania O. S. w gruźlicy płuc od jej postaci anatomopatologicznej.

TABL. № VI.

| Przypadków 244 | Wyleczenie | Poprawa | Śmierć |
|-------------------------------|------------------|------------------|---------|
| 169 przyp. post. wysięk. | 17—10% 47—28% | 30 18% 12 19% | 105—62% |
| 64 przyp. post. wytw. wysięk. | 12 19% 24 38% | 12 19% 1 10% | 24 38% |
| 11 przypadk. post. wytw. | 4 40% 5 50% | 1 10% 5 50% | 3 27% |

W czasach ostatnich zaczęto stosować odnę sztuczną w t. z. nacieczeniach wczesnych, od których, zdaniem R e d e k e r a, zaczyna się gruźlica płuc u dorosłych. Ta nowa teoria stała się, jak

wiadomo, kością niezgody wśród klinicystów, i nie ma się czemu dziwić, albowiem od ławy uniwersyteckiej wpajano nam ciągle pogląd, że gruźlica płuc u dorosłych zaczyna się zwykle w jednym ze szczytów i stamtąd może się generalizować, tymczasem R e d e k e r i jego szkoła twierdzi, że gruźlica szczytowa jest postacią bardzo łagodną, z której tylko 7% przechodzi w suchoty płucne, gruźlica zaś złośliwa, która ma skłonności do rozszerzania się, zaczyna się od ostro ograniczonego nacieku wczesnego przeważnie w okolicy podobojczykowej. Nie tutaj, rozumie się, miejsce na omawianie szczegółowe nowej teorii o częstości występowania tych nacieków wczesnych i ich roli w powstawaniu gruźlicy płuc, ale faktem jest, że nacieki te nierzadko występują, F r i s c h b i e r i B e c k m a n n znaleźli w materiale rentgenologicznym tow. ubezpieczeniowego w Berlinie wśród 4172 filmów — 390 nacieków wczesnych.

Za ostatnie 4 lata zebrałem 15 przypadków nacieku wczesnego. Powstaje więc pytanie, jak postąpić w takich przypadkach, czy stosować O. S. czy nie? Zdania klinicystów co do tej kwestii są jeszcze bardzo podzielone, ale większość z B r a u e r e m na czele stoi na stanowisku, aby się nie spieszyć z założeniem O. S. zdarza się, bowiem nierzadko, że chory powraca do zdrowia pod wpływem leczenia li tylko sanatoryjnego i nawet jamy, które występują przy naciekach wczesnych mogą się zabiżnić i wyleczyć bez pomocy odmy sztucznej. Jeżeli jednak stan ogólny chorego się pogarsza i ilość płwocin i prątków się zwiększa i naciek się rozszerza, to natychmiast należy zastosować odnę sztuczną.

Jak widzimy, pewnych prawideł niema, i każdy poszczególny przypadek trzeba traktować ostrożnie i indywidualnie. Los moich pacjentów z naciekami wczesnymi jest mi, niestety, nieznany. Z liczby 12 przypadków, pewne dane posiadam tylko o 3 chorych; jeden z nich wyzdrowiał bez stosowania O. S.; u dwóch wykonałem ten zabieg, jeden wyzdrowiał, drugi zmarł. Ten drugi chory przybył z kresów do Warszawy w stanie bardzo ciężkim, a lekarz miejscowy traktował go przez kilka tygodni, jako chorego tyfusowego i nie trzeba się temu dziwić, gdyż nacieki wczesne nie dają często z początku żadnych objawów opukowych i wysłuchowych, tylko zbadanie płwocin lub zdjęcie rentgenowskie zwracają uwagę na istotę choroby.

Największe szanse wyzdrowienia dają odny sztuczne zupełne. Niezupełne również dają wyiaiki zadawalające, ale znacznie rzadziej, jak widać z tablicy następującej:

TABL. № VII.

| | | |
|------------------------|-------------|------------|
| Matson i Bisailon |) Feldmann) | dobr. wyn. |
| Odma sztuczna zup. 48% | | |
| „ „ niezup. 11% |) 38, 6% | „ „ |

Bardzo słusznie D o r n e r zauważył, iż za pomocą odmy sztucznej niezupełnej również można wprawdzie wyleczyć się z gruźlicy płuc, ale tacy rekonwalescenci pozostają przeważnie inwalidami i mniej wartościowymi z powodu wytworzenia się

rozszerzenia oskrzeli i rozedmy zastępczej płuc, obciążenie zaś serca wskutek przesunięcia się śródpiersia i zastój w małym krążeniu mogą stopniowo doprowadzić do zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Przeszkodą do wykonania zabiegu wogóle i do osiągnięcia odmy zupełnej w szczególności są zrosty opłucnowe, które — podług wielu danych statystycznych — istnieją w 20—30% wszystkich przypadków, nadających się do stosowania O. S. W moich 130 przypadkach miałem 86 odm częściowych, co stanowi aż 66%. Daje się to chyba objaśnić tem, że do szpitala przybywają zwykle chorzy z zastarzałą gruźlicą i zastarzałymi jamami, otoczonymi zrostami.

Nieznaczące zrosty opłucnowe znajdują się prawie zawsze w szczycie chorego płuca i u jego podstawy, ale te nie przeszkadzają założeniu odmy sztucznej. Zupełnie inaczej rzecz się ma z grubymi zrostami opłucnowymi naokoło starych nacieczeń lub jam, które nie tak łatwo dają się rozciągać. Jeżeli zrosty są świeże i nie zbyt grube to udaje się dość często je odklejać za pomocą napełnień. Z początku staraliśmy się rozciągać zrosty opłu nowe przez wpuszczanie dużej ilości powietrza w celu powiększenia ciśnienia, ale od czasu, jak u dwóch pacjentów wystąpiło po takim zabiegu krwiopłucie, najprawdopodobniej z powodu silnego szarpnięcia jakiegoś zrostu opłucnowego, stałem się ostrożniejszy i ciśnienia zbyt nie powiększałem, ale zapomocą napełniania nawet małymi dawkami powietrza udawało się nam zrosty rozciągać i doprowadzić do odmy zupełnej. Trzeba jednak być bardzo cierpliwym, gdyż w jednym przypadku odklejenie zrostów nastąpiło po 8 napełnieniu w drugim zaś po jedenastem.

W kilku przypadkach, gdzie nie udało się założyć odmy sztucznej z powodu zrostów opłucnowych, próbowaliśmy to osiągnąć za pomocą wycięcia nerwu przeponowego (*phrenico-exhaeresis*), Wyniki zadawalające widzieliśmy tylko w przypadkach ognisk i jam w dolnym lub środkowym płacie, w schorzeniu zaś górnego płata *phrenico-exhaeresis* nie wywierała żadnego dodatniego wpływu. W dwóch przypadkach, w których i ten zabieg zawiódł, zdecydowaliśmy się na torakoplastykę (kol. Paweł Goldstein), która dała wyniki zadawalające, jakkolwiek w jednym z nich jamy w górnym płacie nie udało się zupełnie ucisnąć.

W dwóch przypadkach z praktyki prywatnej (w 1926 r.), kiedy zrosty uporczywie przeszkadzały doprowadzeniu do odmy zupełnej, Unverricht (Berlin) wykonał torakokaustykę sposobem *Jacobaeusa* przez siebie zmodyfikowanym, dzięki czemu udało się doprowadzić do odmy zupełnej, i pacjenci są klinicznie dotychczas wyleczeni.

Ascoli wystąpił niedawno z bardzo oryginalną propozycją założenia odmy sztucznej po stronie zdrowego płuca, jeżeli z powodu zrostów opłucnowych nie udaje się wykonać tego

zabiegu po stronie chorego płuca. Wychodzi on z założenia następującego: śródpiersie posiada pewną fizjologiczną ruchomość, co wynika z jego przesunięć w różnych pozycjach ciała, przyczem położenie jego jest ściśle określone w danej pozycji ciała przez równowagę ciśnienia w obu jamach opłucny. Jak tylko równowaga ta — wskutek wpuszczenia powietrza do jednej z jam opłucny — zmienia się, to śródpiersie musi się przesunąć, czemu wprawdzie stawia opór cały aparat sercowo-naczyniowy, ale tylko wtedy, kiedy śródpiersie przekracza granicę swojej fizjologicznej ruchomości. W ten sposób podczas stosowania odmy sztucznej pierwszy okres dostosowania się narządów klatki piersiowej odbywa się nie kosztem różnicy ciśnienia pomiędzy jedną a drugą jamą opłucnową, lecz jedynie wskutek przesunięcia się śródpiersia. Z tego — zdaniem autora — wynika, że w granicach skromnych na jedno wychodzi, czy zakłada się odmę po jednej, lub po drugiej stronie, lub nawet po obu stronach jednocześnie, efekt jest ten sam, mianowicie: obustronne zmniejszenie się ciśnienia wewnątrz—opłucnowego. Autor powołuje się na Gwerdera, któremu udało się zatrzymać krwotok płucny za pomocą założenia odmy po stronie zdrowego płuca, gdyż ten sam zabieg po stronie chorego płuca nie dawał żadnego wyniku. Gwerder uważał to zdarzenie za paradoks w stosowaniu odmy sztucznej, Ascoli zaś chce to wytłumaczyć na zasadzie tylko co wyłożonych fizjopatologicznych czynników. Teoretycznie rzecz biorąc — wszystko jest w najlepszym porządku, ale przyznaję się, że nie odważyłbym się jeszcze wykonać O. S. po stronie zdrowego płuca.

Oprócz gruźlicy płuc nadają się do stosowania odmy sztucznej ropień i zgorzel płuc. Jak widać z tablicy Nr. V. wykonałem ten zabieg w 4 przypadkach ropni i w 6-u przypadkach zgorzeli płuc. W ropniach wynik był bardzo dodatni (3 wyleczenia kliniczne i jedna poprawa), w zgorzeli zaś w trzech przypadkach wynik był również dodatni (w dwóch wyleczenie kliniczne i jedna znaczna poprawa), w trzech nastąpiła śmierć z powodu ropnego wysięku opłucny.

Raz jeden zastosowałem odmę sztuczną u gruźlika z powodu obfitych krwotoków płucnych, których nie udało się zatrzymać żadnymi środkami i manipulacjami. Natychmiast po dokonany zabiegu krwotok ustał i stan ogólny chorego zaczął się poprawiać.

Opisane są przypadki wysięku surowiczego, ropnego, suchego zapalenia opłucny i rozszerzenia oskrzeli, w których stosowana była odma sztuczna z wynikiem zadawalającym. Przed 15 laty zastosowałem odmę sztuczną w rozszerzeniu oskrzeli z wynikiem ujemnym.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z I-go Oddziału Wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
(Kierownik: Dr. A. Landau.)

Badania nad związkiem wzajemnym, zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju.*)

Podali

Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS.

Wydzielanie jonów chlorowych i wodorowych przez ścianę żołądka znajduje się w związku z równowagą chlorową i kwasowo-zasadową ustroju. Zależność ta jest dwojaka:

1) czynność wydzielnicza żołądka powodować może przemijające przesunięcia w równowadze chlorowej i kwasowo-zasadowej ustroju;

2) zaburzenia gospodarki chlorowej i kwasowo-zasadowej ogólnoustrojowej odbić się mogą ze swej strony na procesie wydzielania żołądkowego.

Praca niniejsza wykonana została celem zbadania obu stron tej wzajemnej zależności. Tematem pracy niniejszej są cztery następujące zagadnienia:

1) Zbadanie wpływu, jaki wywiera pobudzenie czynności wydzielniczej żołądka na poziom i rozmieszczenie chloru we krwi i zasób zasad osocza, oraz wyświetlenie, czy i jak wyrównane są w moczu straty chlorowe i kwasowe, spowodowane pobudzeniem wydzielaniem żołądkowym.

2) Zbadanie wpływu zahamowania czynności wydzielniczej żołądka na poziom i rozmieszczenie chloru we krwi, zasób zasad osocza oraz na wydalanie walerów chlorowych i kwasowych w moczu.

3) Zbadanie wpływu, jaki wywiera uruchomienie zapasu chlorowego tkankowego na czynność wydzielniczą żołądka.

4) Zbadanie zależności czynności wydzielniczej żołądka od zubożenia w chlor ustroju.

Sposobu przeprowadzenia badań, ani ich metodyki nie będziemy tu omawiali. Odsyłamy do pracy naszej oryginalnej. Zaznaczymy tu tylko, że łącznie wykonano 222 oznaczenia chloru w moczu, 135 oznaczeń chloru w soku żołądkowym, 28 oznaczeń chloru w krwinkach, w osoczu i we krwi całkowitej oddzielnie oraz tyleż pomiarów zasobu zasad osocza, dalej 206 oznaczeń kwasoty ogólnej moczu, 135 — wolnej i ogólnej kwasoty soku żołądkowego i wreszcie 55 oznaczeń Ph moczu. Poszczególne cykle badań przeprowadzonych na jednym osobniku trwały około miesiąca, a nieraz i dłużej. Badania przeprowadzone były na 6ciu ozdrowieńcach szpitalnych.

Protokołów liczbowych badań powyższych nie będziemy tu przytaczali, podane one są w szeregu tablic w pracy oryginalnej. Pominiemy tu również całkowicie odnośne piśmiennictwo, w pracy naszej obszernie omówione. Ograniczymy się tu jedynie do podania w formie zwięzłej ogólnych

wyników naszych badań i wniosków, które z nich wypływają.

I. Badania nad wpływem pobudzenia czynności wydzielniczej żołądka na gospodarkę chlorową i kwasowo-zasadową ustroju.

Pobudzenie wydzielania żołądkowego przez śniadanie alkoholowe Ehrmana powoduje pewne zmiany w poziomie i rozmieszczeniu chloru we krwi. Poziom chloremji w godzinę po podaniu śniadania alkoholowego wykazuje obniżenie, odbywające się przeważnie kosztem chloru osocza. Świadczy o tem przesunięcie chloru na korzyść krwinek. Fakt powyższy tłumaczyć można dwojako: albo, że głównie osocze oddaje w okresie wydzielania żołądkowego swój chlor ścianie żołądka, przyczem krwinki w powyższym procesie nie biorą udziału, albo też krwinki, jako element bardziej kinetyczny, łatwiej i szybciej wyrównują swe straty chlorowe, poniesione w okresie wydzielania żołądkowego.

Zmniejszenie powyższe poziomu chloremji w okresie wydzielania żołądkowego jedynie w mniejszej części przypadków naszych sięgało poniżej dolnej granicy wahań fizjologicznych, a stosunek wzajemny stężenia chloru w krwinkach do stężenia jego w osoczu, czyli t. zw. wskaźnik chlorowy krwinek znajdował się tu jeszcze w granicach normy.

Z badań naszych wynika dalej, że pobudzenie wydzielania żołądkowego powoduje ograniczenie wywozu chlorowego w moczu. Z 5-ciu doświadczeń wykonanych, w 4-ch stwierdziliśmy zmniejszenie ilości chloru wydzielonego w moczu w okresie 3-ch godzin po pobudzeniu wydzielania żołądkowego, w porównaniu z 3-godzinną ilością chloru, wydzielonego w czasie badań kontrolnych.

Zmniejszenie powyższe wywozu chlorowego w moczu w okresie wydzielania żołądkowego wynosiło od 15 do 59 proc. zależnie od przypadku (w jednym tylko przypadku nie stwierdzono zjawiska tego, lecz nawet, odwrotnie, zwiększenie wywozu chlorowego w okresie wydzielania żołądkowego). Spadek najwyższy chlorurji przypadał na okres szczytu wydzielania żołądkowego (zjawiał się zwykle w 2-jej lub 3-jej godzinie po podaniu śniadania alkoholowego). Wprawdzie niema ścisłej równoległości między spadkiem zawartości chloru w moczu a nasileniem wydzielania żołądkowego, jednak wyniki badań powyższych świadczą o tem, że mamy tu zapewne do czynienia z wyrównawczą dążnością ustroju, zmierzającego tą drogą do wyrównania strat chlorowych, poniesionych w okresie wydzielania żołądkowego.

Przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej po pobudzeniu wydzielania żołądkowego badaliśmy drogą oznaczenia zasobu zasad osocza, kwasoty całkowitej moczu (t. zw. acidité titrable apparente), a w 2 ch przypadkach prócz tego oznaczano Ph moczu.

Zasób zasad osocza w przypadkach naszych

*) Artykuł niniejszy jest krótkim doniesieniem o pracy naszej, która będzie drukowana w całości pod tymże tytułem w jednym z najbliższych numerów „Medycyny doświadczalnej i społecznej”.
Badania powyższe wykonane zostały z wydatną współpracą Dr. J. Bauera i Dr. St. Kaminera.

ulegał nieznacznemu zwiększeniu pod wpływem pobudzenia wydzielania żołądkowego. Zwiększenie to jednak znajdowało się jeszcze w granicach wahań fizjologicznych, nie przekraczając górnej granicy normy.

Ustrój stara się wyrównać powyższe przesunięcie odczynu krwi w stronę alkaliczną w sposób trojaki:

1) drogą ograniczenia wentylacji płucnej i wzmoczenia ciśnienia CO_2 , a więc licznika równania Hasselbalcha;

2) drogą wzmoczenia wydalania zasad przez gruczoły potowe, ślinowe, żółć, sok trzustkowy, sok jelitowy;

3) drogą wzmoczonego wydalania zasad przez nerki.

Jeśli idzie o trzeci z tych mechanizmów, to z 5-ciu naszych doświadczeń w 3-ch stwierdziliśmy spadek kwasoty moczu pod wpływem pobudzenia wydzielania żołądkowego (od 48 do 83 proc., zależnie od przypadku). Jednakże niema ścisłej równoległości między nasileniem wydzielania żołądkowego a spadkiem kwasoty moczu, jak również spotkaliśmy 2 przypadki, w których zjawiska powyższego nie stwierdziliśmy, i gdzie kwasota moczu w okresie wydzielania żołądkowego zwiększyła się nawet nieznacznie (o 10—11 proc.).

Wyniki badań powyższych świadczą o tem, że, jeżeli w części przypadków istnieje zjawisko kompensacji nerkowej strat kwasowych, poniesionych w czasie wydzielania żołądkowego, to jednak nie jest ono regułą. Istnieją przypadki, w których wyrównania tego niema. Czy zależy to od stanu przekwaszenia ustroju, czy też od tego, że czynności wyrównawcze objęte są przez inne mechanizmy (wentylacja płucna, wydzielanie zasad przez soki gruczołowe) — powiedzieć nie możemy.

II. Badania nad wpływem zahamowania czynności wydzielniczej żołądka na gospodarkę chlorową i kwasowo-zasadową ustroju.

Do przeprowadzenia badań powyższych posługiwaliśmy się zastrzyknięciem dożylnym 1-go mgr. atropiny, która, jak to wiadomo powszechnie, posiada zarówno własność zmniejszania kwasoty soku żołądkowego, jak i zmniejszania ilości soku produkowanego.

Posługując się atropiną, uzyskiwaliśmy rzeczywiście we wszystkich naszych przypadkach badanych (z wyjątkiem jednego) znaczne obniżenie kwasoty wolnej i ogólnej oraz stężenia chloru w soku żołądkowym. Uzyskawszy przy pomocy atropiny zahamowanie czynności wydzielniczej żołądka, pobudzonej uprzednio przez śniadanie alkoholowe, badaliśmy wpływ, jaki zahamowanie powyższe wywiera na gospodarkę chlorową i kwasowo-zasadową ustroju.

Badając poziom chloremji w godzinę po podaniu śniadania alkoholowego, połączonego z jednoczesnym zastrzyknięciem atropiny, stwierdziliśmy, że poziom chloremji jest tu w większości przypadków niższy, aniżeli po pobudzeniu wydzielania żołądkowego. Obniżenie powyższe poziomowi chloremji odbywało się w części przypadków kosztem chloru osocza, w części zaś kosztem chloru krwinek.

We wszystkich przypadkach, badanych w tym okresie, poziom chloru we krwi całkowitej był ob-

niżony, znajdując się poniżej dolnej granicy normy.

Powyższe napozór paradoksalne zjawisko, jeśli zważyć, że straty chlorowe, poniesione w żołądku, były tu mniejsze, aniżeli w okresie pobudzenia, tłumaczyć można, zdaniem naszym, w sposób następujący. Pobudzenie wydzielania żołądkowego, stwarzając prąd chlorowy, biegnący z krwiobiegu do ściany żołądka, powoduje jednocześnie zwrotne uruchomienie chloru tkankowego. Staje się to powodem powstania drugiego prądu chlorowego, prądu wyrównawczego, który biegnie z tkanek do krwiobiegu, a który ma za zadanie wyrównanie strat chlorowych, poniesionych przez krew w okresie wydzielania żołądkowego.

Przyjąc należy, że pod wpływem atropiny następuje zapewne zmniejszenie owego prądu tkankowego. Chodzić tu może bądź o pierwotne zahamowanie przez atropinę wydzielania żołądkowego i zniesienie tą drogą bodźca odruchowego, powodującego zwrotne uruchomienie chloru tkankowego, bądź też chodzić tu może o pierwotne bezpośrednie zadziałanie atropiny drogą układu nerwowego roślinnego na mobilizację chloru tkankowego. Jeżeli wziąć pod uwagę tę drugą możliwość, to zadać sobie należy wskutek tego pytanie, czy działanie hamujące atropiny na czynność wydzielniczą żołądka, abstrahując od działania farmakologicznego atropiny na zakończenia nerwu błędnego w żołądku, nie zależy może i również od pierwotnego zahamowania prądu chlorowego tkankowego, co dopiero wtórnie odbićby się mogło na wydzielaniu żołądkowym. Sprawa ta wymaga dalszych badań.

Jeżeli wykazaliśmy poprzednio, że pobudzenie wydzielania żołądkowego powoduje w większości przypadków wyrównawcze zmniejszenie wywozu chlorowego w moczu, i jeżeli między temi dwoma zjawiskami istnieje związek przyczynowy, to oczekiwać należało, że zahamowanie pobudzonej czynności wydzielniczej żołądka spowodować winno zahamowanie wyrównawczego ograniczenia wywozu chlorowego w moczu. To znaczy, że, o ile badać ilość chloru, wydzielonego w moczu po zahamowaniu przez atropinę pobudzonego wydzielania żołądkowego, i ilość chloru w moczu w okresie pobudzenia, to wydalanie chloru w okresie zahamowania winno być większe, aniżeli w okresie pobudzenia.

Przeprowadziliśmy w tym celu badania u 5-u osobników. We wszystkich tych przypadkach zjawisko to stwierdziliśmy. Ilość chloru, wydalonego w moczu w okresie 3-ch godzin po zastrzyknięciu atropiny z jednoczesnym podaniem śniadania alkoholowego, była tu od 8 do 69 proc. (przeciętnie o 24,3 proc.) wyższa, aniżeli po podaniu wyłącznie śniadania alkoholowego, jednak z reguły niższa, niż w czasie badań kontrolnych. Zwiększenie powyższe wywozu chlorowego w moczu tyczyło się przeważnie okresu II-iej i III-iej godziny.

Fakt ten jest potwierdzeniem zjawiska kompensacji nerkowej, dążności ustroju do wyrównania strat chlorowych, poniesionych w okresie wydzielania żołądkowego i tendencji ustrojowej, zmierzającej do utrzymania równowagi chlorowej. Nie stwierdziliśmy jednak ścisłej równoległości między stopniem zwiększenia chlorurji, a nasileniem, z jakim atropina hamuje wydzielanie żołądkowe. Widocznie niezawsze owe procesy regulujące działa-

ją jednakowo, i w grę tu wchodzi jeszcze inne czynniki, których nie znamy.

Zasób zasad osocza, badany w godzinę po zahamowaniu przez atropinę pobudzonego wydzielania żołądkowego, był w naszych przypadkach nieco niższy, aniżeli w tymże czasie po pobudzeniu wydzielania żołądkowego. Badając wydzielanie walorów kwasowych w moczu w ciągu 3-ch godzin po zahamowaniu przez atropinę pobudzonego wydzielania żołądkowego, stwierdziliśmy, że w większości przypadków wydzielanie to jest większe, aniżeli w tymże okresie czasu po pobudzeniu wydzielania żołądkowego. Zjawisko powyższe nie jest jednak stałe i zależeć może nie tylko od zahamowania przez atropinę wydzielania żołądkowego, a co zatem idzie od zmniejszenia strat kwasowych poniesionych w czasie wydzielania żołądkowego, ale również i od przesunięcia równowagi roślinnej pod wpływem atropiny w kierunku wzmożonej przewagi nerwu współczulnego, co jest momentem zakwaszającym dla ustroju.

III. Badania nad wpływem uruchomienia przez nowasurol chloru tkankowego na czynność wydzielniczą żołądka.

W poprzednich dwu rozdziałach zajmowaliśmy się wpływem, jaki wywiera pobudzenie lub zahamowanie wydzielania żołądkowego na gospodarkę chlorową i kwasowo zasadową ustroju.

Obecnie przejdziemy do omówienia sprawy wpływu, jaki wywiera, przeciwnie, ogólnie - ustrojowe zaburzenie gospodarki chlorowej na czynność wydzielniczą żołądka. Jeżeli związek powyższy istnieje, to oczekiwać należało, że sztuczne uruchomienie chloru tkankowego odbić się winno na wydzielaniu żołądkowym. Środkiem, którym posługiwaliśmy się w tym celu, a który powoduje uruchomienie zapasu chloru tkankowego (łącznie z wodą) jest nowasurol.

Z badań naszych wynika, że zastrzyknięcie dożylnie 2 cm.³ nowasurolu, powodując w większości przypadków wybitne wzmoczenie wydzielania chloru w moczu oraz zmiany w rozmieszczeniu chloru we krwi*), odbija się często wydatnie na czynności wydzielniczej żołądka.

Z 5-ciu naszych doświadczeń w 3-ch stwierdziliśmy wyraźny wpływ zastrzyknięcia nowasurolu na wydzielanie żołądkowe. Odczyn ponowasurolowy ma tu przeważnie charakter dwufazowy.

Pierwsza faza polega tu na zwiększeniu chloru i kwasoty zarówno wolnej, jak i ogólnej soku żołądkowego. Faza ta trwa 1 godzinę lub nieraz 1½ i zjawia się naogół jeszcze przed wystąpieniem diurezy nowasurolowej. Faza ta zależy zapewne od uruchomienia pod wpływem nowasurolu chloru tkankowego. Chlor ten zostaje w tym okresie przez ścianę żołądka wychwycony i wydany do światła żołądka częściowo pod postacią chloru obojętnego, częściowo zaś w postaci kwasu solnego. Stąd — wzmoczenie stężenia chloru i kwasoty soku żołądkowego bezpośrednio po zastrzyknięciu nowasurolu.

Druga faza zjawia się po upływie 1½ godziny od zastrzyknięcia nowasurolu i zbiega się ściśle z wystąpieniem diurezy nowasurolowej i wzmożeniem wydalaniem chloru w moczu. Polega ona na zmniejszeniu stężenia chloru i kwasoty zarówno wolnej, jak i ogólnej soku żołądkowego. Tak np. w jednym z tych przypadków stężenie chloru soku żołądkowego opada w tym okresie z wartości kontrolnej 3.40 gr. na litr, na 2.25 gr., a więc o 35 proc., w drugim z tych przypadków z liczby 4.30 gr. na 3.73 gr., a więc o 13 proc., w trzecim — z liczby 2.56 gr. na litr na 1.28 gr., a więc o 50 proc. Podobnie zachowuje się kwasota zarówno wolna, jak i ogólna soku żołądkowego.

Druga ta faza wpływu nowasurolu na czynność wydzielniczą żołądka zależy zapewne od wzmocnienia wydalania chloru w moczu w tym okresie i jest zapewne wyrazem dążności ustroju, zmierzającego drogą ograniczania wydalania chloru do światła żołądka, do wyrównania jaknajmniej swych strat chlorowych, poniesionych wskutek diurezy nowasurolowej. Zaznaczyć jednak tu musimy, że w 2-ch przypadkach nie stwierdziliśmy wybitniejszego wpływu nowasurolu na czynność wydzielniczą żołądka mimo wystąpienia diurezy nowasurolowej.

IV. Badania nad czynnością wydzielniczą żołądka w okresie zubożenia w chlor ustroju, a mianowicie w warunkach diety małowchlorowej.

Badania nasze nad wpływem diety małowchlorowej na wydzielanie żołądkowe przeprowadziliśmy u 5-u osobników. Chodziło nam tu z jednej strony o stwierdzenie, jak zachowuje się stężenie chloru i kwasota soku żołądkowego u ludzi pod wpływem długotrwałej diety małowchlorowej, a więc w okresie zubożenia w chlor ustroju, z drugiej zaś strony — o ustalenie, czy i jak w warunkach diety małowchlorowej wyrównane są w moczu straty chlorowe i kwasowe, poniesione w okresie wydzielania żołądkowego.

Sposobu przeprowadzenia badań nie będziemy tu dokładnie podawali. Podany on jest w pracy oryginalnej. Zaznaczymy tu tylko, że dieta powyższa składała się wyłącznie z pokarmów, zawierających jaknajmniej chloru, a dodawanie soli do pokarmów było surowo wzbronione. Czas trwania diety powyższej wynosił od 7-u dni do 4-ch tygodni, zależnie od przypadku. Badania przeprowadzano dopiero wówczas, gdy ilość chloru wydalonego w moczu nie przekraczała stale 2 do 3-ch gramów na dobę.

Poniżej wydajności powyższej nie udawało się nam nigdy osobnika badanego doprowadzić ze względu na warunki szpitalne i niemożność głodzenia tych ludzi. Z tego względu mówić tu będziemy o djece małowchlorowej, a nie bezsolnej, bo choć wprowadzie w warunkach badań klinicznych wydajność chloru dobową w moczu 2 — 3 gr. jest bardzo niewielka, to jednak nie odpowiada ona dokładnie warunkom eksperymentu bezchlorowego w pracowni fizjologicznej lub patologicznej.

*) Porównanie poziomu i rozmieszczenia chloru we krwi w godzinę po podaniu śniadania alkoholowego z poziomem i rozmieszczeniem chloru w godzinę po zastrzyknięciu 2 cm.³ nowasurolu z jednoczesnym podaniem śniadania alkoholowego wykazuje zmiany następujące: w większości przypadków poziom chloru osocza ulega nieznacznemu zmniejszeniu, któremu najczęściej jednak nie towarzyszy zmniejszenie ładunku chlorowego krwinek (często nawet on wzrasta). Zjawisko powyższe świadczyć może o tem, że krwinki w przeciwstawieniu do osocza nie oddają tak szybko chloru, który wychwyciły z prądu chlorowego, uruchomionego z tkanek.

Z badań naszych nad wpływem długotrwałej djety małochlorowej na czynność wydzielniczą żołądka wynika, że nawet kilkutygodniowe utrzymanie osobników badanych na djecie małochlorowej nie wystarczy do tego, żeby znieść lub choćby wydatnie osłabić czynność wydzielniczą żołądka. W większości przypadków badanych stwierdziliśmy nawet wyższy przebieg krzywych wydzielniczych chloru i kwasoty soku żołądkowego na djecie małochlorowej, aniżeli na djecie zwykłej w ciągu pierwszej godziny lub 1½ godz. po pobudzeniu przez śniadanie alkoholowe wydzielania żołądkowego. Dopiero po upływie 2-ch godzin od podania śniadania alkoholowego krzywe wydzielnicze chloru i kwasoty soku żołądkowego opadają w większości przypadków poniżej krzywych, otrzymanych na djecie zwykłej.

Badania powyższe świadczą w każdym razie o tem, że w danym przypadku nie można przenieść na teren patologii ludzkiej badań doświadczalnych, wykonanych na zwierzętach.

Niewielka ilość chloru, którą tu wprowadzamy (1—2—3 gr.), łącznie z zapasem chloru tkankowego wystarczają do tego, żeby wydzielanie żołądkowe odbywało się sprawnie. Obniżenie na tej drodze stężenia chloru i kwasoty soku żołądkowego wymagałoby niepomiernie wielkich i długotrwałych wysiłków terapeutycznych.

Fakt ten jest bardzo ważny, o ile go przenieść na płaszczyznę leczenia stanów nadkwasności.

Z badań naszych wyłania się dalej jeszcze inne ciekawe zjawisko, dotyczące mianowicie, zachowania się t. zw. wskaźnika chlorowego wydzielania żołądkowego na djecie małochlorowej. Wskaźnik ten, wprowadzony przez Hollera (t. zw. qualitativer Chlorindex), jest to stosunek chloru kwaśnego, zawartego w wolnym i związanym kwasie solnym, do chloru całkowitego. Im wskaźnik ten jest wyższy, im bliższy jest jedności, tem więcej zatem kwasu solnego wytwarzają gruczoły żołądkowe z chlorku sodowego, dostarczonego przez krew, a tem mniej chloru obojętnego dyfunduje ze krwi przez ścianę żołądkową do światła żołądka. Jeżeli zważyć, że jedynie kwas solny, a nie chlor obojętny jest czynną w sensie fizjologicznym wydzieliną żołądkową, to zwiększenie wskaźnika tego w myśl poglądów Hollera świadczy o wzmożonej sprawności gruczołów żołądkowych.

Wskaźnik powyższy oznaczaliśmy zarówno na djecie zwykłej, jak i na djecie małochlorowej we wszystkich przypadkach badanych. Okazało się, że z 5-u przypadków badanych w 4-ch krzywa wskaźnika powyższego przebiega w ciągu pierwszych półtorej godzin po pobudzeniu wydzielania żołądkowego na djecie małochlorowej wyżej, aniżeli na djecie zwykłej. Tak np. w jednym z tych przypadków maksymalna wartość wskaźnika powyższego na djecie zwykłej wynosiła 0.59, a na djecie małochlorowej—0.76; w drugim z tych przypadków — na djecie zwykłej 0.54, a na djecie małochlorowej—0.65; w trzecim: na djecie zwykłej 0.62, a na djecie małochlorowej 0.74 i t. d.

Jest to zjawisko wielce ciekawe. Jeśli stanąć na gruncie poglądów Hollera, świadczyć to może o tem, że żołądek, znajdujący się w warunkach

djety małochlorowej, stara się „gros“ chloru który otrzymuje, przetworzyć na kwas solny, natomiast jaknajmniej wydzielić w postaci chloru obojętnego, nieczynnego. Jest to może wyrazem przystosowania się żołądka do zaburzonej równowagi chlorowej, wyrazem chęci zużycia skąpszych zasobów chlorowych w sposób jaknajbardziej celowy i oszczędny.

Przejdziemy obecnie do omówienia sprawy wyrównania w moczu strat chlorowych, poniesionych w okresie wydzielania żołądkowego na djecie małochlorowej. W badaniach naszych, wykonanych na djecie zwykłej, stwierdziliśmy, jak o tem była mowa wyżej, że w okresie wydzielania żołądkowego następuje najczęściej wyrównawcze ograniczenie wywozu chlorowego w moczu. W warunkach djety małochlorowej sprawa natomiast ma się odmiennie.

W żadnym z badań, któreśmy tu w tym celu przeprowadzili, nie stwierdziliśmy owego zjawiska kompensacji nerkowej. Odwrotnie, w większości tych przypadków ilość chloru, wydalonego w moczu w ciągu 3-ch godzin okresu pobudzenia wydzielania żołądkowego, była nawet wyższa, niż w badaniach kontrolnych. Dopiero w 3-iej godzinie po pobudzeniu czynności wydzielniczej żołądka ilość chloru, wydalonego w moczu, zaczyna opadać. Świadczy to o tem, że w warunkach djety małochlorowej moment wyrównawczy nerkowy zachowuje się odmiennie, aniżeli w warunkach zwykłych. Analogiczne zjawisko stwierdziliśmy również w stosunku do wydalania walorów kwasowych w moczu.

O ile wreszcie chodzi o poziom i rozmieszczenie chloru we krwi po pobudzeniu wydzielania żołądkowego w warunkach djety małochlorowej, to rzecz ma się w sposób następujący. Poziom chloremji w godzinę po śniadaniu alkoholowym na djecie małochlorowej był w większości naszych przypadków wyższy, aniżeli w tychże warunkach na djecie zwykłej. Odbywało się to głównie dzięki zwiększeniu ładunku chlorowego krwinek.

Tak więc w warunkach djety małochlorowej stwierdziliśmy trzy napozór paradoksalne zjawiska, mianowicie: 1) wyższy przebieg krzywych chloru i kwasoty soku żołądkowego w przeciągu pierwszej godziny — półtorej po pobudzeniu wydzielania żołądkowego na djecie małochlorowej, aniżeli na djecie zwykłej; 2) wyższy poziom chloremji w godzinę po pobudzeniu wydzielania żołądkowego na djecie małochlorowej, aniżeli na djecie zwykłej; 3) wzmożone wydalanie chloru w moczu na djecie małochlorowej w okresie pierwszych 2-ch godzin po pobudzeniu wydzielania żołądkowego w porównaniu z kontrolą (a więc przeciwnie, niż na djecie zwykłej).

Fakty powyższe tłumaczyć się dają, zdaniem naszym, jedynie w sposób następujący:

Przyjąć należy, że pobudzenie czynności wydzielniczej żołądka w warunkach djety małochlorowej powoduje nadmierne wyrównawcze uruchomienie chloru tkankowego. Pobudzenie wydzielania żołądkowego jest dla ustroju, zubożonego w chlor, zapewne silnijszą podnieta, aniżeli dla ustroju, znajdującego się w warunkach zwykłych. Owa nadkompensacja może być przyczyną, dla której zarówno poziom chloremji, jak i stężenie

chloru w soku żołądkowym, jak wreszcie i ilość chloru, wydalona w moczu w pierwszych godzinach wydzielania żołądkowego — są wyższe, aniżeli w warunkach diety zwykłej.

Wobec tego jednak, że zapasy chloru tkankowego są tu, wskutek długotrwałej diety mało-

chlorowej, zmniejszone, czynność wydzielnicza żołądka pod koniec drugiej godziny zaczyna się wyczerpywać, stężenie chloru i kwasota soku żołądkowego opada, a również i ilość chloru, wydzielonego w moczu, zmniejsza się. Proces nadkompensacji wyczerpuje się.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Zasada dominandy w działalności układu nerwowego.

Podali

Jerzy KONORSKI i Stefan MILLER.

Gdy mówimy o łuku odruchowym, mamy zwykle na myśli mechanizm, izolowany w swoim działaniu, niezależny od reszty organizmu, a w szczególności od innych łuków odruchowych i dzięki temu wypełniający swą funkcję zawsze niezmiennie i stereotypowo. Dlatego też w określeniu odruchu przyjęto podkreślać stałość i niezmienną reakcji na daną podniecie. Być może, że odruch, w ten sposób pojęty, staje się bardzo wygodną jednostką czynnościową układu nerwowego, mając bowiem do czynienia z elementem stałym, możemy daleko bardziej jednoznacznie analizować złożoną czynność układu nerwowego. Tem niemniej jednak należy pamiętać o tem, że odruch stały „niezmienny” jest właściwie tylko stworzoną dla naszej wygodnej fikcją. Taki bowiem izolowany mechanizm łuku odruchowego nie istnieje wogóle, i jest co najmniej wątpliwe przypuszczenie, czy kiedykolwiek zdoła się go otrzymać doświadczalnie drogą sztucznej separacji. Faktem jest, że łuk odruchowy, a w szczególności jego ośrodek — komórka nerwowa — pozostaje w ciągłej zależności od reszty organizmu, jest w ciągłym kontakcie funkcjonalnym z innymi ośrodkami centralnego układu nerwowego, i że jakkolwiek zmianę efektu odruchowego należy uważać nie jako skutek wpływu jakiegoś czynnika niezwykłego, lecz za zjawisko będące właściwie regulą.

Efekt odruchu jest zależny od procesu, jaki powoduje dany bodziec w komórce nerwowej — ośrodku. Ale proces ten przy stałym bodźcu nie zawsze będzie identyczny, gdyż zależy on od stanu, w jakim się znajdowała w danym momencie komórka nerwowa. Stan ten zaś w każdej poszczególnej chwili jest wyznaczony z jednej strony przez wpływy humoralne, wywierane na komórkę przez ustrój, z drugiej strony przez wpływy specyficzne — nerwowe, wywierane przez pozostałą część układu nerwowego. Układ nerwowy pracuje zawsze jako całość i jako całość reaguje na każdy bodziec, i, choćby to był bodziec specyficzny dla pewnego tylko odruchu, wpływ jego rozprzestrzenia się zawsze daleko poza komórki danego segmentu.

Dla komórki nerwowej właściwe są dwa rodzaje procesów, mianowicie: proces pobudzenia

i hamowania oraz stadja przejściowe. Stany pobudzania i hamowania rozmieszczone są w każdej chwili, na kształt mozaiki w centralnym układzie nerwowym, i każdy nowy bodziec, nań działający, może w pewien sposób przekształcić ich konstelację. Te zmiany ustosunkowania różnych stanów w centralnym układzie nerwowym podlegają pewnym prawom, i rzeczą fizjologii jest prawa te wykryć i ustalić zasady, regulujące wzajemne stosunki procesów pobudzania i hamowania w ośrodkach nerwowych *).

Nad rozwiązaniem tego zagadnienia pracowali głównie dwaj fizjolodzy: Sherrington, którego badania dotyczą rdzenia kręgowego, i Pawłow, analizujący pracę kory mózgowej. Z prac tych uczonych niejednokrotnie daje się wyciągnąć wnioski, zresztą, będący z góry do przewidzenia, że prawa, rządzące pracą kory mózgowej i rdzenia, mimo tak wielkiej różnicy rozwojowej tych organów są zasadniczo identyczne. Jednym z takich praw, które wypływa (prawda pośrednio) z prac poprzednio wymienionych autorów, ale którego sformułowanie i wykazanie za pomocą doświadczeń należy do Uchtomskiego, jest zasada nazwana przez swego twórcę „czasową dominantą **)

Zasada dominandy głosi, że w układzie centralnym, w rozmaitych okresach jego czynności, powstają ogniska o wysokim potencjale pobudzenia, w których jak gdyby się koncentruje cała praca układu ośrodkowego w danej chwili.

Gdy takie ognisko — dominanta powstaje, wszelkie bodźce, skierowane do innych, nie objętych jej zakresem ośrodków, nie dają zwykłych dla siebie efektów, a tylko wzmagają jeszcze bardziej reakcje właściwe dla ośrodków — dominanty.

Tak więc zasadnicze cechy opisywanego przez Uchtomskiego zjawiska są następujące:

1-o Proces pobudzania, istniejący w ośrodkach dominandy, indukuje proces odwrotny — hamowanie we wszystkich pozostałych komórkach centralnego układu, przyczem indukcja ta jest tem silniejsza, hamowanie tem wybitniejsze, im bar-

*) Niektórzy (szkoła Wiedeńska) na dość ważkich podstawach opierają mniemanie, iż istnieją dwa rodzaje hamowania: jedno — odwrotny stan do pobudzenia i drugie — proces tego samego znaku co pobudzenie, ale przewyższający je swoim nasileniem, t. zw. parabioza.

***) Termin dominanta zaczerpnięty jest od Avenarinsa.

dziej dane komórki są związane funkcjonalnie z ośrodkami dominanty.

2-o Bodźce, skierowane do zahamowanych przez dominantę ośrodków, wzmagają proces pobudzenia w ośrodku dominanty. Energia tych bodźców zostaje jak gdyby odchylna od zwykłego dla niej łożyska i skierowana do ogniska o maksymalnym potencjale pobudzenia.

Do sformułowania powyższej zasady doprowadziły Uchtomskie go doświadczenia z drażnieniem sfery motorycznej kory mózgowej. Okazało się bowiem, że drażnienie punktów kory, wywołujących zwykle ruchy kończyn dolnych, w momencie, gdy zwierzę wykonywało akt połykania lub defekacji nietylko nie powodowało zwykłych ruchów, ale wzmagало jeszcze bardziej ruchy połykowe lub defekacyjne.

Równocześnie Wiedeński opisał pod nazwą „*histeriosis*” zjawisko analogiczne, otrzymane na rdzeniu kręgowym żaby. Przy pomocy bardzo słabego, lecz długotrwałego drażnienia nerwu czuciowego otrzymywał Wiedeński ognisko wzmożonej pobudliwości w określonym miejscu rdzenia kręgowego. Ognisko to charakteryzowało się tem, że wszystkie bodźce, doń skierowane, wykazywały znaczne obniżenie progów pobudliwości, podczas gdy odruchy innych części rdzenia były wybitnie zahamowane.

Taką rdzeniową dominantę uczniowie Uchtomskiego otrzymywali drogą lokalnego drażnienia rdzenia kręgowego przy pomocy środków chemicznych: strychniny i fenolu. Pracując metodą strychninową, Winogradow badał wzajemny stosunek odruchu zginania łapki do odruchu pocierania (*Abwischreflex*). Kładąc 1 mm bibuły, zmoczonej w roztworze strychniny, jednostronnie na okolicę ośrodków odruchu pocierania, leżących w rdzeniu nieco wyżej od ośrodków zginania, drażnił on przy pomocy kwasu (met. Türk a) skórne zakończenia nerwowe, wywołujące zwykle odruch zginania. W ten sposób mógł on przedśledzić dokładnie wszystkie fazy wytwarzania się dominanty w ośrodku odr. pocierania i wpływ jej na odr. zginania po stronie wytworzonej dominanty i po stronie przeciwnej. Wyniki były jasne: odruch zginania był hamowany i to szczególnie po stronie dominanty, a bodźce, zwykle go wywołujące dawały odruch pocierania. Po przecięciu rdzenia poniżej punktu, drażnionego strychniną, odr. zginania natychmiast wracał do normy.

Tą samą metodą Uchtomskij i Kapłan zdołali otrzymać oddzielnie dominantę czuciową i ruchową na rdzeniu kręgowym żaby. Dominantę czuciową otrzymywano przy lokalnym zatruciu strychniną grzbietowej części rdzenia, dominantę ruchową wywoływano przy pomocy roztworu fenolu, stosowanego na część brzuszną rdzenia.

Dominanta czuciowa charakteryzuje się 1-o zmniejszeniem progów pobudliwości odruchowej w zatrutym ośrodku i 2-o zmianą orientacji odruchu: drażniąc jakąkolwiek część powierzchni skórnej, otrzymuje się zawsze reakcję, wymierzoną w kierunku odcinka skóry, odpowiadającego zatrutej części sensorycznej rdzenia. Jeżeli np. położyć bibułę, zmoczoną w kwasie, dajmy na to, na skórę głowy, otrzymamy odruch pocierania z łapki zatrutej, ruchy tej łapki będą skierowane nie w kie-

runku drażniącego przedmiotu, lecz na jej własną powierzchnię, tak, jak gdyby kwas drażnił nie skórę głowy, lecz skórę zatrutej kończyny. Zjawisko to utrzymuje się nawet po przecięciu korzonków tylnych w miejscu zatrucia, t. zn. po wyłączeniu wszelkich bodźców, które dany ruch normalnie wywołują. W zjawisku powyższym Uchtomskij widzi analogię do zon Heada.

Ufland, badając wpływ obecności różnych części ośrodkowego układu nerwowego na czuciową dominantę rdzenia, stwierdził, że obecność lub wycięcie półkul mózgowych, wzgórków wzrokowych, rdzenia przedłużonego, niema wielkiego wpływu na sam proces dominanty w rdzeniu, zmienia ją jedynie postać odruchu, będącego efektem tej dominanty.

Przy dominancie ruchowej orientacja odruchów, w odróżnieniu od tego, co mieliśmy przy dominancie czuciowej, jest zawsze skierowana na miejsce skóry, które ulega rzeczywistemu drażnieniu. Cechą dominanty ruchowej jest to, że przy podrażnieniu dowolnego miejsca skóry reaguje przede wszystkim łapka, w której ośrodkach rozwinięty jest proces dominanty. Tak np. gdy zadziałyśmy fenolem na brzuszną powierzchnię rdzenia w okolicy ośrodków odruchu pocierania po stronie prawej, a zadrażnimy skórę po stronie lewej, otrzymamy „*Abwisch*”, skierowany na miejsce drażnione, lecz nie przy pomocy lewej łapki, jak to się dzieje zwykle, ale prawej, której ośrodków uległy zatruciu.

Mimo dużego znaczenia, jakie posiadają lokalne zatrucia fenolowe i strychninowe dla dokładnej analizy doświadczalnej zjawiska dominanty, nie należy zapominać o tem, że dominantą w ten sposób wywołaną, jest zjawiskiem sztucznym, i że wnioski, dotyczące normalnej pracy układu nerwowego, możemy wyciągać z tych doświadczeń tylko wtedy, o ile zjawiska analogiczne do wyżej podanych eksperymentów występują również drogą naturalną.

Takie zjawiska istnieją w rzeczywistości. Ustrój zwierzęcy produkuje cały szereg substancji chemicznych, które w różnych okresach życia organizmu wpływają na jego centralny układ nerwowy, wytwarzając w nim ogniska wzmożonej pobudliwości. Taką substancją będzie np. hormon płciowy.

Z prac Uflanda, który zajął się zbadaniem odruchu obejmowania samicy, występującego u samca żaby w okresie *oestrum* wynika, że odruch ten nosi wszystkie cechy dominanty. Podrażnienie mechaniczne lub elektryczne dowolnej okolicy głowy, odbytu, tułowia lub kończyn wywołuje zawsze spotęgowanie odruchu obejmowania przednich łapek samca. Dominanta powyższa rozwija się w okolicy brachjalnej rdzenia pod wpływem hormonu płciowego.

Podobną dominantę płciową można obserwować i na innych zwierzętach. Tak np. u kotki, izolowanej od samców w okresie *oestrum*, najrozmaitsze bodźce, sygnalizujące pokarm, nie wywołują zwykłej reakcji pokarmowej w postaci miauczenia i odpowiednich ruchów, a wzmagają tylko kompleks reakcji zwierzęcia natury płciowej. Brom ani zmęczenie nie są zdolne do ugaszenia tej dominanty; przeciwnie, na tle gasnącej czynności

układu nerwowego występuje ona wówczas jeszcze wyraźniej.

Oczywiście, gdy mówimy, że dominanta obejmuje ośrodek np. płciowy, nie mamy na myśli jakiegoś określonego punktu centralnego układu nerwowego, w którym jest ona zlokalizowana, lecz ośrodek w znaczeniu fizjologicznym, t. j. zespół komórek, rządzących czynnością płciową, które niewątpliwie są rozsięte po całym układzie centralnym.

Inne zjawiska, których istota opiera się na prawie dominanty, wskazujące, że dominanta, powstająca na tle czynników humoralnych, ma również wpływ na czynności kory mózgowej, znajdujemy w pracach wielu autorów, badających fizjologję kory metodą odruchów warunkowych. Badania Fursikowa, Krepsa, Rozentala, Walkowa i innych dowodzą, że pokarmowe odruchy warunkowe w okresie *oestrum* lub ciąży ulegają zahamowaniu, i naodwrot, hamulce zostają rozhamowane.

Ciekawe jest doświadczenie Frołowa, w którym pies na zwykły pokarmowy bodziec warunkowy, zamiast wziąć podany mu pokarm, dał wybitną reakcję ruchową o charakterze płciowym w kierunku obecnej na doświadczeniu samicy, z którą miał *coitus* dnia poprzedniego.

Podobne działanie do hormonu płciowego wywołuje na układ nerwowy stan soków ustrojowych u zwierzęcia głodnego (tak zw. przez Pawłowa „głodniaja krowa”).

Taka dominanta, powstająca pod wpływem „głodnej krwi”, występuje wyraźnie u osesków. Bechterew podaje, że „podczas powstania reakcyj pokarmowych (u oseska) zanikają lub są hamowane wszystkie występujące dotychczas ogólne reakcje, jak ruchy i krzyk, i często również spostrzega się, że słabnące lub kończące się ssanie znów się zjawia i nawet ulega nasileniu pod wpływem bodźców postronnych np. skórnych (klepanie), co świadczy o szerokich związkach czynnościowych i procesie dominanty, panujących w układzie nerwowym”.

Jak mówiliśmy, w myśl zasady dominanty każde słabsze pobudzenie podporządkowuje się pobudzeniu silniejszemu, lecz, oczywiście, podporządkowanie to będzie tem wybitniejsze, czyli zjawisko dominanty wystąpi tem wyraźniej, im większa jest różnica siły obu pobudzeń. Nasilając coraz bardziej bodziec słabszy, można, jak to wykazał na rdzeniu żaby Winogradow, coraz bardziej wydostawać efekt tego bodźca z pod wpływu panującej w danej chwili dominanty, a nawet zrów-

nawszy je w siłę, można utworzyć w rdzeniu dwie współzawodniczące ze sobą dominanty. Gdy nowe ognisko pobudzenia przerośnie siłą poprzednie, zjawia się nowa dominanta, hamująca efekt poprzedniej.

Na zakończenie przytoczymy pogląd „refleksologów” na dominantę. Bechterew traktuje dominantę jako pojęcie identyczne z pojęciem „skupienia” (sosrjedotoczenie), podanem przez niego już w r. 1911 (t. zn. przed Uchtomskim). Skupienie (a więc i dominantę) Bechterew uznaje jako odruch (refleks sosrjedotoczenia), posiadający swój ośrodek (centr sosrjedotoczenia), który, jak wynika z podanych schematów, został nawet (nie wiadomo na jakiej zasadzie) przez Bechterewa dokładnie zlokalizowany w płatach czołowych półkul mózgowych.

Takie pojmowanie rzeczy polega na daleko idącym nieporozumieniu. Dominanta nie jest odruchem, tylko procesem, rządzącym odruchami. Nie może być mowy o żadnym specyficznym ośrodku dominanty, gdyż dominanta, jako pewien stan komórek nerwowych, może powstać w każdym dowolnym ośrodku centralnego układu nerwowego, a zjawia się ona również po odcięciu półkul mózgowych, t. zn. przy nieobecności fikcyjnego ośrodka Bechterewa. Nieporozumienie to wynika stąd, że u Bechterewa pojęcie odruchu wogóle jest bardzo niejasne i że terminu tego używa on w nazbyt szerokim zakresie.

Dominanta w ujęciu Uchtomskiego, jako pewne prawo, rządzące pracą komórek nerwowych, uzasadnia cały szereg faktów, luźno przez różnych autorów obserwowanych (np. takie jak „Bahnung” Exnera, „Sumation”, „Reflexförderung”, zjawiska obserwowane przez Gollza, Baera i inne). Jako taka, stanowi ona cenny nabytek fizjologii układu nerwowego, gdyż uważana nawet za hipotezę tymczasową, stwarza racjonalną podstawę szeregowania zjawisk.

PIŚMIENNICTWO.

Bechterew: Obszczyje osnovy refleksologii czelowieka, 1926. Frołow: Uczenie ob usłownych refleksach kak osnova pedagogiki, 1928. Fursikow: Archiw Biologicz. nauk, 1922, Nr. 3—5. Kapłan i Uchtomskij: Russk. Fizjol. Żurn., 1923, Nr. 1—3. Kreps: Russk. Fizjol. Żurn., 1923, Nr. 4—6. Pawłow: Lekcji o rabstwie bolszych połuszarij g łownowo mozga, 1927. Rozental: Russk. Fizjol. Żurn., 1922. Szliter. Nowoje w Refleksologii, 1925. Uchtomskij: Russk. Fizjol. Żurn., 1921. Uchtomskij: Russk. Fizjol. Żurn., 1923, Nr. 1—3. Uchtomskij: Nowoje w Refleksologii, 1925. Ufland: Russk. Fizjol. Żurn., 1924, Nr. 1—6, str. 167. Ufland: Russk. Fizjol. Żurn., 1924, Nr. 1—6, str. 347. Ufland: Nowoje w Refleksologii, 1925. Walkow: Russk. Fizjologicz. Żurn., 1923, Nr. 4—6. Winogradow, Russk. Fijz. Ż. 1923. 1—3.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ Dr. Ing. EICKÉ. Die Organisation von Krankenanstalten. 1930. (Georg Thieme. Lipsk cena mk. 9.60 str. 111.)

Bardzo pożyteczna książka, która szczególnie może się przydać na naszym gruncie. Autor, docent uniwersytetu we Frankfurcie, jest organizatorem i doradcą w sprawach publicznych i zajmował się specjalnie sprawami klinik i szpitali. Jest wielkim wrogiem biurokratyzmu, zwolennikiem celowej organizacji

pracy, opartej na rozumnej oszczędności. Wypowiada się przeciwko zbytej ingerencji czynników nadzorczych, jak ministerstwo, magistrat, radni miejscy i ewent. urząd miejski zdrowia i dąży do wyjaśnienia stosunku szpitali do miejscowych kas chorych. Trudno orzec, czy wszystkie zalecane przez autora posunięcia są istotnie najlepsze. U nas wciąż jeszcze istnieją pewne wątpliwości czy na cele wielkich szpitali winni stać tylko lekarze, czy dyrektorzy administracyjni, czy wreszcie ci ostatni winni być pomocnikami lekarzy naczelnych. Autor są-

dzi np., że najlepszym rozwiązaniem tej sprawy jest równorzędność dwu dyrektorów: administracyjnego i lekarskiego, stale się z sobą naradzających. Mam duże wątpliwości, czy dałoby się to zawsze z pożytkiem przeszczerzyć na nasz grunt. Małe szpitale winny, zdaniem autora, być rządzone przez lekarzy. W każdym razie warto zapoznać się bliżej z opinią człowieka, bądź co bądź, kompetentnego, choć nie lekarza, co do najrozmaitszych szczegółów, mających związek z życiem szpitala, a więc, poza kierownictwem, z przyjmowaniem i nieprzyjmowaniem chorych, z rachunkowością, prowadzeniem kuchni, pralni, poliklinik, pracowni Rentgena i t. p. Wszędzie widać dążenie do ograniczenia zbędnych wydatków, do możliwego zmniejszenia personelu, do posiłkowania się doskonałymi urządzeniami technicznymi i t. p. I jeśli, powtarzam, niezawsze może nasi znawcy szpitalnictwa zgodzić się z autorem na punkcie celowego tego czy innego zalecenia, to jednak bez wątpienia dużo korzyści mogą wyciągnąć z omawianej książki. W naszych obecnych warunkach ekonomicznych tembardziej przydać się może uwzględnienie doświadczenia zachodnio-europejskiego.

M. Gantz.

Higiena.

L. HOFBAUER. Konieczność kontroli lekarskiej podczas gimnastyki oddechowej i uprawiania sportów. (Med. Kl. 48-1929).

Szkodliwy wpływ ćwiczeń cielesnych na ustrój zależy od tego, że osoby niewytrenowane zaspakajają w niewłaściwy sposób „głód powietrza”, występujący podczas wysiłków mięśniowych: pogłębiają one tylko wdech, podczas gdy wydech nie tylko nie zostaje wydłużony, lecz nawet, przeciwnie, ulega skróceniu. Prowadzi to do zwiększenia zawartości powietrza w pęcherzykach płucnych, co może powodować chorobliwe zmniejszenie się elastyczności tkanki płucnej przez rozdemę, a poprzez zmiany w sercu, zwane przez laików „sercem sportowców”, z objawami jego niedomogi, jak: bicie serca, sinica obrzęki. Do tego samego doprowadza gimnastyka oddechowa w postaci t. zw. „ćwiczeń zastoinowych”, t. j. głębokich wdechów z następczym zatrzymaniem oddechu, które mają służyć przez zwiększenie zawartości powietrza w płucach do zwalczania gruźlicy. W przeciwieństwie do tych szkodliwych wpływów prawidłowe regulowanie oddychania pozwala w dużym stopniu zapobiegać gruźlicy i zwalczać ją, wpływa korzystnie na krwioobieg, zapobiega, a nawet doprowadza do cofnięcia się rozdemy płuc. Daleko ważniejsze od pogłębiania wdechu jest wydłużanie wydechu, które same przez się powoduje pogłębienie następnego wdechu. Prowadzi to do lepszej wentylacji płuc bez obawy rozdemy i przez to zapobiega gruźlicy. W razie istnienia dużych zmian gruźliczych, pracę oddechową winny pełnić tylko zdrowe części płuc, chore zaś muszą często być unieruchomione zapomocą odmy sztucznej lub zabiegów operacyjnych (torakoplastyka, przecięcie nerwu przeponowego). Często stwierdzany t. zw. nieżyt szczytów zależy jedynie od niedostatecznego używania narządu oddechowego bez rzeczywistej czynnej gruźlicy. Właściwie stosowana gimnastyka oddechowa doprowadza często do wyleczenia klinicznego i rentgenologicznego takich pacjentów i do ustąpienia objawów. Również w leczeniu rozdemy, która często zależy od przepelnienia powietrzem pęcherzyków płucnych wskutek niewłaściwego oddychania, a nie od utraty elastyczności przez tkankę płucną, i dychawicy oskrzelowej ograniczenie wdechu i wydłużenie wydechu prowadzi do poprawy, a nawet wyleczenia. Pamiętać należy przytem, że fizjologicznie prawidłowa jest nosowa droga oddychania, przez co daje się uniknąć zmian w górnych drogach oddechowych,

Henryk Landau.

ROESLER. O konieczności przeprowadzania długotrwałych badań u nosicieli prątków tyfusowych i paratyfusowych. (D. m. W. Nr. 33. 1929).

U nosicieli zarazków tyfusowych i paratyfusowych następują przerwy w wydalaniu zarazków, trwające od kilku miesięcy do roku. Dla wywołania wydalania zarazków w okresie utajonym można podawać środki żółciopędne. Autor proponuje przeprowadzanie u nosicieli zarazków tyfusowych co tydzień badania stolca i moczu w przeciągu 10 tygodni. W przypadkach o wyniku ujemnym, proponuje powtórzenie badania po upływie pół roku, najlepiej podczas lata przez okres 3-tygodniowy. U kobiet okres perjodu najlepiej radeje się do badań. U osób, odznaczających się specjalną skłonnością do długotrwałego wydalania zarazków należy badania kontrolne przeprowadzać w przeciągu dwóch lat.

Wanda Franzówna.

Lecznictwo.

Werner FORSSMANN. Sondowanie prawego serca. Kl. Woch. Nr. 45 rok 1929).

Autor podaje opracowaną przez siebie metodę sondowania prawego serca.

Warunki anatomiczne układu żylnego przedstawiają się w ten sposób, że zgłębnik, włożony do układu żylnego, w kierunku prądu krwi, nie natrafia na żadne opory ani ze strony zastawek żylnych, które są skierowane w odwrotnym kierunku, ani też przy rozgałęzieniach. Jako miejsce włożenia zgłębnika najlepiej nadaje się *vena cephalica* lub *v. brachialis*. Pierwsze próby wykonał autor na zwłokach, badając wynik przy pomocy sekcji, następnie na sobie samym (żył w tym celu cewnika moczowodowego, dobrze naoliwionego, który, po zastosowaniu wenesekcji na lewym łokciu został wpuszczony do żyły.

Bez oporów i bez żadnych przykrych sensacji dla eksperymentatora (z wyjątkiem lekkiego uczucia gorąca podobnego do tego, jakie odczuwa się przy zastrzykiwaniu wapnia) cewnik został wpuszczony do żyły na głębokość 65 cm. Następnie zaś sprawdzono jego położenie przy pomocy Prom. Rentgena. Zdjęcie wykazało, że cewnik dał się przesłodzić aż do prawego przedsionka.

Sondowanie serca autor wykonał również na pacjentce będącej w stanie beznadziejnym, po sekcji stwierdzono, że koniec cewnika znajdował się w dolnej żyły głównej.

Powyższa metoda powinna, zdaniem autora, znaleźć zastosowanie tam, gdzie stan chorego wymaga nader szybkiej pomocy i wprowadzenia środków leczniczych do samego serca.

Niewielkie niebezpieczeństwo i łatwość tego zabiegu dają mu znaczną przewagę nad zastrzykiwaniami dosercowymi, na które lekarz zdobywa się dopiero w ostateczności. Szczególniej przy słabym krwioobiegu, gdy chodzi o szybkie działanie wprowadzonych środków, metoda ta może być nader pomocną.

Pozatem może ona mieć zastosowanie, jeżeli chodzi o szybki upust krwi z prawej komory oraz w celu badania działalności serca.

J. K.

A. SUCHER. O osobliwym działaniu preparatów przytarczycznych. (Wien. kl. Woch. 47|1929)

U 62 letniej chorej z bolesnością kości, obrzękami angioneurotycznymi, ogólnym osłabieniem i stanem depresji stosowanie podskórne i doustne paratyryny wywołało poprawę a nawet częściowe ustąpienie objawów. W czasie kuracji wystąpiły objawy, przypominające stany hipoglikemiczne.

W drugim przypadku obrzęki niewiadomego pochodzenia, leczone bezskutecznie najrozmaitszymi środkami przez sześć miesięcy, ustępują po tygodniu pod wpływem podawania tabletek paratyreoidynowych.

Henryk Landau

J. SCHWARZMANN. Wyciąg z mięśni prążkowanych jako środek tonizujący. (Wien. kl. Woch. 48|1929).

Stosowany przez autora w leczeniu dusznicy bolesnej wyciąg z mięśni prążkowanych (myol) wywiera silne tonizujące działania na ustrój i oddaje cenne usługi w stanach zmęczenia, wyczerpania nerwowego, ogólnego osłabienia u ozdrowieńców po chorobach zakaźnych i t. p.

Henryk Landau

Znieczulanie.

FÜHNER. Próby zmniejszenia działania trującego uśpienia chloroformowego. (D. m. W. Nr. 32, 1929).

Chloroform i eter są dotąd najwięcej stosowane do narkozy, pomimo wynalezienia już wielu innych środków. Zaburzeń w krążeniu, jakie niekiedy występują przy uśpieniu chloroformem, można uniknąć przez podanie przednie narządów lub chininy. Zmiany tłuszczowe w poszczególnych narządach po uśpieniu chloroformem należy uzależnić od produktów rozpadu, jakie powstają w organizmie przy utlenianiu. Dodatek 1 proc. alkoholu przeszkadza rozpadowi chloroformu *in vitro*. Dla ustroju ilość ta jednak jest niewystarczająca. Autor proponuje podawać chloroform z dodatkiem 10 proc. alkoholu, który chroni chloroform od nadmiernego utleniania się. W tym samym celu można podawać przed uśpieniem 20 proc. roztwór alkoholu. Autor przekonał się na białych myszach, iż karmienie owsem, poprzedzające narkozę zmniejsza szkodliwe utlenianie się chloroformu. Uważa on, iż również u ludzi należałoby skontrolować wpływ odpowiedniej diety w tym kierunku.

Wanda Franzówna.

A. GALLINEK. Narkoza awertynowa w neurologii i psychiatrii. (Monatss. für Psychiatrie. T 73 Z. 1. 1929).

Dla zapobieżenia przykrym objawom towarzyszącym rentgenowskiemu badaniu encefalograficznemu lub przetrwającym o kilka godzin odemę czaszkową autor zastosował u 19 dorosłych i 6 dzieci lekką narkozę awertyną z dość dobrym skutkiem. Metoda ta okazała się pomocniczą w leczeniu płasawicy, podnieceń i *status epilepticus*.

H. Higier.

Choroby płuc

E. M. ENERY i J. BRENNEMAN. O leczeniu ropniaków opłucny za pomocą aspiracji. (J. Am. Med. Ass. Tom 93, N 5 1929).

Postępowanie w ropniakach opłucny nie powinno nigdy być szablonowe. We wszystkich przypadkach należy przed przystąpieniem do rezekcji wypróbować leczenie aspiracyjne.

Zabieg ten autorzy zalecają wykonać po uprzednim znieczuleniu miejscowym. Zazwyczaj potrzeba kilku takich zabiegów dla osiągnięcia trwałych wyników, czasem jednak wystarczy 1 lub 2.

Ropniak nie konieczne musi być usunięty w całości, dość znaczne bowiem ilości ropy mogą uleść wessaniu. Podobnie złogi włókniaka nie są tak groźną rzeczą jak się ogólnie mniema.

Powikłanie w postaci odmy samoistnej także nie jest wcale groźnym objawem, szczególnie jeżeli powstało drogą przebiccia się ropy przez oskrzele, kiedy jest ono raczej zjawiskiem pożądanym, leczniczym.

Nie jest także ściśle twierdzenie, że z pośród rozma-

tych ropniaków tylko te poddają się leczeniu za pomocą aspiracji, które zależą od zakażenia pneumokokami. Tak bynajmniej nie jest: — autorzy niejednokrotnie otrzymywali dobre wyniki przy zachowawczym leczeniu, mimo obecności gronkowców.

Należy traktować każdy przypadek indywidualnie, a kierować się przede wszystkim wiekiem pacjenta.

B. G.

P. Z. CORYLLOS i G. Z. BIRNBAUM. Wielkość nacieczonego płuca w zapaleniu płuc. (Am. J. Med. Sc. T. 118 N 1 1929).

Ogólne jest mniemanie, że w zapaleniu płuc objętość schorzałego płata jest powiększona. W rzeczywistości nie jest to słuszne. Przy otwarciu bowiem klatki piersiowej zdrowe płuco się zapada i zajmuje mniejszą przestrzeń, zaś chore wydaje się wtedy powiększone. Ażeby uniknąć tego zniekształcenia stosunków — należy podwiązać tchawicę i wówczas dopiero rzeczywiste stosunki stają się widoczne. Zmniejszenie objętości płuca w pneumonji i niedodmie wskazywać mają na wspólną ich etiologję.

B. G.

P. N. CORYLLOS. Bronchoskopia w przypadkach zapalenia płuc. (Am. J. Med. Sc. Tom 178 N 1 1929).

W dziewięciu przypadkach autor przeprowadził badania bronchoskopowe u chorych na zapalenie płuc płatowe.

U wszystkich badanych odnośne oskrzela dochodzące do zajętego mięszu, były zatłane, tak, że autor skłonny jest przypuszczać, iż płatowe zapalenie płuc zraz niedodma zależą od tego samego czynnika, jakim jest niedrożność odnośnego oskrzela.

Aspirowanie wysięku nie daje tych samych następstw w niedodmie, co w zapaleniu płuc.

U chorych, u których dokonano bronchoskopji śmiertelność wynosiła 33%, u innych zaś około 70%. Nie należy z tego wnioskować, że bronchoskopia jest zabiegiem leczniczym. Chodzi tylko o fakt, że nie jest ona bynajmniej szkodliwa u osób z rozwiniętym zapaleniem płuc.

B. G.

M. FISHBERG i E. RUBIN. Rakowaty ropień płuca (Am. J. Med. Sc. Tom. 78 Nr. 1, 1929)

Autorzy przytaczają 15 przypadków pierwotnego raka płuca, w których zarówno klinicznie, jak i autopsyjnie znaleziono rozległe jamy w mięszu płucnym,

Okazuje się, że w 1/3 przypadków nowotworów płuc — znekrotyzowana tkanka zostaje wydalona przez oskrzela, pozostawiając jamę.

Pacjenci, u których powyższe zjawisko ma miejsce, przedstawiają klinicznie oraz radiologicznie wszystkie objawy ropnia płuc. Takie stany mogą przez szereg miesięcy nawet naśladować ropień płuca.

Należy we wszystkich przypadkach nagłego początku ropnia płuc u osobników starszych myśleć o sprawie nowotworowej.

B. G.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Z. B. MORISON i J. B. BOGAW. O zwapnieniu naczyń w przebiegu cukrzycy. (J. A. M. A. T. 92. Nr. 17. 1929).

Autorzy przeprowadzili badania nad stanem tętnic u chorych na cukrzycę.

W kilkuset przypadkach sporządzono zdjęcie kończyn dolnych, na których zmiany występują znacznie wcześniej, aniżeli na górnych.

Na 324 pacjentów rozmaitego wieku od 2 do 81 lat i płci obojga w 53% przypadków znaleziono zwapnienia naczyń.

W trzecim dziesiątku lat około 60⁰ pacjentów wykazywało zwapnienia, zaś w siódmym dziesiątku już 87⁰. W 21⁰ przypadków zmiany były daleko posunięte. Te daleko posunięte przypadki występują jednakże tylko u osobników starszych powyżej lat 40, mniej posunięte postacię widuje się także u młodszych.

Poniżej lat 40 nie zauważono ani jednego przypadku zgorzeli cukrzyczej.

Co do etiologii samego zwapnienia, to kiła, zapalenia stawów czy też zakażenia zębodołowe zdają się nie odgrywać większego znaczenia.

Około 17⁰ chorych ze wapnieniem i około 49⁰ chorych bez zwapnienia mają ciśnienie krwi powyżej 150 mm, szczególnie dotyczy to pacjentów w wieku starszym.

Im dłużej trwa sprawa chorobowa (cukrzyca), tem częściej spotyka się zarówno wzmożone ciśnienie, jak i zwapnienia.

B. Goldstein.

N. RABINOVITCH. **Cholesterynemja w przebiegu cukrzycy.** (Arch. Int. Med. tom 43. Nr 3. 1929).

Autor uważa, że w przebiegu cukrzycy zmienia się zawartość cholesteryny we krwi, przyczem zwiększenie się cholesteryny przemawia za postępem sprawy chorobowej. Należy badać systematycznie zawartość cholesteryny we krwi w przebiegu cukrzycy.

Trzeba jednakże brać pod uwagę hipercholesterynemję pochodzenia innego, aniżeli cukrzyca, a mianowicie, na tle żółtaczk, nefrozy, ciąży lub zapalenia woreczka żółciowego.

B. Goldstein.

N. RABINOVITCH. **Cholesterynemja u młodocianych cukrzyczych.** (Arch. int. med. tom 43. Nr. 3).

U osobników młodocianych zachowanie się cholesteryny we krwi podczas cukrzycy jest takie same, jak u osób dorosłych.

B. Goldstein.

C. PETERS i J. RABINOVITCH. **Aglikemja bez objawów w przebiegu cukrzycy.** (Am. J. Med. Sc. T. 78. Nr 1. 1929)

Autorzy opisują przypadek cukrzycy, w którym po podaniu sporej dawki insuliny znaleziono aglikemję — jednakże bez jakichkolwiek objawów klinicznych.

Stwierdzono to, określając ilość substancji redukujących we krwi przed i po sfermentowaniu.

Wobec tego doniesienia oraz doniesień innych autorów co do podobnych okoliczności, autorzy przypuszczają, że aczkolwiek zmniejszenie ilości cukru we krwi jest jedną z najważniejszych przyczyn w powstawaniu wstrząsu hipoglikemicznego, nie jest jednakże przyczyną jedyną.

B. G.

W. GIBB i V. LOGAN. **Badania autopsyjne u chorych cukrzyczych.** (Arch. int. med. tom 43, Nr. 3).

Na materiale, obejmującym 147 przypadków sekcyjnych cukrzycy, autor bada zmiany anatomopatologiczne u chorych na cukrzyce.

U 123 chorych znaleziono mniej lub więcej rozlane zmiany w trzustce, głównie pod postacią *pancreatitis interstitialis* z zajęciem aparatu insularnego. Brak zmian w aparacie insularnym stwierdzono tylko w 11 przypadkach. Z tych 6 przypadków po odpowiedniej djeicie nawet bez insuliny, nie miało cukromoczu.

Pomiędzy zmianami w trzustce a przebiegiem klinicznym cukrzycy, szczególnie co do śpiączki, żadnego związku nie udało się znaleźć.

B. Goldstein.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

H. PELVA. **Leczenie syfilityków wodami siarczanymi.** (Progres medical 19. 1929).

Kwestja ta przed bardzo wielu laty stała w polskim piśmiennictwie lekarskim przez długi czas na porządku dziennym, wywołując namiętną polemikę (Dymnicki, Elzenberg), gdy zaczęto się zastanawiać, czy znoszą się frykcje ręcione z jednoczesnym stosowaniem źródeł siarczanych (Busk). Pelva wznawia tę sprawę, uważając, że ogół lekarzy zasadniczo zbyt lekceważy stosowanie kąpeli siarkowych w przymiocie. Są one wskazane, gdy chory nie znosi rtęci i bizmutu w zwykłych dawkach oraz w razie intolerancji niezbędnego w dużych dawkach arseniku lub skłonności do nawrotów. Również wskazane są w złośliwych postaciach, gdy zagrożony jest układ nerwowy przy upośledzonym stanie ogólnym, po ukończeniu dłuższej kuracji swoistej wreszcie w kile dziecięcej i wrodzonej. Jako przeciwwskazanie uważa autor stany kongestyjne wątroby i nerek u syfilityków, towarzyszące kardjopatje nieskompensowane i przypadkowo towarzyszące zachorzenia rakowe.

H. Higier

L. FILLIOL. **W sprawie leczenia żółtaczek „paraterapeutycznych” w przebiegu leczenia kiły.** (Monde Méd. 760, 1929).

Żółtaczka w przebiegu leczenia kiły preparatami arsenowemi występuje w 7,77 proc. przypadków. Przyczyny tych żółtaczek są rozmaite: 1) zatrucia lekowe, 2) zmiany kiłowe wątroby, występujące mimo leczenia, 3) przyczyny biodropowe, polegające na podrażnieniu ukrytego zarazka przez salwarsan, 4) sprzężone działanie, kiły i leczenia swoistego polegające na tem, że toksyny, uwolnione z krętków, atakują wątrobę. Żółtaczki paraterapeutyczne są prawie wyłącznie pochodzenia wątrobowego, hemolityczne należą do wyjątków. W każdym przypadku żółtaczki należy zaprzestać podawania środka, który ją wywołał. Jeśli przyczyną żółtaczki jest zatrucie lekowe, podaje się doustnie lub dożylnie podsiarczan sodowy. W razie żółtaczki infekcyjnej wskutek biodropizmu stosuje się ogólne środki dezynfekcyjne, np. uroforminę. W przypadkach odczynu Herxheimera zastępuje się nowarsenobenzol zastrzyknięciami rtęci. Jeśli pochodzenie kiłowe żółtaczki wydaje się prawdopodobne, lub myśli się o jej mieszanem pochodzeniu („konflikt terapeutyczny”), zamiast salwarsanu daje się preparaty bizmutu, zwłaszcza jego sole nierozpuszczalne.

Henryk Landau.

Chor. nerwowe i psychiczne.

∞ Fr. K. WALTER. **Die Blutliquorschanke.** Georg Thieme. (Lipsk 1929 str. 223 cena 19 Mrk.).

Badania nad przepuszczalnością bariery pomiędzy krwią a układem nerwowym były przedmiotem studjów autora od lat szeregu.

Wyniki ich ujął on obecnie w obszernej książce, zatytułowanej, jak wyżej.

Znajdujemy tam rozdziały, przygotowujące do tematu zasadniczego i omawiające anatomję i fizjologję spłotu naczyniastego, wyściółki, opon mózgowordzeniowych, dalej są obszernie zanalizowane teorie o pochodzeniu płynu mózgowordzeniowego.

Wszystkie te rozdziały stanowią zbiór danych, wynikających z prac poprzedników, a rozproszonych dotąd po czasopiśmie lekarskich.

Podkreślić należy, że Walter wypowiada pogląd, nie uznawany już obecnie przez badaczy doby ostatniej, a mianowicie, że spłot naczyniasty obok roli wydzielniczej ma rów-

niez zadanie wchłaniania części płynu mózgowordzeniowego.

Zagadnienie niezmiernie doniosłe, czy odżywianie tkanki nerwowej odbywa się za pośrednictwem płynu mózgowordzeniowego, czy też bezpośrednio drogą krwi—autor rozstrzyga raczej na korzyść ostatniego przypuszczenia.

Nie przeszkadza mu i ta okoliczność, iż nie jest w stanie wskazać, gdzie mieści się chłonka, której istnienie staje się niezbędne w razie przyjęcia takiej hipotezy.

Tu wspomnieć należy, że obecnie panuje w nauce opinia sprzeczna z poglądem Waltera, większość bowiem badaczy twierdzi, że w obrębie układu nerwowego brak jest zupełny chłonki, oraz że rolę jej pełni tu płyn mózgowordzeniowy.

Mimo, iż zagadnieniem czołowym książki jest przepuszczalność barjery ochronnej, nie znajdujemy w niej głębszych rozważań na temat, jakie tkanki tworzą ową barjerę. Zresztą, autor odróżnia aż trzy rodzaje barjer: jedną umieszcza on na drodze pomiędzy krwią a płynem mózgowordzeniowym (Blut-Liquorschranke), drugą — pomiędzy krwią a tkanką nerwową (Blut-Hirnschranke), trzecią — pomiędzy tkanką nerwową a płynem mózgowordzeniowym (Hirn-Liquorschranke).

Istota anatomiczna i fizjologiczna tych barjer ma być różna: na barjerę pomiędzy krwią a tkanką nerwową składa się mają ścianki naczyń włosowatych mózgu. Tkanka ta ma być przepuszczalna dla kolloidów w odróżnieniu od barjery pomiędzy krwią a płynem mózgowordzeniowym, nie przepuszczalnej dla tych składników, a zbudowanej ze spłotu naczyniastego i opon miękkich. Trzecia wreszcie barjera pomiędzy tkanką nerwową a płynem mózgowordzeniowym (Hirn-Liquorschranke) zbudowana ma być z tkanki gęstej powierzchniowej i okołonaczyniowej powleczonej śródbłonkiem naczyniówki. Przez ostatnią barjerę musi się przedostawać ta część płynu mózgowordzeniowego, którą autor wywodzi z tkanki nerwowej.

Odróżnienie aż trzech barjer staje się konieczne z chwilą, gdy autor uznaje, że ciała ze krwi przenikają do tkanki nerwowej z pominięciem płynu mózgowordzeniowego a za pośrednictwem chłonki.

Zresztą, budowie anatomicznej trzech barjer Walter poświęca kilka zaledwie wierszy, temat ten, skąpo traktowany, wtłacza w obfitą treść kliniczno-referatową.

Uderzać nas musi nieliczenie się Waltera z hipotezą wypowiedzianą przez nas w 1924 r., głoszącą, iż barjerę stanowi układ siateczkowo-śródbłonkowy. Hipoteza nasza upraszcza znacznie całe to zawile zagadnienie.

Metoda badania przepuszczalności barjery, stwarzana przez autora, polega na wprowadzeniu doustnie chlorku bromu oraz na mierzeniu zawartości jego we krwi i w płynie mózgowordzeniowym.

Ustaliwszy normalne granice przepuszczalności barjery Walter bada ją w całym szeregu cierpień, a więc w stanach zapalnych opon, w kile mózgowordzeniowej, w cierpieniach metaluetycznych, w psychozach, w mocznicy, w zatruciu alkoholem, morfiną i t. d. Jako wniosek realny z badań Waltera wyłania się twierdzenie, że w stanach zapalnych opon przepuszczalność barjery wzrasta, co wynikało, zresztą, z prac poprzedników Waltera. Co do innych cierpień brak jednolitych i przekonujących wyników.

Książka może zainteresować badaczy, zgłębiających zagadnienie przepuszczalności barjery.

Z a n d o w a

© E. RANZI. Chirurgja mózgu i opon. str. 271 rys. 91, tab. IV, 1929 r. wyd. Urban und Schwarzenberg (Berlin 1929). Dział poważny chirurgji mózgu i opon opracował dla

wielotomowe „Die Chirurgie Kirchner-Nordmanna” E. Ranzi, profesor kliniki chirurgicznej w Innsbrucku, były długoletni asystent Eiselsberga. Podaje bardzo doświadczony neurochirurg w krótkich zarysach dokładną symptomatologię i technikę operacyjną zachorzeń mózgu i opon, ledwie dotykając się nowszych, niezupełnie jeszcze co do swej wartości rozpoznawczej wypróbowanych metod ostatnich lat kilku.

Ze spraw nowszych omawia uszkodzenia otwarte i zamknięte (*commotio, compressio, contusio cerebri*) obok ran postrzałowych, klutych, ciętych i miażdżonych oraz rozerwania naczyń zewnątrz-, wewnątrz- i podoponowych.

Zachorzenia mózgu i opon obejmują sprawy samoistne zapalne oraz jako ich pochodne: ropnie i zakrzepy zatok, padaczki, wodogłowie, torbiele i guzy mózgowia.

W dziale techniki szczegółowo Ranzi i poddaje krytyczne zasady ogólne, jak przygotowanie do zabiegów, znieczulanie, hemostazę, wahania ciśnienia przy otwieraniu czaszki, zwłaszcza tylnej jamy i t. p. oraz zasady specjalne: trepanowanie, osteoplastykę, operacje na oponach, mózgu, mózdzku, moście, dekompresję i zamykanie ran operacyjnych.

Co do nowotworów najbardziej nieprzystępnych, trudno usuwalnych i względnie częstych, t. zw. guzów kąta mózdkowo-mostowego z uciskiem na opuszkę, to zasługuje na uwagę neurologa, że dawne statystyki operacyjne najlepszych chirurgów europejskich, naogół dość oplakane (67—84—75—78—56% śmiertelności u Horsleya, Krausego, Bastianelli, Eiselsberga i Heymanna), zmieniły się na znacznie pomyślniejsze (11—12% śmiertelności u Cushinga, Dandyego i de Martela) pod wpływem amerykańskiej metodyki z przepołowieniem torebki, powolnym częściowym wyłęczkowaniem guza z ewentualnem usunięciem lub pozostawieniem torebki.

Podkreślić należy obfitość i udatność licznych rycin własnych z kliniki insbuckiej i wiedeńskiej, jako to: komunikacja krwiobiegu żylnego wewnątrz- i zewnątrz czaszkowego, osteoplastyka sfery psychomotoryjnej i okolicy mózdzku, obnażenie kąta mostu i opuszki, nakładanie wentylu podkorowego, przekłucie spoidła. Niemniej szczęśliwie dobrane są niektóre z zapożyczonych od obcych autorów ryciny (Dandyego komory i przestrzenie podpajęczynowe, Heidricha encefalogramy, Neisser-Pollaka zmodyfikowane miejsca punkcyjne na czaszce, Tandlera — topografia mózgowo-czaszkowa i Sgallitzera radjogramy lipidolowe mózgowia).

Bibliografja na ostatnich 7 stronicach obejmuje prawie wszystkie zasadnicze prace z piśmiennictwa wszechświatowego do r. 1928.

H. Higier.

S. KARTAL. Kastracja na skutek wskazań psychiatrycznych. Katamnezy chirurga. (Archiv für klin. Chirurgie T 155. Z. Z. 1929.)

Chirurg ma obowiązek dokonania trzebień czyli kastracji, o ile psychiatra zakwalifikuje pacjenta z pogranicza seksualnego neurologji i psychiatrii do tego zabiegu po odnośnej obserwacji i bezskutecznem wypróbowaniu licznych innych metod leczniczych, farmaceutycznych i psychoterapeutycznych.

Z 16-tu odnośnych chorych (*masturbatio strenua, perversitas, exhibitionismus, homosexualismus, pederastia, neurasthenia sexualis gravis i t. p.*), którzy przebywali już niejednokrotnie w domach poprawczych, więzieniach i zakładach dla umysłowych, 15-tu wyleczyło się po wyjąłowieniu zupełnie i są zadowoleni z dokonanego rękoczynu, który im wrócił stanowisko należne w życiu społecznem.

H. Higier.

Wskazówki praktyczne.

E. Fauvet zwraca uwagę na konieczność badania bakteriologicznego śluzu z nosa u ozdrowieńców po płonicy, okazało się bowiem, że obok ujemnego wyniku badania śluzu, wziętego z gardzieli, badanie śluzu z nosa dawało wynik dodatni. (Münch. m. W. 1929 N. 49).

—o—

Agarol (zawiesina płynna, zawierająca parafinę i agar-agar w rozcieńczonej glicerynie z dodatkiem minimalnej ilości fenoltaleiny), według spostrzeżeń Tomitzeka, działa doskonale w zaparciu stolca rozmaitego pochodzenia. Przetwór ten jest chętnie zażywany i nie wywołuje działania ubocznego, specjalnie zaś ze strony nerek. (Ther. d. Gegenw. 1929 N. 10).

—o—

U ozdrowieńców po grypie, cierpiących długi czas po przebyciu choroby na ogólne osłabienie, zmęczenie, brak łaknienia, potliwość, stosuje Plessner z dobrym skutkiem wino tonizujące Viola, zawierające fosforan wapnia oraz korę chinową i sok mięsny, rozpuszczone w winie hiszpańskim. (Der Landarzt. 1929 N. 33).

—o—

Müller poleca wasogan jodowo-kamforowo-chloroformowy (5 proc. jodu, 5 proc. kamfory i 15 proc. chloroformu) w obrzemiach gruczołów chłonnych, nerwobólach nadczło-

dołowych i potylicznych i w ostrych zapaleniach zatok nosowych. Lek ten nie wywołuje podrażnienia skóry nawet u ssawców. (Ther. der Gegenw. 1929 N. 11).

—o—

L. Waldeyer radzi rozpuszczać myosalwarsan w jak najmniejszej ilości wody, nigdy ponad $\frac{1}{2}$ ctm³ do rozpuszczenia 0,15 gr. Dawkowanie: 0,015 myosalwarsanu na kilo wagi ciała. Ssawcy otrzymują na pierwsze zastrzyknięcie 0,03—0,05, bardzo słabe i niedonoszone dzieci — 0,015 gr. Po 6 — 7 zastrzyknięciu odczyn Wassermana przechodzi w ujemny. Działania ubocznego niema. (Derm Ztschr. 1929 T. 56).

—o—

Levy-Lenz poleca zastrzykiwanie 0,6 gr. neosalwarsanu w celu rozpoznania podejrzanych wrzodów pierwotnych. Wrzód pierwotny kiłowy zabliznia się po jednym zastrzyknięciu, jeżeli zastrzyknięcie nie wywołało żadnego działania, to owrzodzenie napewno nie jest kiłowe. L. spostrzegł 16 takich niewyraźnych przypadków: 5 dało wynik dodatni (zabliznienie) i okazało się w następstwie natury kiłowej, 11 — bez wyniku dodatniego są dotychczas wolne od objawów kiłowych. (Med. Welt. 1929 N. 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 16 lutego 1929 r.

1. Stępień. Meningopatia leucaemica caudae equinae.

Przypadek dotyczy mężczyzny 53-letniego, którego choroba zaczęła się przed 3—4 miesiącami powiększeniem gruczołów chłonnych w pachwinach. Od 3 tygodni datują się bóle w krzyżu, w pachwinach i wzdłuż tylnej powierzchni kkd. W stanie chorego stwierdza się: powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych, zwłaszcza pachwinowych, mierne powiększenie wątroby i śledziony. Badanie morfologiczne krwi wykazuje pomnożenie liczby białych ciałek (156.000 w mm^3) i to wyłącznie limfocytów (96%), innych elementów jak myelocyty, erytroblasty, limfoblasty nie stwierdzono. Powtórne nakłucie lędźwiowe wykazuje brak autochromji w płynie m-rdz. Queckenstädt prawidłowy, lecz liczba ciałek zwiększona (524/3). W przypadku tym mamy przewlekłą białaczkę limfatyczną, za czem przemawia powiększenie gruczołów chłonnych, śledziony, wątroby oraz pomnożenie liczby b. c. we krwi i to wyłącznie limfocytów.

Przypadki takie, jak nasz z leukemicznym obrazem płynu m-rdz., należą do zupełnie wyjątkowych.

Dyskusja:

Ożechowski. Cienie, które widzimy na rentgenogramie w tym przypadku, pochodzą od chorobowo zmienionych gruczołów chłonnych. Podobny obraz kręgosłupa może dawać gruźlica. Twory te dają się wymacać w głębokiej narozie.

2. Krakowski. Zapalenie wielonerwowe w następstwie duru brzuszego.

Chora l. 22 zachorowała we wrześniu r. ub. Przebieg kliniczny i próby bakteriologiczno-chemiczne ustaliły rozpoznanie duru brzuszego. W końcu trzeciego tygodnia typ stałej gorączki zmienia się na typ intermityjny o dużych wahaniami dziennej ciepłoty do 4—50°C. Równocześnie stwierdzono zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie zrazikowe dolnego płata l. płuca, następnie głuchotę oraz osłabienie mięśnia sercowego. Do powyższych powikłań przyłączają się bóle i osłabienie kkd. Powyższe powikłania trwały przez kilka tygodni, poczem zapalenie miedniczek cofnęło się, zapalenie płuc ustąpiło, słuch powrócił — pozostało osłabienie kkd., które przeszło w zupełne porażenie.

Badanie nie stwierdza zmian w zakresie nerwów czaszkowych. Kkg.—norma. Odruchy brzuszne zachowane. Porażenie wiotkie obu kkd. Bolesność mięśni i pni nerwowych. Odruchy ścięgnowe i podeszwowe — 0. Zanik mięśni kkd. szczególnie pódudzi i stóp. Zaburzenia czucia w odcinkach odsiebnych. Częściowy odczyn zwyrodnienia mięśni podudzi. Odczyn Wassermana— we krwi i płynie m.-rdz. W płynie m.-rdz. brak pleocytozy. NA+, białka 0,16^{0/00}.

Dyskusja:

Bregman. Zwraca uwagę na rzadkość występowania podobnych powikłań.

Goldflam. Ostatnia epidemia duru ma predyspozycję do obwodowego układu nerwowego. Wogóle w ostatnim czasie da się zauważyć zwiększenie się liczby przypadków zachorowań na zapalenie wieionerwowe.

Higier. Co się tyczy objawu głuchoty w danym przypadku, to sprawa obwodowa zdaje się być wątpliwa, a należałoby przypuszczać encephalitis.

Luksenburg. Na 400 obserwowanych przypadków duru brzuszego, nie spotkano ani jednego przypadku z podobną komplikacją.

Bregman. Popow, który badał anatomicznie w podobnych przypadkach nerw słuchowy stwierdził trombovasculitis.

3. J. Mackiewicz. Drugi przypadek nakłucia aspiracyjnego międzylipiodolowego przy nowotworze rdzenia z dodatnim wynikiem.

Rok temu autor przedstawił na posiedzeniu Warsz. T-wa Neurolog. przypadek w którym za pomocą nakłucia aspiracyjnego w przestrzeni między górnym a dolnym lipiodolem w preparatach mikroskopowych udało się odnaleźć kawałki tkanki nowotworowej i ustalić rozpoznanie śródbłoniaka (endotheliomu). Przypadek ten dotyczył guza rdzenia, zlokalizowanego w okolicy ogona końskiego. W przypadku obecnie przedstawionym, dotyczącym chorego z b. szybkim rozwojem objawów uciskowych rdzenia, lipiodol górny zatrzymał się na poziomie D XI, a górny brzeg lipiodolu dolnego sięgał $\frac{1}{2}$ L I. W taki sposób guz siedział na poziomie conus et epiconus medullaris. Jednak chory b. dobrze zniósł nakłucie aspiracyjne w przestrzeni między D XII a L I, natomiast badanie preparatów mikroskopowych, zrobionych z płynu aspirowanego, pozwoliło ustalić obecność w dużej liczbie komórek zupełnie charakterystycznych dla chromatophoromatu. Badanie mikroskopowe guza.

usunętego podczas operacji, rozpoznanie to w zupełności potwierdziło.

4. St. Mackiewicz. *Dyzesteza psychiczna w zespole talamicznym.*

Dyskusja:

Higier. Widział przypadek, w którym chory człowiek inteligentny, nie wiedział, że jest ślepy.

Orzechowski. Haed opisał 3 przypadki. Interpretacja tych przypadków jednak Haedowi się nie udało. Tłumaczenie Haeda, że w podobnych przypadkach zachodzi nadwrażliwość torów czuciowych, odpada w przypadku Arenda, gdyż właśnie z tej strony, z której zachodzą wspomniane objawy, pacjent był zupełnie głuchy.

Wogóle do stron ciała odnosimy się jednakowo, w tych jednak przypadkach jedna z półkul mózgowych jest nadwrażliwa.

5. Sterling. *Objaw językowo-ślinowy w chorobie Parkinsona.*

Przypadek dotyczy 61-letniego mężczyzny, którego choroba rozpoczęła się przed 4 laty od stężenia i drżenia lewej kończyny górnej. Wkrótce potem rozwinęły się takie same objawy w muskulaturze kręgosłupa, prawej kończyny górnej i obu dolnych. Od 3 miesięcy wystąpiły objawy płaczu i śmiechu przymusowego oraz ruchy mimowolne języka, które stanowią obecnie najbardziej uderzający objaw choroby. Od czasu do czasu rytmiczne i gwałtowne ruchy języka powodują zbieranie się śliny w jamie ustnej, którą ruchy języka ubijają w pianę, co przypomina objaw językowo-ślinowy, opisany przez Sterlinga w 1924 r. w przypadku parkinsonizmu śpiączkowego.

Dyskusja:

Bregman. W swym przypadku stwierdził znaczny wpływ sugestji na zmniejszenie się intensywności objawu. Mimo to przyjmuje jednak jako siedlisko anatomiczne wspomnianego objawu, zwoje podkorowe.

Bychowski. Obserwował przed laty parkinsonika, u którego występowało ciągle wysuwanie języka. Chory ten zmarł na marskość wątroby.

Sterling. Podaje, że Bing poruszał tę sprawę i przypisywał jej pochodzenie psychiczne. Miała to być, według niego reakcja dowolna na wysychanie języka.

6. Neudingowa i Bregman. *Przypadek wzmocnienia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego ze szmerem, słyszalnym w okolicy ciemieniowo-potylicznej.*

Chory, lat 19, zachorował przed 6 laty, b. silne bóle głowy, wymioty; napady powtarzały się b. często, zwłaszcza w nocy. Bóle umiejscawiały się w okolicy czołowo-ciemieniowej i potylicznej prawej oraz w oczach, szczególnie w prawem, niekiedy podwójne widzenie. Po roku bóle ustąpiły i w ciągu 5 lat był zdrow. Od 1/2 r. cierpienie ponowilo się w tej samej postaci, co i dawniej. Od 6 tygodni szum nad i poza prawem uchem stały i dokuczliwy. Przed 6 1/2 r. spadł z wozu nawznak, przytomności nie stracił.

Dyskusja:

Bregman. Obecnie szmer nie daje się wysłuchać. W danym przypadku Bregman skłania się do rozpoznania tętniaka. Wogóle taki szmer może zależeć od 1) naczyńniaka 2) tętniaka 3) nowotworu. W danym przypadku rozpoznanie nowotworu można odrzucić (sprawa trwa od 5-ciu lat). Przebieg zaś naczyńniaka jest zupełnie odmienny. Pozostaje więc rozpoznanie tętniaka. Tętniaki najczęściej występują u ludzi młodych. Najczęściej odgrywa rolę uraz, oraz wrodzony stan tętni.

Bychowski. Zapytuje, jak sobie tłumaczyć fakt zniknięcia szmeru.

Goldflam. Zna ten przypadek z przed 6-ciu laty. Chory wtedy skarżył się na bóle napadowe, trwające 2—3 dni. Pomiędzy napadami dolegliwości nie odczuwał. Już wtedy Goldflam stwierdził tarczę zastoinową.

Orzechowski. Chory z *medulloblastoma* miał też wyraźny szmer, znikający po ucisku na *carotis*. Po dokonaniu dekompresji szmer znikł. Wogóle przypadek ten jest podobny do przypadku demonstrowanego, trwał jednak krócej, bo tylko 2 lata.

Wogóle we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzi podejrzenie o *tumor cerebri*, dokładnie wysłuchuje czaszkę i spotkał się już kilkanaście razy ze szmerem. W kilku z tych przypadków była dokonana sekcja i nowotwór stwierdzony anatomicznie. Ani razu jednak nie był to tętniak.

Bregman. Próba z *art. carotis* w danym przypadku nie była robiona. Co się tyczy tarczy zastoinowej, to podczas, kiedy niektórzy autorzy uważają, że bywa ona wyjątkowo tylko, inni zaś stwierdzają zastoinę na dnie oka w każdym przypadku tętniaka. W demonstrowanym przypadku szmer nie po-

wstał razem ze wszystkimi objawami ze strony układu nerwowego. Już przed 6-ciu laty wystąpiła u tego chorego tarcza zastoinowa, ale musiała jednak ustąpić, bo przecież w przeciwnym razie pacjent byłby już ślepy.

Szmer wysłuchiwał się nie w każdym ułożeniu głowy jednakowo intensywnie. Najlepiej był słyszany przy zwracaniu przez chorego głowy w stronę lewą.

7) St. Leśniowski. *Ataksja Leydena u syfilityka.*

45-letni nauczyciel przybył do Klin. Neurol. po raz pierwszy dnia 8.I.1929. Chory jest neuropatą, od lat 20 cierpi na dolegliwości jakoby wątrobowe (ból, zaparcie), przed 14-u laty zakaził się kiłą i leczył ją bardzo starannie (ostatnie leczenie bizmutowo-salwarsanowe przyjął przed 3 a miesiącami). Obecne swe cierpienie wiąże chory z drobnym urazem rąk, połączonym ze silnym wstrząsem psychicznym, któremu uległ przed 2 miesiącami. Najzwyklej odczuwał chory tępy ból głowy i krzyża, wystąpiła b. wzmoczona senność, w parę dni później pojawiło się drżenie rąk, które się szybko nasilało i uogólniało, tak, że chory nie był w stanie pracować, jeść i ubierać się. Uskarża się, że na początku choroby nie mógł również czytać, gdyż litery migwały mu przed oczami (ataksja oczna?).

W obrazie klinicznym dominują ruchy mimowolne. Gdy chory leży w zupełnym spokoju, wówczas ruchy nie ujawniają się. Lecz już w pozycji siedzącej, gdy chory jest zemocjonowany obserwacją, występuje wybitne drżenie głowy. W pozycji stojącej drżenie się nasila, obejmuje również tułów w sposób, podobny do opisywanego przy pseudosklerozie. Najbardziej zajmującym jest chód chorego: chodząc, stawia bardzo duże kroki, wyrzuca stopy jakby ataktycznie, zrazu zgina równocześnie podszewko stopy i staje raczej na palcach i dopiero po dłuższym chodzeniu uderza piętami o podłogę. Kończyny górne oraz dolne wykazują wybitne drżenie zamiarowe oraz ataksję dysmetryczną. Język jest opanowany masowem drżeniem, to go chory wysuwa, to cofa. Mowa jest wyraźnie upośledzona, na skutek drżenia; jest ona spowolniona, drżąca, nieco skandowana, lecz dalej idących zaburzeń artykulacyjnych nie wykazuje; przy mowie chory unerwia nadmiernie wargi. Poza tem chory wykazuje tylko hipotonję (obok objawu koła zębatego może rzekomego), hipodiadochokinezę, ataksję motoryczną i statyczną, asynergję kończyn, tułowia i warg, dyskretnie zaburzenia czucia w palcach stóp. Psychicznie osobnik o konstytucji schizoidalnej ze śladami organicznego cierpienia mózgu (nieznaczne otępienie intelektualne i uczuciowe, bezkrytycyzm, euforja).

Mówca rozpoznaje ostrą ataksję typu Leydena. Co do anatomicznego umiejscowienia sprawy, to najbardziej się skłania do przyjęcia *encephalitis* nieluetycznej mózdzku i jądra zębatego wzgl. ramion spajających.

Dyskusja:

Orzechowski. Podkreśla, że chory ten, poza objawem drżenia zamiarowego, nie wykazuje innych objawów ze strony środkowego układu nerwowego. Dlatego też wchodzi tu w grę możliwość psychorodnego pochodzenia cierpienia. Przeciw temu przemawia jednak przebieg samego cierpienia, a mianowicie to, że rozwinęło się ono po pewnym czasie po urazie psychicznym.

Sekretarz posiedzeń

Czesław Bogusławski.

(wedł. Neurologii Polskiej).

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

XXIX posiedzenie naukowe z dnia 4 marca 1929 roku.

Prezes: Doc. Grudziński.

Sekretarz: Adelfang

Obecnych 30.

1. Zawadowski W. *Dodatkowy zroz nieparzysty płuca prawego w obrazie rentgenologicznym.*

W r. 1778 Wrisberg opisał nieprawidłowy przebieg żyły nieparzystej, która zagłębiała się w mięszu górnego płatu i, pociągając za sobą fałdę opłucny, odcinała część mięszu płucnego w postaci zrazu. Zraz ten opisywali później liczni anatomicznie, zaś mechanizm jego powstania wyjaśniły prace Dévégo (1899) i Blunfshliego (1905). Stibbe ustalił 3 typy zrazu nieparzystego, zależnie od jego wielkości i położenia szczeliny, oddzielającej go. W r. 1929 Bendick i Wessler przez porównanie zdjęć z wynikiem autopsji w 2 przypadkach wykazali, że zraz nieparzysty jest widoczny na zdjęciach klatki piersiowej w postaci ostrego, wąziutkiego, liniowego cienia, przechodzącego przez szczyt prawy i kończącego się pod obojczykiem i nad wnęką przecinkowatą zgru-

bieniem, odpowiadającym samej żyłce nieparzystej, zagłębionej w miąższ płucny.

Autor stwierdził obecność tego samego cienia w 13 przypadkach na 3590 zdjęć z r. 1928 i 19 8-29, w tem dwukrotnie na zdjęciach klatki piersiowej kobiet. Nie pozwala to wyciągać wniosku ścisłego o jego rzeczywistej częstotliwości, gdyż na zdjęciach występuje najczęściej tylko typ *b*. Typ *a* jest trudny do uwidocznienia, zaś typ *c* prawie zawsze pokryty jest przez cień środkowy klatki piersiowej i z reguły nie jest widzialny.

Płaski zrost w szczelinie, oddzielającej zraz nieparzysty odnacza się tem, że część szczytu, odpowiadająca mu, posiada zmniejszoną przejrzystość, zaś wysięk wywołuje znaczne rozszerzenie cienia liniowego. Zacinienie okolicy zrazu może być następstwem zaciśnięcia jego podstawy przez żyłkę nieparzystą.

W dyskusji Drodzowicz zapytuje, jak tłumaczyć cień przecinkowy.

Zawadowski odpowiada, że cień przecinkowy jest rozgałęzieniem żyły nieparzystej, która zamiast w śródpiersiu przebiega w miąższu płucnym.

2. Stueckgold W. i Grynkrout B. *Przypadek rzadkiego powikłania po zapaleniu płuc.*

W dyskusji Mesz zapytuje, jak było dokonane zdjęcie, czy w położeniu przednio-tylnem, czy odwrotnie, jak wyglądała lustrzana powierzchnia płynu w pozycji poziomej dziecka. M. sądzi, że rzeczywiście mamy tu do czynienia z ropniem prawego płuca. Taki sam przypadek obserwuje obecnie w szpitalu, lecz ropień jest bardzo duży i sięga do samej przepony. Oprócz płynu i komory powietrznej mamy tu do czynienia bezwątpienia z naciekiem miąższu. Wszystko to stanowi ropień o granicach owalnych i kształtach ostrych.

Kochanowski na zasadzie rentgenogramu przypuszcza, że rozchodzi się o ropień płucny prawej że zrostami, do którego dostało się powietrze podczas nakłucia, lub rozwinął się gaz. Rozstrzygnęłoby kwestję prześwietlenie w skośnej pozycji, ewent. zlokalizowanie komory gazowej przy ściśnięciu klatki piersiowej lub głębiej. O przesunięciu serca na zasadzie przedstawionego zdjęcia nie można mówić, gdyż zachodzi tu rotacja klatki piersiowej, czyli nie jest ona zdjęta w ściśle czołowej płaszczyźnie.

Drodzowicz zaznacza, że bez współdziałania zrostów tak silne przesunięcie serca na prawo byłoby trudne do zrozumienia.

Adelfang uważa, że — jak to można stwierdzić na zdjęciu — płuco lewe znajduje się w stanie rozedmy, którą należy tłumaczyć jako objaw zastępczy wobec schorzenia płuca prawego. Dzięki tej jednostronnej rozedmie nastąpiło przesunięcie serca na prawo.

3. Werkenthin M. *Pięć miesięcy obserwacji przerzutów nowotworowych w płucach.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji biorą udział Zawadowski, Sabat, Kochanowski, Grynkrout i Grudziński.

4. Adelfang H. *O nacieczeniach wczesnych.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji Zawadowski zaznacza, że materiał szpitala Ujazdowskiego nadaje się bardzo do śledzenia wczesnych okresów gruźlicy. Na tym materiale się opierając, Z. zaznacza, że już przed rokiem, w swym referacie o wczesnych okresach gruźlicy u dorosłego mówił o łagodnej gruźlicy szczytowej i o rozpoczynaniu się suchot naciekami podobojczykowymi. Z. poruszył wtedy również zmiany śródmiąższowe i ich znaczenie w rozwoju gruźlicy u dorosłego.

Grynkrout: Doświadczenie wykazuje trudności zarażenia konia drogą oddechową. Natomiast Calmette uczy, że gruźlica płucna pochodzi z infekcji kiszkowej, która postę-

puje wzdłuż dróg chłonnych do gruczołów węzkowych, skąd rozprzestrzenia się do płuc. Rozgałęzienia limfatyczne są bardzo podobne do nacieczenia wczesnego podobojczykowego.

Mes z: Materiał szpitalny dotyczy przeważnie chorych ze zmianami daleko posuniętymi, natomiast z nacieczeniami wczesnymi obserwowałem rzadko, ale nigdy nie zdołałem skonstatować zniknięcia nacieczeń. Zresztą, kol. Adelfang takich rentgenogramów nie pokazywał. Byłoby pożądane, aby koledy, którzy obserwowali takie przypadki, zechcieli łaskawie je zademonstrować.

W odpowiedzi Adelfang zaznacza, że zarażenie u dorosłego następuje przeważnie drogą oddechową, i że jest to sprawa, której dziś już nikt nie kwestjonuje. Śród demonstrowanych przez A. rentgenogramów znajduje się szereg zdjęć, na zasadzie których z całą pewnością stwierdzić można, że duże nacieczenia wessaly się i pozostawiały ślady albo w postaci zwapniałych drobnych ognisk, albo drobnych jam.

H. Adelfang.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Payr omawiał na posiedzeniu lipskiego tow. lek. (w czerwcu r. z. D. M. W. Nr. 47) sprawę *uchyłków przelyku a pulsione*. Sądzi on że w przypadkach dolegliwości przelykowych u osobników w średnim i starszym wieku (o wiele częściej u mężczyzn) należy myśleć o uchylku. 70 proc. chorych z uchylkiem przekroczyło 50 lat. Najwcześniejsze są skargi na drapanie w gardzieli, gęsty śluz, częste podrażnienie kaszlowe, — poczem dopiero występują utrudnienia połykowe, Stopniowo chory wypracowuje sobie sposób opróżniania uchylka. Jednym z objawów uchylka jest również niekiedy odór z ust. Pod względem rozpoznawczym na pierwszym miejscu stoi badanie promieniami Roentgena, które stoi wyżej od wzniernikowania przelyku. Leczenie konserwatywne daje rzadko dobre wyniki. Zabieg operacyjny przebiega najlepiej, jeśli bywa dokonywany w dwóch seansach: na pierwszym należy odpreparować (w znieczuleniu miejscowym) worek uchylkowy i zaszyć jego połączenie z przelykiem na drugim — po upływie 8 — 10 dni odciąć worek wraz z rośniętą komunikacją.

Na lipcowem posiedzeniu tego samego towarzystwa Holzman demonstrował przypadek *nadciśnienie w wczesnym dzieciństwie*. 4½-letni chłopiec zaczął się skarżyć na bóle w nogach, zwłaszcza stopach. Jedyny objaw chorobowy który udało się stwierdzić polegał na wysokim ciśnieniu krwi, wynoszącym 144 do 165 mm Hg. Po dziesięciu dniach drgawki toniczno-kloniczne lewej połowy ciała, które następnie przeszły na prawą połowę. Objawy te rychło ustąpiły. W czasie przebytego zapalenia płuc ciśnienie opadło do 105 mm, następnie jednak znów podniosło się do 140 — 150 mm. Żadnych zmian nerkowych, któreby mogły tłumaczyć owo nadciśnienie nie znaleziono. Należy też myśleć o nadciśnieniu samoistnem, co zasługuje na szczególną uwagę ze względu na wczesny wiek.

Schönfeld na tem samym posiedzeniu pokazał *7-miesięczne niemowlę z napadami podobnymi do astmy*, które występowały w domu, zaś w klinice w ciągu kilkomiesięcznego pobytu wcale się nie powtarzały. Po powrocie dziecka do domu napady znów wróciły. Z wilgotnej ściany mieszkania wyhodowano *aspergillus flavus* i jakiś grzybek, przypominający pleśniawki, ale niemowlę nie dawało z niemi odczynu skór nego.

Küstner zachwala w *zwalczaniu gorączki połogowej* surowicę przeciapaciorkowcową (streptoserin) i wlewanie kroplowe dożylnie glukozy z solą kuchenną (2 proc. rozczyn). W ciągu doby wlewa się w ten sposób 2500 — 3000 cm³. Niekiedy po takim wlewaniu następowal spadek gorączki. W bardzo ciężkich przypadkach z bardzo licznymi paciorkowcami we krwi i dreszczami dłużej trwającymi wynikiem nie notowano.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Czy spędzanie płodu powinno być karalne?

(Na marginesie dyskusji na II Zjeździe prawników polskich.)

Podał

Dr. Stanisław BATAWIA (Warszawa).

(Dokończenie patrz Nr. 1).

Ci wszyscy, którzy przy rozpatrywaniu za-

gadnienia spędzenia płodu, wysuwają jako argument kwestję populacyjną, powinni liczby powyższe dobrze zapamiętać i nie zapominać o tem, że często w dobrze pojętym interesie państwa leży zmniejszenie liczby urodzeń, a nie — niczem nieuregulowany przyrost ludności, pociągający za sobą fatalne następstwa dla ogółu obywateli.

Ten ogół żyje w niezmiernie ciężkich warunkach ekonomicznych, w maleńkich dusznych izbach, gdzie kilka osób sypia na jednym łóżku, w złych warunkach higienicznych, będących doskonałą pożywką dla różnych chorób, dziesiątkujących ludność ubogą (gruźlica!). Opracowana przez Instytut Gospodarstwa Społecznego monografia o warunkach życia robotniczego w Polsce zawiera cały szereg ścisłych danych, ilustrujących całokształt życia pracownika fizycznego, które wykazują, jak dalece niezyciowe stanowisko zajmują w sprawie poronień uczeni prawnicy, siedzący za zielonym stolikiem i piszący swoje traktaty o walce ze spędzaniem płodu. Warunki życia milionów ludzi pracy są niesłychanie ciężkie, i ograniczenie liczby potomstwa jest dla nich bezwzględna koniecznością, z którą każdy ustawodawca musi się liczyć. Nie wolno jest dzisiaj wzorem Fryderyka Wielkiego mówić o ludziach: „Je les regarde comme une horde de cerfs dans le parc d'un grand seigneur, et qui n'ont d'autre fonction que de peupler et remplir l'enclos”. Jeśli kobieta nie chce mieć dziecka, to państwo nie ma prawa nakazać jej, aby rodziła wbrew swej woli. Instykt macierzyński jest najbardziej istotną cechą kobiety, i niema obawy, aby w związku z przekreśleniem artykułu kodeksu karnego, karzącego matkę za dokonanie spędzenia płodu, kobiety przestały rodzić. Kobieta, która nie chce zostać matką dzisiaj również poddaje się różnym zabiegom i w rezultacie nie rodzi. Kobiety zamożne mają na swoje usługi cały legion lekarzy specjalistów, którzy za dużą zapłatą podejmują się nielegalnych skrobanek, ubogie wyrobnice udają się do akuserek i często życiem przypłacają źle dokonany zabieg. Kodeks karny godzi tylko w te ubogie, nieszczęśliwe kobiety z warstw pracujących, nie mogące sobie pozwolić na pójście do lekarza, kobiety, którym ślepy los nie pozwolił mieć dziecka. Dziecko dla wielu z tych kobiet oznacza straszną nędzę, hańbę i poniewierkę, wyrzucenie poza nawias społeczeństwa. Dziecko, w tych warunkach urodzone, oznacza często jeszcze jedną liczbę w rubryce przestępczości nieletnich i prostytutce dziecięcej. Dziecko takie wyrasta w gruncie rzeczy bez matki, zdane na łaskę losu, wychowuje się na ulicy w nędzy i zapomnieniu, skazane jest zwykle zgóry już w chwili urodzenia na zagładę. Społeczeństwo, ani państwo nie może mieć z takiego dziecka pożytku — staje się ono balastem, złem społecznym, w przyszłości przestępcą lub prostytutką, rozsądnym zbrodni i choroby.

To są sprawy tak proste i tak oczywiste dla każdego, umiającego patrzeć na życie bez uprzedzeń, że omawianie tych kwestyj jest w gruncie rzeczy wyważaniem drzwi otwartych. Coraz więcej prawników zaczyna sobie zdawać sprawę z fatalnych skutków dzisiejszego ustawodawstwa i coraz częściej odzywają się głosy, nawołujące do rewizji obowiązujących przepisów kodeksów karnych.

Sądy już oddawna zrezygnowały z wiary w skuteczność represji karnej w tej dziedzinie przestępstw i w wyrokach dają temu należyty wyraz.

Z danych, zebranych przez prof. Grzywo — Dąbrowskiego, okazuje się, że w Warszawie od r. 1918 do 1924 władze sądowe wszczęły ogółem zaledwie 229 spraw o spędzenie płodu, z cze-

go 117 spraw uległo umorzeniu, co wynosi 51% (zaznaczyć należy, że liczba poronień w Warszawie obliczana jest mniej więcej na 20.000 rocznie).

Sąd okręgowy warszawski rozpatrywał od roku 1920 do r. 1924 ogółem 45 spraw, w których matka była oskarżona o wywołanie poronienia. Wyrok skazujący zapadł tylko w 16 przypadkach. W 29 przypadkach matka została uniewinniona, co stanowi 64, 4%.

W sądzie apelacyjnym w Warszawie od roku 1919 do roku 1925 oskarżonych było ogółem 118 osób o spędzenie płodu, z czego uniewinniono 33, 8%.

Jak widzimy więc, władze sądowe wykazały naogół należyte zrozumienie całego zagadnienia i w ramach obowiązującego kodeksu starają się dostosować do wymogów współczesnego życia.

Teoretycy prawa karnego i ustawodawcy, przyciśnięci niejako do muru przez opinię publiczną, zaczęli zwolna, aczkolwiek niechętnie, wycofywać się z nieprzejednanego dotąd stanowiska w tej sprawie.

Zacząto mówić o wskazaniach społecznych do przerwania ciąży. Prof. Glaser w referacie swoim na zjeździe prawników, broniąc konieczności zasadniczego utrzymania karalności spędzenia płodu, uznał jednak odstępstwo od zasady karalności również w przypadkach wskazań społecznych, pod którymi rozumie nędzę materialną rodziców i obawę skutków urodzenia dziecka nieślubnego.

Teza prof. Glase'a nie rozwiąże zasadniczo kwestii. Przy reformie zagadnienia spędzenia płodu nie chodzi bynajmniej o osłabienie represji karnej, ani o zniesienie karalności w pewnych przypadkach wskazań społecznych, o czym miałby dopiero decydować sędzia przy ocenie, czy spędzenie w danym konkretnym przypadku było uzasadnione. Rewizja dzisiejszego ustawodawstwa musi iść w tym kierunku, aby umożliwić kobiecie korzystanie z fachowej pomocy lekarskiej, aby spędzenie płodu mogło być dokonywane jawnie przez lekarzy w szpitalach i klinikach, gdyż to tylko zabezpieczyć może setki tysięcy ubogich kobiet przed ciężkimi chorobami i śmiercią, spowodowanymi uprawianiem procedury spędzania płodu w dzisiejszych warunkach przez osoby niefachowe. Ustawa karna na terenie walki z poronieniami jest bezsilna i kobieta, pragnąc przerwać sobie ciążę, nie myśli o sankcji karnej, tak samo, jak nie myśli o ciężkich nieraz skutkach różnych zabiegów. Tylko zupełna bezkarność zabezpieczyć może kobiety przed szukaniem pomocy u osób niewykwalifikowanych. Spędzenie płodu jest kwestją, ściśle się łączącą z najbardziej intymnym życiem człowieka, i kobieta nie zgodzi się na to, aby regulacja tej sprawy leżała w rękach sądu lub specjalnych komisji. Kobiecie często zależy na tem, aby o ciąży nikt nie wiedział, aby fakt spędzenia płodu pozostał nazawsze nikomu nieznanym.

Dopóki ustawodawca nie zdecyduje się na to, aby zupełnie skreślić artykuł, karzący spędzenie płodu, dokonane przez matkę lub lekarza za jej zgodą, dopóki szpitale nie będą mogły zupełnie otwarcie dokonywać tych zabiegów, dopóty kobiety szukać będą pomocy u akuserek.

Trzeba spojrzeć prawdzie prosto w oczy i za-

miast uciekać się do nie prowadzących do niczego paljatywów, zasadniczo rozwiązać całą kwestję przez zniesienie karalności przerwania ciąży. Dzisiejsze kodeksy karne są współwinnie w śmierci setek tysięcy kobiet, które padły ofiarą różnych potajemnych zabiegów. Nie wolno dłużej ustawodawcy przyczyniać się do powiększania się liczby tych trupów wbrew opinii publicznej, w imię czczych ogólników, bez żadnych racjonalnych podstaw.

Prof. Glaser twierdzi, iż „za uznaniem spędzenia płodu za czyn przestępny w rozumieniu prawa karnego przemawia przedewszystkiem wzgląd na interes społeczeństwa, a następnie rola wychowawcza ustawy karnej”. Jeśli chodzi o „interes społeczeństwa”, to autor wymienia: niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia matki i względy populacyjne. Każda jednostka ma prawo dysponowania swym zdrowiem i życiem, i, jeżeli kobieta, uprzedzona przez lekarza o ewentualnych komplikacjach, związanych z zabiegiem, i jego możliwych skutkach, decyduje się na spędzenie płodu, to ustawa nie może sobie rościć praw do zabrania jej tego. W bezinteresowną „troskliwość” państwa trudno jest nam uwierzyć... Względy populacyjne? Sprawa dużego kontyngentu rekruta? Stary odwieczny argument ludzi, patrzących ciągle jeszcze na obywateli, jako na mięso armatnie. W naszych warunkach przy wielkiej emigracji, przy silnej rozrodczości ludności argument ten przestaje być przekonujący nawet dla tych wszystkich, którym zależy tylko na liczbie, a nie na jakości obywateli.

Rola wychowawcza ustawy karnej? Prof. Glaser mówi: „Zadanie wychowawcze i umoralniające ustawy karnej nakazuje uznanie tego rodzaju czynów za przestępstwo z różnych względów. Przedewszystkiem dlatego, że są one przeciwne naturze, stanowią gwałt wobec praw, przez naturę nadanych, i, jako takie, potępione są przez religię, następnie zaś dlatego, że spędzenie płodu ślubnego stanowi naruszenie instytucji małżeńskiej jako urzędzenia, którego pierwszym celem jest utrzymanie rodzaju ludzkiego. Przez dopuszczenie spędzenia płodu obniżyłoby się jeszcze bardziej poszanowanie życia ludzkiego wogóle, a natomiast utrwaliło hedonistyczny punkt widzenia w odniesieniu do aktu płciowego, pozbawiłoby się oparcia o pogląd socjalno-etyczny, który w stosunkach płciowych każe widzieć nierozzerwalną jedność interesów indywidualnych i społecznych. W szczególności w czasie, kiedy szeroki ogół wskutek upadku religijno-etycznych pojęć utracił wszelkie moralne oparcie, winno państwo właśnie zająć się i podkreślić w ustawodawstwie w sposób zdecydowany stanowisko etyczne. Należy pamiętać o tem, że negatywne stanowisko ustawy, wyrażające się w niezaliczeniu tego czy innego działania w poczet czynów przestępnych, łatwo wywołuje w opinii ogółu przekonanie, że działanie to zostało przez prawo usankcjonowane, że więc otrzymało charakter legalności”.

Argumenty, przytoczone przez prof. Glaser, są wysoce nieprzekonywające.

Czy spędzenie płodu jest przeciwne naturze, czy jest potępiane przez religię, czy stanowi naruszenie instytucji małżeństwa w rozumieniu prawa

kanonicznego, czy utrwała hedonistyczny punkt widzenia w odniesieniu do aktu płciowego — są to wszystko kwestje, które kodeksu karnego nie powinny obchodzić. Panująca do dnia dzisiejszego represja karna w tej dziedzinie zupełnie zbankrutowała, wyrządzając kobietom dużo zła, i przyczyniając się do śmierci mnóstwa ubogich kobiet — oto co jest istotne w tej sprawie. Przerwanie ciąży zostało usankcjonowane przez życie, stało się w dzisiejszych warunkach gospodarczych i społecznych koniecznością, i ustawodawcy nie wolno nad tem przejść do porządku dziennego.

Podkreślenie w ustawie stanowiska etycznego? Jednostki najbardziej etyczne przerywają sobie ciążę, i opinia publiczna nigdy nie rozpatruje tej kwestji z punktu widzenia oderwanej od życia moralności. Ci sami ludzie, którzy układają kodeksy, karzące kobietę za przerwanie ciąży, sędziowie ferujący wyroki, korzystają napewno z usług lekarzy, dokonywających poronień, w najbliższej rodzinie i przyczyniają się w ten sposób do popełniania przestępstw. Czy to jest zgodne z elementarnymi zasadami moralności? I czy „podkreślanie w ustawodawstwie w sposób zdecydowany stanowiska etycznego” nie jest wobec tego zdecydowanie nieetyczne?

Towarzystwo kryminologiczne w Warszawie w październiku roku 1923 wypowiedziało się za zupełną niekaralnością sztucznego przerwania ciąży w pierwszych 3 miesiącach jej trwania, z zastrzeżeniem dokonywania zabiegu jedynie przez lekarza za zgodą matki, o ile tę zgodę można uzyskać.

Przerwanie ciąży niezależnie od czasu jej trwania byłoby dopuszczalne w przypadkach, kiedy dziecko jest owocem stosunku, dokonanego w drodze gwałtu (w szerokim tego terminu znaczeniu), kazirodztwa lub uwiedzenia *).

Tezy Towarzystwa Kryminologicznego znalazły żywy oddźwięk na ostatnim zjeździe prawników polskich. Jest rzeczą ciekawą, że dyskusja w sekcji prawa karnego na temat spędzenia płodu bardzo daleko odbiegła od stanowiska referenta, prof. Glasera. Naogół powiedzieć można, iż większość najpoważniejszych mówców, mających za sobą dziesiątki lat pracy sądowej, wypowiedziało się za zupełną bezkarnością spędzenia płodu. Prezes sądu apelacyjnego, sędzia Czerwiński (52-letnia praktyka sądowa), b. prezes sądu najwyższego, sędzia adw. Mogilnicki (35-letnia praca prawnicza), profesor medycyny sądowej dr. Grzywo-Dąbrowski (stykający się nieustannie ze skutkami dzisiejszego ustawodawstwa na stole sekcyjnym) — wszyscy oni oświadczyli się za zupełną niekaralnością spędzenia płodu w myśl uchwały Tow. kryminologicznego.

*) Część członków Towarzystwa kryminologicznego uchwaliła wniosek następujący: Poronienie może być dokonane.

a) gdy ciąża oraz przyjście na świat dziecka powoduje lub spowoduje znaczne obniżenie ekonomicznych warunków bytu matki, wzgl. jej rodziny;

b) gdy wskutek ciąży i przyjścia na świat dziecka zmienia się istotnie na niekorzyść warunki społeczne bytu matki;

c) gdy zachodzi b. uzasadnione podejrzenie, że mające przyjść na świat dziecko będzie w znacznym stopniu upośledzone w rozwoju pod względem psychicznym.

Takie samo stanowisko zajęli: adw. Rundo, adw. Szumański, adw. Dwernicki i dr. Augenblik.

Przestarzałego stanowiska, domagającego się stosowania surowych represyj za spędzenie płodu, usiłował bronić wiceprezes sądu apelacyjnego w Warszawie, sędzia Fleszyński, powołując się na względy populacyjne.

O konieczności uwzględnienia przez kodeks karny wskazań socjalnych, warunkujących niekaralność, mówili wiceprokurator Grzybowski i wiceprokur. Kowerski.

Prof. dr. Czyżewicz, zgodnie ze stanowiskiem, jakie zajął w odczycie „O następstwach i skutkach poronień”, wygłoszonym na posiedzeniu Warsz. Towarzystwa Ginekologicznego 21. IV. 1927 roku, przestrzegał prawników przed bagatelizowaniem skutków poronień, dokonanych nawet zupełnie *lege artis* przez wykwalifikowanych lekarzy.

Zdaniem prof. Czyżewicza, każde poronienie samoistne czy sztuczne „jest zawsze chorobą, która nierzadko może mieć poważne następstwa, daleko sięgające i nie dające się obliczyć”.

Dlatego też mówca nie wierzy w to, aby wykonywanie poronień wyłącznie przez lekarzy mogło zasadniczo zmienić dzisiejszy stan rzeczy, i aby przerwanie ciąży, dokonywane przez lekarza, było mniej niebezpieczne, dla zdrowia kobiety. Powikłań położniczych mieliśmy tyle, co teraz — mówi prof. Czyżewicz.*)

Opinia prof. Czyżewicza wymaga komentarza. Stanowisko jakie zajął prof. Czyżewicz zarówno w odczycie, wygłoszonym na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, jak i podczas dyskusji na II zjeździe prawników dowodzi, iż prof. Czyżewicz rozpatruje całe zagadnienie spędzenia płodu tylko z lekarskiego punktu widzenia, zapominając o najważniejszej społecznej jego stronie. Argumenty prof. Czyżewicza, dotyczące braku różnicy w skutkach poronień, dokonywanych przez wykwalifikowanych lekarzy, i tych poronień, które są robione przez osoby niepowołane, nie są przekonujące. Jest nie do pomyślenia, aby zabieg, dokonany *lege artis* ręką specjalisty lekarza był w skutkach swoich

z reguły taki sam, jak zabieg partacki, wykonany w nieodpowiednich warunkach przez niewykwalifikowaną osobę z pominięciem wszystkich zasad lekarskich. Gdyby tak było, to setki tysięcy kobiet, które niejednokrotnie przerywały sobie ciążę, musiałyby być kalekami, czemu przeczy codzienne doświadczenie życiowe. Zresztą dane rosyjskie wyraźnie przemawiają za tem, iż w związku z legalizacją poronień i powierzeniem dokonywania spędzenia płodu lekarzom, niebezpieczeństwo skutków poronień dla kobiety znacznie się zmniejszyło: w Berlinie na 1.000 poronień i porodów w latach 1922 — 1924 było 11 — 14 przypadków śmierci, a w Leningradzie w tymże czasie tylko 2—3 przypadki. W Rosji wzrosła znacznie liczba przypadków poronień, dokonywanych legalnie w szpitalach i zmalała liczba poronień nielegalnych, dokonywanych w warunkach szkodliwych i niebezpiecznych dla kobiety, co od razu odbiło się korzystnie na statystyce śmiertelności. Prof. Grzywo-Dąbrowski, opierając się na doświadczeniu zakładu medycyny sądowej U. W. i powołując się na praktykę zagraniczną, wypowiedział się przeciwko poglądom prof. Czyżewicza i stwierdził, że kobieta ma znacznie mniejszą szansę zachorowania i śmierci, gdy poronienia dokonywa doświadczony lekarz w odpowiednich warunkach.

Dlatego też zupełnie słusznie prof. Grzywo-Dąbrowski mówi, że racjonalnym środkiem walki z groźnymi skutkami poronień dla kobiet byłoby umożliwienie im na drodze legalnej zwracania się do szpitali i klinik w celu dokonania spędzenia płodu.

Jeżeli przyjmijemy nawet bardzo daleko idący pogląd prof. Czyżewicza na kwestję skutków poronień — bynajmniej nie podzielany przez wszystkich położników i ginekologów — to i wtedy zagadnienia karalności spędzenia płodu nie można rozpatrywać pod tym kątem widzenia, jak to czyni prof. Czyżewicz. Jeżeli kobieta po uprzedzeniu jej przez lekarzy o ewentualnych skutkach zabiegu (niepłodność, ciąża pozamaciczna i t. d.) w dalszym ciągu domagać się będzie spędzenia płodu, godząc się z możliwymi następstwami w imię pewnych racji, mających dla niej znaczenie zasadnicze i decydujące, to nikt niema

*) Zasadnicze przesłanki rozumowania Prof. Czyżewicza są następujące:

Ciąża, jako taka, jest poważnym i daleko sięgającym zaburzeniem układu gruczołów dokrewnych i, co zatem idzie, zaburzeniem czynności układu nerwowego. Poronienie jako nagłe przerwanie ciąży w czasie, kiedy zmieniona czynność gruczołów dokrewnych i całego układu nerwowego nastawiona była na inną nutę, wpływa fatalnie na ustrój kobiety (w następstwie zaburzenia miesiączkowania, skłonność do nawykowego poronienia.)

Zaburzenia po poronieniu sztucznym, obok ciężkich śmiertelnych zakażeń ogólnych, obejmują przede wszystkim obszerny dział zapalenia miejscowych narządów rodnych i jego otoczenia. Zakażenie położnicze ogólne lub miejscowe zdarza się często w przypadkach, w których nie popełniono żadnego błędu w technice lub aseptyce położniczej, i niesłusznie zarzuca się wtedy lekarzowi wadliwe wykonanie poronienia.

W następstwie poronień powstają:

- 1) Zarośnięcie jamy macicy z następczym zanikiem miesiączki lub krwakiem śródmacicznym, zmuszającym czasem nawet do usunięcia całego narządu.
- 2) Zapalenie przewlekłe błony śluzowej, utrudniające zaiscie w ciążę i ewentualnie grożące jej powikłaniami, choćby pod formą łożyska przodującego.
- 2) Przewlekłe schorzenie mięszu macicy pod wpływem czy to długotrwałych stanów zapalnych, czy zaburzeń w krążeniu, wywołanych wadliwą czynnością jajników a prowadzące wreszcie do metropatii, a przede wszystkim
- 4) tak częste zarośnięcie jajowodów częściowe lub całkowite, powodujące ciążę pozamaciczną albo niepłodność i
- 5) nieczęste przypadki zmiany położenia macicy.

(Por. Czyżewicz: „Następstwa i skutki poronień” druk. w pracy zbiorowej „Przerwanie ciąży z punktu widzenia lekarskiego, prawnego, społecznego i eugenicznego” W-wa 1928)

prawa kazać jej wbrew jej woli zostać matką. Kobieta powinna mieć takie samo prawo dysponowania swym ciałem jak mężczyzna, i kodeks karny nie może mieć dwóch kryteriów w tej sprawie.

Dla prof. Czyżewicza olbrzymi wzrost poronień sztucznych w czasach wojennych i wojennych jest przede wszystkim następstwem upadku etyki społecznej i rozluźnienia spójności małżeństwa oraz bardzo łagodnego postępowania władz, a dopiero potem skutkiem zubożenia i trudnych warunków życiowych. Gdyby prof. Czyżewicz zapoznał się z danymi o warunkach życia robotniczego w Polsce, opracowanymi przez Instytut Gospodarstwa Społecznego, to musiałby niewątpliwie zmienić swoje poglądy na tę kwestję. Zapominanie o tem, że zagadnienie spędzenia płodu jest wielkim problemem społecznym o doniosłym znaczeniu życiowym dla najszerzych warstw społeczeństwa, mści się fatalnie przy każdej dyskusji nad tą sprawą.

* * *

Reasumując obrady w sekcji prawa karnego Zjazdu prawników na temat karalności spędzenia płodu, stwierdzić trzeba, iż tezy o zupełnym zniesieniu karalności poronień spotkały się z aprobatą większości obecnych prawników. Brak głosowania

nie pozwala, niestety, na ściśle ustalenie liczby zwolenników tych tez, ale, sądząc z ustosunkowania się obecnych do przemówień sędziego Czerwńskiego, prezesa Mogilnickiego, prof. Grzywo-Dąbrowskiego, adw. Rundy i innych mówców, broniących tego samego stanowiska, powiedzieć można z dużym prawdopodobieństwem, iż większość zebranych wypowiedziałaby się za niekaralnością spędzania płodu przynajmniej w okresie trzech pierwszych miesięcy ciąży.

Jest to bardzo doniosły zwrot w opinii prawniczej, który nie może pozostać bez wpływu na przyszły polski kodeks karny*).

*) Zaznaczyć należy, iż dyskusja na zjeździe prawników i głosy praktyczne na łamach pism codziennych, zwalczające dotychczasowe stanowisko Komisji Kodyfikacyjnej, nie pozostały bez wpływu na polskie prace ustawodawcze.

Ostatnio większość członków sekcji prawa karnego komisji kodyfikacyjnej uchwaliła wprowadzić do przyszłego kodeksu karnego nowy artykuł 142 a, który otrzymał następujące brzmienie:

„Sprawca czynu z art. 141 i 142 (t. j. spędzenia płodu) nie ulega karze, jeżeli zabieg był dokonany przez lekarza i przytem był konieczny ze względu na zdrowie matki, dobro rodziny lub ważny interes społeczny”.

O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1)

Guy Patin.

Urodził się w r. 1601, zmarł w 1672. Jeden z wybitniejszych profesorów uniwersytetu Paryskiego. Zwalczając teorię jaturochemiczną, był on najzagorzalszym przeciwnikiem Paracelsa, Renaudota, Sylviusa i innych. Zapamiętane walczył przeciw bardzo popularnemu w owym czasie antymonowi, jako środkowi leczniczemu. W swej pracy „*Martyrologe de l'antimoine*” dał wykaz ofiar jego zastosowania. Sam był zwolennikiem bardzo oryginalnej terapii, którą sarkastycznie określano trzema literami S (Saigner — upust krwi, Sené — senes i Son — otręby). Jego przeciwnikiem był Théophraste Renaudot, który poświęcił mu w swej gazecie „*Gazette de France*” następujący złośliwy epigramat:

„Nos docteurs de la Faculté
Aux malades parfois, s'ils rendent la santé,
Ont besoin de l'apothicaire,
Mais Patin s'en dispence et plein de dignité
Avec trois „S” les enterre”.

Za ten zjadliwy wiersz Patin rozpoczął przeciw Renaudotowi namiętą kampanję, która, jak wiadomo, zakończona została smutnym epilogiem dla autora dowcipnej fraszki. W swych słynnych „*Lettres choisies*” Patin nie szczędził przykrych i bardzo niekulturalnych epitetów pod adresem swego przeciwnika, nazywając go „*Cacophrastem*”, małą medycyny, fałszywą monetą zawodu lekarskiego i wielu innymi, niedającymi się przytoczyć w tekście epite-

tami, które z treści i ducha przypominają słynny paszkwil Sylviusa (Jaques du Bois) pod adresem A. Vesala z okresu renesansu.

Najlepiej charakteryzuje oblicze moralne Patina następujący dialog. Pewnego razu, egzaminując studenta, zapytał go, jakie są działy medycyny? Ten odrzekł stosownie do ówczesnego podziału: „cztery: fizjologia, patologja, semiologia i terapia”. „Zapomniał pan o jeszcze jednym”, zauważył Patin — „najważniejszym — o szarlatanerii; kto jej nie posiadał, nie zasięguje na tytuł lekarza”.

Czy był to tylko cynizm, czy też szczere wyznanie, pozostawiam sądowi czytelników.

Robert Talbot.

Urodził się w Cambridge w końcu 17 wieku. Wsławił się zastosowaniem do lecznictwa chinu. Roślina ta była sprowadzona z Peru do Europy dopiero w 150 lat po odkryciu Ameryki. Z początku, jak zwykle jako środek tajemniczo-egzotyczny, spotkała się z dużym sceptycyzmem. Pierwszy zwrócił na nią uwagę Talbot i zaczął stosować z powodzeniem w chorobach infekcyjnych, zwłaszcza w zimnicy. Ówczesny świat lekarski wystąpił ostro przeciw Talbotowi, który pomimo bezprzeczných zasług, osobiście w stosunkach był przykry, zarozumiały i nieożbawiony szarlatanerii. Pewnego razu został on wezwany do Francji, do syna Ludwika XIV, dotkniętego zimnicą. Kiedy nadworni lekarze, z braku zaufania, chcąc go poddać egzaminowi, zwrócili się doń na naradzie z zapytaniem, czym jest właściwie zimnica, Talbot odrzekł drwiąco: „jest to choroba, o której wy nie macie pojęcia, a którą ja umiem wyleczyć”. Wynik tego leczenia był istotnie pomyślny. Rząd francuski

nabył jego tajemnicę za duże pieniądze, a król angielski nadał mu szlachectwo.

Talbot, który kilkakrotnie zmieniał swoje nazwisko (Talbot, Tabor, Talbor), w testamencie swym pozostawił następujący napis, przeznaczony dla swego nagrobka, nie świadczący bynajmniej o jego nadmiernej skromności.

*„Dignissimus Dominus Talbor, alias Tabor,
Eques auratus
Ac medicus singularis, unicus febrium
malleus;
Carolo II ac Ludovico XIV illi Britanniae,
huic
Galliae serenissimo Delphino plurimisque
principibus
Nec non minorum gentium Ducibus ac
Dominis probatissimus e. t. c.*

Przypomina to słynnego Menekratesa z czasów Filipa Macedońskiego, który nazywał siebie Zeusem, rozdającym ludziom zdrowie. Zresztą, podobna zarozumiałość nie należy do rzadkich cech zawodu lekarskiego.

Fabricius Hildanus.

Urodził się w r. 1560, zmarł w r. 1624. Właściwe imię i nazwisko jego było Wilhelm Fabry, Hildanus był to przydomek od Hildan — miejsca jego urodzenia. Zdobył sobie sławę w dziejach medycyny jako niemiecki Paré. Osierocony

bardzo wcześnie, musiał już w 13-ym roku życia opuścić szkołę i kształcić się samodzielnie. Mając lat 16, zaczął zajmować się chirurgią, która wówczas w Niemczech była w wielkim zaniedbaniu, jakkolwiek we Francji dzięki Paré już dawno zdążyła zdobyć sobie należne stanowisko. Fabry dzięki swym zdolnościom zaczął szybko posuwać się na swych stanowiskach. Wreszcie został mianowany lekarzem przybocznym księcia Wilhelma. Pomimo tych zaszczytów Fabry nie uważał swej wiedzy za zakończoną i w r. 1591 udał się do Kolonii dla dalszych studjów do anatoma Maniliusa.

Pozostawił po sobie wiele prac naukowych. Najbliższym współpracownikiem była jego żona Marja Colinet. Nietylko pomagała mu w pracy, lecz, będąc akuszerką, wyręczała go często nawet samodzielnie.

Pewnego razu Fabry leczył chorego, któremu wpadł do oka odłamek żelaza. Pomimo największych wysiłków nie mógł go wydobyć i choremu groziła utrata wzroku. Małżonka jego, widząc bezowocne wysiłki swego męża, wpadła na genialną myśl i żartem założyła się z nim, że ona wyciągnie obce ciało. Poleciała mężowi trzymać rozwarte powieki chorego, a sama magnesem tak długo posuwała po powierzchni chorego oka, aż wreszcie z tryumfem wydobyla żelazo.

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

I Komunikat.

— Tymczasowy Program X Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi (z Kochanówką i Wartą) na Zielone Świątki 1930 r. dn. 7, 8 i 9 czerwca. Temat główny: Alkoholizm.

I dzień 7.VI w Łodzi.

Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa): — Wspomnienie o s. p. Radziwiłowiczu.

1. Prof. S. Borowiecki (Poznań): — Dziedziczenie u alkoholików.

2. Doc. M. Zieliński (Kraków): — Konstytucja i alkoholizm.

3. F. Wichert (Warszawa): — Histopatologia układu nerwowego ośrodkowego w alkoholizmie.

4. Doc. M. Rose (Warszawa): — Zmiany architektoniczne mózgu w alkoholizmie.

5. Prof. Modrakowski (Warszawa): — Farmakologiczne i toksykologiczne działanie alkoholu.

6. Sew. Sterling (Łódź): — Alkoholizm z punktu widzenia patologii ogólnej.

7. Prof. J. Piltz (Kraków): — Alkohol w patologii chorób psychicznych.

II dzień 8.VI w Kochanówce. Przed poł:

1. A. Piotrowski (Dziekanów): — Leczenie zakładowe alkoholików.

2. S. Deresz (Tworki): — Leczenie pozakładowe alkoholików.

3. Prof. W. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): — Kryminologia alkoholików.

4. Płk. J. Nelken (Warszawa) — Sądowo-psychiatryczne znaczenie alkoholizmu.

5. S. Skalski (Łódź): — Temat społeczny (zastrzeżony).

Po poł: Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III dzień w Warcie. Luźne odczyty

Uwagi: 1) Uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Pol. Tow. Psychjatrycznego (J. Handelsman, Pruszków Szpital Tworki) możliwie wcześniej w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.

2) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie z miejscowym Komitetem: Dyr. Starzyński. Kochanówka pod Łodzią.

— Program i warunki wycieczki Lekarzy na Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów w Stockholmie
17—20.VII 1930 r.

Wycieczka odbędzie się statkiem „Gdynia” Państwowego Przedsiębiorstwa „Żegluga Polska”.

PROGRAM WYCIECZKI.

Program wycieczki będzie się przedstawiał następująco:

dn. 14.VIII. o godz. 15-ej wyjazd z Gdyni do Visby.

„ 15.VIII. „ 12-ej przyjazd do Visby, o godz. 120-ej odjazd do Stockholmu.

„ 16.VIII. „ 10-ej przyjazd do Stockholmu.
od 16 do 24-go pobyt w Stockholmie.

dn. 24.VIII. o godz. 21-ej odjazd do Gdyni.
„ 25.VIII. w morzu.

„ 26.VIII. o godz. 9-ej przyjazd do Gdyni, godz. 11-a ew. odjazd do Warszawy.

Przyjmując pod uwagę dłuższy okres czasu zamieszkiwania pasażerów na statku, Państwowe Przedsiębiorstwo „Żegluga Polska” zamierza umieścić tylko po 2 osoby w ka-

binach 4-osobowych na pokładzie C. Będzie to znacznie wygodnijsze. Przy tem rozmieszczeniu pasażerów statek zabierze ogółem 54 ch pasażerów.

Ceny kart okrętowych. obejmujących przejazd tam i z powrotem, miejsce sypialne podczas trwania całej wycieczki, a więc i podczas postoju w porcie, całkowite utrzymanie w cenie Zł. 15. — dziennie, podczas podróży i postoju w porcie, kosztu zbiorowego paszportu zagranicznego i wiz wszystko razem będzie wynosiło:

| | | |
|--------------------------------|-------------|----------|
| Pokład A — 2 kabiny po 2 osoby | Zł. 1,100.— | od osoby |
| " B — 4 " większe po 2 osoby | " 1,050.— | " " |
| " B — 6 " mniejszych po 2 os. | " 950.— | " " |
| " C — 8 " większych po 2 os. | " 800.— | " " |
| " C — 7 " mniejszych po 2 os. | " 750.— | " " |

Do wszystkich cen Komitet Polski, urządzający wycieczkę dolicza 1⁰/₀ na kosztu ogólne, związane z organizacją Zjazdu i wycieczki.

Co do umieszczenia większej liczby osób w kabinach, to w kabinach na pokładzie A są tylko po 2 miejsca, trzecia osoba nie mieści się.

W 4-ch kabinach większych na pokładzie B można umieścić 3 względnie 4 osoby, gdyż kabiny te mają po 2 dodatkowe łózka (urządzenie, jak w wagonach Pullmanowskich), które normalnie służą, jako kanapa.

Przy zajęciu większej kabiny na pokładzie B przez 3 osoby koszt będzie liczony Zł. 800.— od osoby, przy 4-osobach Zł. 700.—, również od osoby.

W razie zajęcia kabiny 4-osobowej na pokładzie C przez więcej, niż 2 osoby, będzie liczone od każdej osoby po Zł. 650.— Miejsc za firanką w rachubę nie bierzemy, gdyż na tak długą podróż są one niewygodne. O ileby jednak znaleźli się amatorzy na te miejsca, ponad minimalną ilość pasażerów na wycieczkę, która wynosi 50 osób, policzy się tym osobom za miejsce z utrzymaniem Zł. 330.— od osoby.

Niezależnie od powyższego wszystkim uczestnikom wycieczki, którzy nie korzystają z ulg kolejowych, P. P. „Żegluga Polska” udziela na powrotną drogę z Gdyni do miejsca zamieszkania uprawnienia do zniżki kolejowej w wysokości 50⁰/₀.

Komitet wysłał uczestnikom formularze zgłoszeń, które muszą być dokładnie i czytelnie, zgodnie z danymi z dowodu osobistego wypełnione i przesłane Komitetowi wraz z 2 foto. grafiami wym. 3,5 x 4 cm., każdego uczestnika. Fotografie mogą być dobre amatorskie. Fotografie winny być podpisane na przedniej stronie z dołu lub boku. Na podstawie tych for-

mularzy P. P. „Żegluga Polska” sporządzi zbiorowy paszport zagraniczny w dwóch egzemplarzach, do którego wkleja się nadesłane fotografie.

Zapisywanie się na wycieczkę jest otwarte z dniem: 1 stycznia 1930 roku.

Wobec przeznaczenia miejsc uczestnikom wycieczki, tylko w kolejnym porządku zapisów Komitet uprasza uczestników w ich własnym interesie, o jaknajszysze zgłaszanie się. Przy zapisie należy nadesłać Zł. 100.— (sto) od osoby, tytułem zadatku.

Zgłoszenia i pieniądze należy wysłać pod adresem, Warszawa, Litewsko 16 (Klinika Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego) Kancelarja — „Konto wycieczki do Stockholmu”.

M. Michałowicz

— Otrzymaliśmy list następujący:

W razie zgłoszenia się odpowiedniej liczby kandydatów, odbędzie się pod moim kierownictwem kurs operacyjny kosmetycznych nosa z ćwiczeniami praktycznymi dla lekarzy, Zgłoszenia listowne: Filtrowa 63. Dyonizy Hellin.

ZMARLI. Prof. Aleksander Rosner, dyrekt. klin. ginekol. w Krakowie. Prof. Min'gazzini, dyrekt. klin. neurolog. w Rzymie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

7. I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Sekretarz Doroczny. Sprawozd. z czynn. nauk. Tow. za rok 1929.
2. Wybór Sekretarza Stałego (z powodu rezygnacji Sekret. Stał. prof. Ant. Gluźnińskiego).
3. Wybór urzędników Tow. na r. 1930: Prezesa, Wiceprezesa, Sekret. Dorocz. i zast. Sekr. Dor.
4. Wybór członka Zarządu.
5. Wybór jednego członka Komis. Rewiz.
6. Wybory członków Kom. Kasy. Wsparcia.
7. Wybory członków czynnych.

9. I. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne.

1. E. Bruner. Próby leczenia chorób skóry naświetlaniami gruczołów dokrewnych prom. Roentg. (Odczyt).
2. Wybór Zarządu Tow.
3. Pokazy chorych. a) Sińko. Syphilis congenita dorda b) Borowski. Pemphigus foliaceus. c) Hirsberg. Epididymit. tuberc. oraz inne.

TREŚĆ: G. LEWIN. Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą (C. d.). — A. LANDAU i J. GLASS. Badania nad związkiem wzajemnym, zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowozasadową ustroju. — J. KONORSKI i ST. MILLER. Zasada dominaty w działalności układu nerwowego (Str. zbior). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — ST. BATAWIA. Czy spędzanie płodu powinno być karalne? (Dok.) — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. LEWIN. La valeur du pneumothorax artificiel dans la lutte contre la tuberculose (suite). — A. LANDAU et G. GLASS. Etudes sur le rapport qui existe entre la sécrétion gastrique et l'économie chlorique et acide — basique de l'organisme. J. KONORSKI et ST. MILLER. Principe de la dominante dans le fonctionnement du système nerveux. (Rev. gén.) ST. BATAWIA. L'avortement artificiel doit-il être punissable? (fin). — L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

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

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