

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 834-48.

Rok IX

WARSZAWA, 4 LUTEGO 1932 R.

Nr. 5

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O zapaleniu rozsianem mózgu i rdzenia (*Encephalo-myelitis*).

Podał

Maksymiljan BIRO (Warszawa).

Zimą r. 1916 uderzony został *Econom*¹² i¹³) przypadkiem choroby, przebiegającej ze śpiączką, i zakomunikował o nim 17.IV. 1917 w Wiedeńskim Tow. Neurologicznym, jako o *encephalitis lethargica*. Po 10 dniach przypadku podobne przedstawia *Cruchet*. Pomiędzy *Econom* a *Cruchet* powstaje spór o pierwszeństwo.

A choroba ta (*Netter*) prawdopodobnie istniała już od czasów odległych. W r. 1889—1890 podczas epidemii grypy ukazują się obrazy, przypominające ruchami płasawiczymi, drżeniem *Parkinsonowskim*, czkawką i innymi objawami (*Netter*, *K. Goldstein*, *E. Strauss*¹⁰) zapalenie mózgu śpiączkowe. Zapada na nie około tego czasu dużo osób w Ameryce, Australji i w rozmaitych krajach Europy; u nas szerzy się ona w końcu r. 1919 i w drugim kwartale r. 1920. Odtąd do r. 1925 ukazuje się to cierpienie sporadycznie, jak zjawiało się zapewne i poprzednio.

Jeszcze zimą r. 1909 zdziwił mnie i kilku kolegów przypadek, który odbiegał od napotykaných.

S p o s t r z. I. 46 letni G. A. I.II. 1909 wpadł w stan gorączkowy ponad 37°, dni 4 — 5 trwający. Pacjent dawniej poważnym chorobom nie podlegał; żona nie roniła; rodziła 3 dzieci. Prawie całymi dniami leżał senny i nawet podczas rozmowy zasypiał. Pokarm przyjmował; na pytania odpowiadał rozumnie, lecz apatycznie. Bóle głowy. Twarz o wyglądzie maski. Mowa powolna. Dwojenie w oczach. Ograniczone ruchy gałek ku górze i ku dołowi (objaw *Parinaud*). Żrenice średniej wielkości, okrągłe, obie jednakie; dobrze oddziałują na światło, nie oddziałują na przystosowanie. Wzrok, słuch i inne zmysły prawidłowe. Dno oczu normalne. Ruchy głowy, języka, miękkiego podniebienia nie zakłócone. W płucach, sercu, narządach brzucha żadnych objawów chorobowych. Napięcie mięśni prawidłowe. Ruchy czynne i bierne kończyn normalne. Odruchy kolanowe, Achillesa

prawidłowe. We krwi brak danych patologicznych. Mocz bez białka i cukru. Badanie nosa, jamy nosowogardzielowej oraz uszu z wynikiem ujemnym.

Po szeregu miesięcy pacjent wstał, wychodził, pracował, lecz był stale w ruchach powolny, ociężały; inne objawy minęły.

W 4 lata później, 9.VII. 13. Od 2 tyg. większe osłabienie ogólne. Rzadko ból głowy. Ociężałość w ruchach kończyn, utrudniona mowa. Napięcie mięśni prawidłowe. Odruchy ścięgnowe, ruchy gałek, oddziaływanie źrenic normalne.

Po następnych 10 latach, 7.V. 23. Zimą dwojenie w oczach, pogorszenie mowy i władzy k. g. pr. Ruchy wszelkie kończyn i tułowia powolne. Napięcie mięśni prawidłowe. O. o. kolanowe, Achillesa, k. k. górnych normalne. Brak o. B a b i Ń s k i e g o.

Był to przypadek śpiączkowego zapalenia mózgu. Poza śpiączką, objawami parkinsonizmu, zniesionem oddziaływaniem na przystosowanie, uderzał tu objaw *Parinaud*. Sprawa mogła zajmować poza komorą 3-cią również szypułkę mózgową (*Guillain*, *Cournand* i *Rouquès*¹⁹), bądź okolicę między szypułką mózgową i wzgórzem wzrokowym (*Schaeffer*³⁶).

W r. 1924 zaczynają się ukazywać przypadki, różniące się od typu pierwotnego podanej choroby, (*Cruchet* i *Verger*¹⁰) jej formy dolne (formes basses), gdy oto w jednym przypadku (*Kahemeter*²¹) formy dolnej wykryte zostaje na autopsji przewlekłe zapalenie mózgu oraz rdzenia.

Już uprzednio podczas śpiączkowego zapalenia mózgu napotymano objawy korzonkowe i rdzeniowe. W przypadkach przezemnie opisanych (*Biro*⁷) wskazałem na bóle kończyn i klatki piersiowej na początku choroby, bądź w czasie dalszego jej przebiegu oraz podkreśliłem zaburzenia pęcherza i odbytnicy. Wypowiedziałem się wówczas kategorycznie za zajęciem rdzenia w sposób następujący: „ponieważ ta postać chorobowa (*encephalitis*) daje objawy, dotyczące całego układu nerwowego (*Bériel*), zrozumięte są w jej przebiegu, zaburzenia rdzeniowe w postaci pęcherzowych i kiszczkowych“.

Ostatnio rośnie liczba przypadków, w których

sprawa zaczyna się od objawów mózgowych z przyłączającym się do nich cierpieniem nerwów obwodowych lub rdzenia (Froment, André Thomas, Siccard, Crouzon¹⁶ i inni). Obok tego podają postaci wyłącznie obwodowe (Bériel i Dévic¹, Kahlmeter²¹, Scharnke, Redlich, mój przyp. 4-ty) oraz formy, dotyczące nerwów obwodowych wyłącznie z rdzeniem (Levy i Bogært²⁴, Alajouanine i Mauric¹), jak w 3 moich przypadkach. Niektóre z nich (przyp. 2 i 4) zaczęły się od gorączki, która trwała od kilka dni (przyp. 4) do kilka miesięcy (sposstrz. 2).

S p o s t r z. 2. 3.I.31. 23-letnia A. B. Przed 2 tyg. ból gardła z nieznaczną gorączką, bez utrudnionego łykania. Od tego czasu do dnia 2.I.31 ból w okolicy kolana lewego, od tegoż dnia ból w udzie prawem. Bóle nóg zjawiały się od czasu do czasu już od 6 miesięcy. Dobrze zbud. i odżyw. W płucach, sercu, narządach brzucha niema objawów chorobowych. P. 76, równy. Lekki niedowład k. d. pr. Bolesność na dotyk mięśni uda l., zwł. jego przywodziciela. O. o. kolanowe wzmożone, oba jednakie. Objaw B a b i ñ s k i e g o w k. d. pr.; otrzymuje się go poza zwykłym sposobem (drażnienia podeszwy) również drogą drażnienia tylnej powierzchni stopy, bądź rozcierania okolicy piszczeli. Brak objawu R o s s o l i m o. Odruchy brzuszne zniesione. Mocz bez białka i cukru. Badanie rentgenowskie nic chorobliwego nie wykryło.

10.I.31. Bóle mniejsze. Zaparcie stolca, ustępujące pod wpływem irygacji; dawniej wypróżnienia prawidłowe, codzienne. O. kol. pr. żywszy od lewego. O. B a b i ñ s k i e g o na k. d. pr. otrzymuje się, jak powyżej.

18.VII.31. Utyła. Bóle po kilku tygodniach choroby ustąpiły. Zaparcie stolca trwa. Pacjentka powłóczy k. d. pr. Stopa pr. lekko końska. Rozginacze stopy pr. słabsze od lewych. Napięcie mięśni prawidłowe. O. o. kol. żywe, zwł. pr. Stopowstrząs pr. B a b i ñ s k i w k. d. pr.; otrzymuje się go poza drażnieniem podeszwy również drogą tarcia brzegu stopy zewnętrznej. Lekki R o s s o l i m o w d. k. pr., tylko w palcu dużym. O. o. brzusznych otrzymać nie można. Żadnych zaburzeń czuciowych. W ciągu 6 mies. ciepłota nie była niższa, niż 37^o, od 3 tyg. najwyższa 36.8^o.

28.VII.31. W ciągu 2 dni biegunka kilkakrotna i ciepłota powyżej 37^o. Podczas chodzenia chora unosi wyżej kolano pr., niż l.; stopa wówczas palcami opada ku dołowi (stopa końska). M. przywodziciel uda pr. słabszy od l. Ruchy (zginanie tylne) stopy pr. (m. prostownik palców), jako też ku wewnątrz (m. piszczelowy) i niezależnie od tego ku zewnątrz (m. strzałkowy) w k. d. pr. słabsze, niż w lew. O. kol. pr. > l., O. o. Achill. prawidłowe. O. B a b i ñ s k i e g o pr. żywy (nawet drogą drażnienia stopy po powierzchni tylnej); ślad lewego B a b i ñ s k i e g o. Brak R o s s o l i m o. O. *tricipitis* pr. > l., inne odruchy obu k. k. g. g. słabe. Ruchy gałek ocznych normalne. P. 90. R. 20. Dno oczu prawidłowe.

19.X.31. K. d. pr. męczy się po kilku nawet krokach. Podczas chodzenia chora podrzuca nieco goleń pr. i opuszcza stopę palcami ku dołowi (stopa końska). O. kol. pr. żywy, prawie kolanowstrząs. Prawostronny B a b i ñ s k i i R o s s o l i m o (4 palce zewnętrzne). T. rano 36.8^o, w południe i wieczorami 36.8^o — 36.4^o.

S p o s t r z. 3. 9.I.31. 68-letnia M. H. Od 6 tyg. bezustanne, o rozmaitem natężeniu uczucie gorąca w nogach, zwiększające się wieczorami. Oddawanie moczu utrudnione; od 8 dni wypróżnienie zaparte. Dawniej zdrowa. Rodziła 3-krotnie. W płucach, sercu, narządach brzucha nic osobliwego nie wykryto. Powłóczy k. d. lewą. Odruchy kolanowe żywe, o. o. Achillesa prawidłowe; bez stopowstrząsu. Objaw B a b i ñ s k i e g o na obu k. k., choć niestały na k. d. l.; otrzymuje się na obu kończynach poza sposobem zwykłym również drogą

drażnienia tylnej powierzchni stopy. Brak objawu R o s s o l i m o. Czucie na dolnej części tułowia od linii poziomej, przeprowadzonej przez pępek, i od tejże wysokości z tyłu oraz na k. k. d. d. bólowe i ciepłikowe b. osłabione, dotykowe i zmysł mięśniowy prawidłowe. W niektórych miejscach na tułowiu odczuwa pacjentka dotyk, jako klucie. P. 80, miarowy. Ciepłota 36.4^o. R i v a - R o c c i 135 — 90. R o e n t g e n nic chorobliwego nie wykazał. Badanie ginekologiczne i przez odbytnicę (Dr. R a s z k e s) z wynikiem ujemnym.

W niektórych przypadkach (sposstrz. 2 i 3) poza objawami rdzeniowymi w postaci zaburzeń pęcherza, wzgl. odbytnicy, uderzają objaw B a b i ñ s k i e g o oraz zaburzenia czucia. Objaw B a b i ñ s k i e g o, rzadko według Flatau¹⁶) napatykany w tej chorobie, był nieznaczny w sposstrzeżeniu W o l f f a³⁸), a w naszych przypadkach występował stale i w niektórych z nich posiadał natężenie wybitne, gdyż można go było wywołać nietylko w sposób zwykły, ale i drogą drażnienia tylnej powierzchni stopy, bądź w okolicy piszczeli. Pod względem otrzymywania odruchu z części, względnie oddalonych, istnieje, wydaje mi się, w danym razie analogia do ukazywania się wzmożonego odruchu kolanowego naskutek drażnienia części odległych, niekiedy uderzenia w ścięgno drugiego kolana. Czasami i odruch B a b i ñ s k i e g o udaje się wywołać na jednej kończynie przez drażnienie drugiej (G o l d f l a m¹⁷). Jeśli w jednych przypadkach (Flatau¹⁶), H e r m a n²⁰) otrzymujemy objaw R o s s o l i m o, a w innych (B i r o) objaw B a b i ñ s k i e g o, to może zależy to od umiejscowienia sprawy chorobowej. Objaw B a b i ñ s k i e g o niekiedy zmienia swe natężenie podczas przebiegu choroby, czasem się zwiększa lub zmniejsza (sposstrz. 2); objaw R o s s o l i m o może się w pewnym okresie cierpienia ukazać, z czasem zniknąć i w późniejszym okresie ponownie się zjawić (przyp. 2). Zależy to chyba od potęgowania się lub zmniejszenia zaburzeń w określonych częściach układu nerwowego. Objaw R o s s o l i m o, ma występować w przypadkach z uszkodzeniem kory mózgowej, jej zwojów centralnych, przeważnie zrazów czołowych i tylnej części III zwoju ruchowego. Ośrodek korowy hamuje czynności rdzeniowego, który się znajduje (G o l d f l a m¹⁷) na wysokości segmentów 1 i 2 (S. I i II) krzyżowych i 5-go (L.v) lędźwiowego. O ile ośrodek korowy zostaje uszkodzony całkowicie, jakoby ma wyłączać się działanie ośrodka rdzeniowego, i wówczas występuje R o s s o l i m o. Objaw B a b i ñ s k i e g o idzie drogą piramidową, objaw R o s s o l i m o może powstaje za pośrednictwem szlaków bocznych. W niektórych przypadkach, jak wspominałem, wywołanie objawu B a b i ñ s k i e g o jest łatwe: zjawia się on nietylko drogą drażnienia podeszwy, lecz i zewnętrznego brzegu stopy (przyp. 2) a z czasem jej górnej powierzchni (sposstrz. 2, 3, 5) jak to widywałem w szeregu rozmaitych chorób mózgowych, że wspomnę przypadek cierpienia opon mózgowych na tle zakażenia paciorkowcowego oraz przypadek kiły mózgowo-rdzeniowej.

U niektórych chorych może się on ukazać dopiero po kilkakrotnym drażnieniu określonych miejsc stopy, zwłaszcza, że wzmożony nawet objaw B a b i ñ s k i e g o ulega wyczerpaniu (przyp. 5); dlatego, nim się wypowiadamy o jego braku, trzeba użyć wszelkich dróg do jego wykrycia

Zapewne, że do objawu *Rossolimo* muszą być zachowane zginacze palców, a do *Babińskiego* prostowniki, i, chociaż w niektórych przypadkach istnieje antagonizm między obu odruchami, nie jest ten antagonizm ani stały, ani proporcjonalny, bo oba odruchy mogą występować w tym samym przypadku w stopniu nawet wybitnym (sposzrz. 2). Co do natury tych odruchów, to objaw *Rossolimo* jest odruchem kostno-stawowym i stoi bliżej odruchów głębokich, niż skórných, objaw zaś *Babińskiego* o jest patologicznym odruchem skórnym (*Goldflam*¹⁷) i inne odruchy skórne mogą być w tej chorobie dotknięte. W jednym z naszych przypadków (sposzrz. 2) były odruchy brzuszne zniesione, w innym (przyp. 4) bardzo słabe. Ich obniżenia nie można tłumaczyć w tych spostrzeżeniach zwiotczeniem mięśni, bo mięśnie brzuszne nie były wiotkie, i jeden przypadek dotyczył kobiety, która nie była ani razu w ciąży, a drugi mężczyzny o mocnych mięśniach brzucha. Należy w danych przypadkach przypuścić zajęcie dróg nerwowych wraz z ośrodkiem odruchów skórných, a ten leży, jak przypuszczają, w korze mózgowej prawdopodobnie w zwojach centralnych (*Goldflam*¹⁷). Odruchy ścięgnowe bywają od wczesnego już okresu choroby wzmożone (nasze przypadki 2, 3, 4); w dalszym przebiegu mogą być zniesione (*Flatau*¹⁶).

Do zasięgania porady skłaniają chorego przeważnie zaburzenia czucia, gdyż choroba ta rozpoczyna się najczęściej od bólów (*Douglass McAlpine*²). Zaburzenia czucia mogą dotyczyć rozmaitych okolic ciała: kończyn (sposzrz. 2), tułowia (przyp. 3 i 4), głowy (sposzrz. 4); mogą one być krótkotrwałe, kilkodniowe (przyp. 2) lub trwać długo, niekiedy miesiące (sposzrz. 2); mogą się przenosić po dniach na inne miejsce (przyp. 2) lub też trzymać się jednej okolicy długie tygodnie, nawet miesiące (sposzrz. 3). Zaburzenia te są w większości przypadków zбочeniami czucia: drętwieniem (przyp. 4), uczuciem gorąca (sposzrz. 3), mocnego pieczenia (przyp. 4). Uczucie pieczenia zjawiało się u jednego z naszych pacjentów (sposzrz. 4) napadowo i zmuszało go do szukania powodu tego uczucia nazewnątrz od siebie (w tramwaju krzyknął na sąsiada, by odsunął się z „piekącą paczką”, a takiej wcale nie było).

S p o s t r z. 4. 30.X.28. 27-letni M. J. miał przed 10 miesiącami jednego dnia 38,2°, następne kilka dni najwyżej 37,1° oraz drętwienie pr. k. d., które przeniosło się na część k. d. l. Drętwienie k. d. l. w ciągu kilku miesięcy coraz bardziej się rozszerzało, a z czasem ustąpiło miejsca pieczeniu. Raz w tramwaju do sąsiada, który jego nogi dotknął paczką, krzyknął pacjent, by usunął „paczkę piekącą”, okazało się, że przedmiotu piekącego nie było. Przed 6 dniami klucie k. d. l. Przed 4 dniami ból głowy; ból ten rozszerzył się na kark i górną połowę klatki piersiowej. Od kilku miesięcy utrudnione oddawanie moczu. Dobrze zbudowany i odżywiony. W narządach wewnętrznych niema objawów chorobowych. P. 72, miarowy. Kości, stawy prawidłowe. Podczas chodzenia nogi się uginają. Niedowład k. k. dolnych. Siła ud i goleni słaba, zwł. prostowników ud. Zadnego zaniku mięśni. Na plecach po prawej, na piersiach po prawej u góry i częściowo po lewej nadwrażliwość czuciowa; na dolnej części klatki piersiowej po lewej i na brzuchu czucie dotykowe słabe („jak przez płótno”), gdy cieplikowe i bólowe jest tam wzmożone; także wzmożone cieplikowe i bólowe na udach i goleniach. O. o. kolanowe żywe; obustronny stopo-

wstrząs. Brak o. *Babińskiego* i o. *Rossolimo*. O. o. brzuszne b. słabe. Dno oczu, ruchy gałek, źrenice (ich wielkość, kształt i oddziaływanie) prawidłowe.

30.V.30. Bóle trwały długie miesiące; osłabienie nóg nie ustąpiło. Przedmiotowych danych chorobowych niema.

Powyższe zaburzenia czucia mogą być i na tle nerwów obwodowych; czasem współistnieją i brak odruchów brzusznych.

Pod względem charakteru spostrzegane przemennie zбочenia mogą przypominać kaulalgję, u naszych pacjentów nie było jednak wielu cech, charakterystycznych dla kaulalgji, jako to zmniejszenia bólu na ucisku na miejsce bolesne, ani też przenoszenia bólu na części odległe (*Nathana*²⁷) od miejsca ucisku. W niektórych przypadkach *encephalomyelitis* istnieje duża nadwrażliwość mięśni na ucisk (przyp. 2 i 4). Mogą w tym cierpieniu być dotknięte niektóre gatunki czucia w postaci obniżonego czucia cieplikowego i dotykowego (*Guillain, Cournand i Rouquès*¹⁹) bądź, (jak w syringomyelji) cieplikowego i bólowego (sposzrz. 3) lub wyłącznie dotykowego (przyp. 4); w poszczególnych spostrzeżeniach bywa wzmożone czucie na ból i ciepło (przyp. 4).

Nadwrażliwość wyłączną na ból i ciepłotę jest trudno oddzielić od nadwrażliwości na wszelkie gatunki czucia, daleko trudniej, niż obniżenie czucia na ból i ciepłotę. Gdy czucie na ból i ciepłotę jest wzmożone, trzeba się przekonać, czy nie istnieje w danym razie nadwrażliwość na dotyk. Nie można mówić o nadwrażliwości na dotyk, gdy odczuwamy zamiast dotyku inne wrażenie, powiedzmy palenie, jak to bywa w kaulalgji: w ostatnim razie nie zaszła zmiana w natężeniu wrażliwości, lecz w jej rodzaju. Jedynym sposobem wyróżnienia nadwrażliwości dotykowej, wydaje mi się, jest zestawienie wrażliwości na dotyk pewnej okolicy z miejscem symetrycznym. Tą drogą udało mi się wykryć nadwrażliwość wyłączną na ciepło i ból. Skonstatowanie tej nadwrażliwości dało mi popoh do zestawienia tego zaburzenia czucia ze zmniejszoną wrażliwością na ciepło i ból, i, jeśli owa zmniejszona wrażliwość jest objawem syringomyelitycznym, wywołanym przez obniżoną czynność danych włókien w rdzeniu, to wydaje się możliwym, że zwiększona pod tym względem wrażliwość jest wyrazem ich podrażnienia.

Lecz zaburzenie czucia bólowego i cieplikowego nie we wszystkich przypadkach wskazuje na zajęcie rdzenia. Tego rodzaju zaburzenia, choć rzadko, zdarzają się w cierpieniu nerwów obwodowych (*Pick, Charcot, Biron*⁷), jakkolwiek rzadziej, niż zakłócenie jednego gatunku czucia (*Biron*⁷). Czy sprawa zajmuje nerwy obwodowe, czy rdzeń, o tem dają do myślenia poza stanem odruchów i czucia ruchy dowolne, a ruchy te widywaliśmy obniżone w postaci niedowładu jednej kończyny (k. d. pr. — przyp. 2-gi, k. d. 1. — przyp. 3-ci) lub niedowładu poprzecznego (obu kończyn dolnych — przyp. 4 ty), rzadziej zaś spostrzegaliśmy pobudzenie ruchu (drgawki).

Jednym z ważnych objawów rdzeniowych w tej sprawie są zaburzenia czynności pęcherza (nieprzyjęcie lub utrudnione oddawanie moczu), wzgl. odbytnicy. Występowały one wybitnie w 3 naszych przypadkach (sposzrz. 2, 3 i 4). Czasem łatwo je przeoczyć, gdyż mogą trwać tylko kilka dni

(przyp. Guillaína, Cournanda i Rouquesa¹⁹), Wolffa²⁰).

Na wyjaśnienie umiejscowienia sprawy wpływa w niektórych spostrzeżeniach stan mięśni (zaśnik) i ich oddziaływanie elektryczne. I nietylko rdzeń kręgowy, ale i przedłużony (utrudnione łykanie—Flatau¹⁶) i mózg może być w tej sprawie dotknięty. Opisywano, jak w *encephalitis*, zajęcie nerwów czaszkowych w postaci zaburzenia n. twarzy, n. podjęzykowego, n. odwodzącego, n. okoruchowego, z drżeniem gałek, zezem, dwojeniem poziomem, resp. pionowym (objawem Parinauda), objawem, który był w naszym przypadku zapalenia mózgu (sposztr. 1); rzadko notowano objaw Argyll-Robertsona; jeszcze rzadziej zamglenie n. wzroku z obrzmieniem twarzy, jako też zakłócenie n. współczulnego, zwężenie szpary ocznej bez lub ze zwężeniem źrenicy, twarz lśniąca (objaw Toby Cohna)

Płyn mózgowordzeniowy chorych, jakoteż obrazy rentgenologiczne (przyp. 2 i 3) nie wykazały danych chorobowych.

I jak w zapaleniu mózgu śpiączkowym podałem objawy rdzeniowe, tak w *encephalomyelitis* można się w niektórych przypadkach dopatrzeć objawów mózgowych, jakimi są śpiączka i zaburzenia psychiczne.

Przebieg *encephalomyelitis* w moich przypadkach tem się odznaczał, że 1) bóle i zбочenia czucia w jednych przypadkach utrzymywały się czas dłuższy w jednym miejscu, w innych się przenosiły (sposztr. 2 i 4) i włącznie istniały długie miesiące (przyp. 4), że 2) zmieniało się natężenie odruchów (niektóre wzmożone stawały się prawidłowe — przyp. 2, inne zjawiały się i znikaly — objaw Rosolimo w 2 sposztr.), że 3) upośledzenie ruchowe kończyn ustępowało, że 4) czynność pęcherza i odbytnicy wracała do normy.

(dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego
(Kierownik: Prof. Dr. Wiktor Grzywo-Dąbrowski)

Samobójstwo czy zabójstwo z krótkiej broni palnej?

Podał

Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 4).

Przypadek 2. W maju 1929 r. przy stacji G. znaleziono zwłoki mężczyzny Y. z raną postrzałową głowy. Człowiek ten leżał twarzą ku ziemi, prawa ręka była podkurczona pod brzuch, i w niej był zaciśnięty browning kal. 6,35 mm., pod ciałem pozatem znaleziono wystrzeloną gilzę takiegoż kalibru, co i znaleziona broń. Denata odwieziono do szpitala, gdzie zmarł nie odzyskawszy przytomności. Przeprowadzone dochodzenie ujawniło, że zmarły miał jakieś osobiste porachunki z jednym ze swych znajomych, i zjawilo się podejrzenie, czy nie został on zastrzelony. Ponieważ z drugiej strony ktoś z otoczenia zmarłego podał, że denat nosił się z zamiarem pozabawienia się życia, sędzia śledczy przesłał nam akta sprawy z prośbą o wypowiedzenie się, czy należy tu przypuszczać samobójstwo, czy też raczej zabójstwo. Po przestudjowaniu odnośnego (dość skąpego) materiału śledztwa pierwiastkowego wydaliśmy następującą opinię:

1. Jak widać z protokołu oględzin zwłok Y., otrzymał on dwie rany postrzałowe w głowę i lewą rękę.

Wlot kuli w głowie znajdował się na 3 cm. ku tyłowi od zewnętrznego brzegu prawej brwi; na podstawie opisu tej rany nie można ustalić czy strzał był dany z bliska, czy też nie: w protokole oględzin niema żadnej wzmianki o tem, czy były cechy strzału z bliska; świadectwo lekarskie szpitala z B. z dn. 3. 3. 30 również tej sprawy nie wyjaśnia. Biorąc pod uwagę, że w protokole oględzin zwłok zaznaczono, że opisana rana na prawej skroni ma kształt nieprawidłowego wielokąta o wymiarach $10 \times 6 \times 8$ mm. nasuwa się przypuszczenie, że strzał był dany z bliska, z przystawienia, gdyż w takich razach może wystąpić podobny kształt rany.

Kula przeszła przez oba płaty czołowe i utkwila nad lewym oczodołem w kości czołowej. Wobec powyższego kierunek kanału postrzałowego prowadził od strony prawej ku lewej, od tyłu ku przodowi i zlekka od dołu ku górze.

2. Śmierć nastąpiła wskutek przestrzału mózgu. Uszkodzenie to należy uważać za bezwarunkowo śmiertelne.

3. Druga rana postrzałowa, znaleziona na lewym przedramieniu, również nie wykazuje cech strzału sbliska; wlot kuli znajdował się na zewnętrznej (grzbietowej) powierzchni przedramienia, wylot — na powierzchni dłoniowej.

4. W głowę strzelano z broni kalibru 6,35 mm., jak tego dowodzi kaliber znalezionej kuli; wygląd rany na lewej ręce nie przeczy temu, że była ona zadana z broni takiegoż kalibru.

5. W kwestji, czy opisane zranienia były zadane ręką samego denata, czy przez inną osobę, trudno wypowiedzieć się kategorycznie, a to przedewszystkiem dlatego, że brak jest dokładnych danych co do pierwotnego wyglądu otworów wiotowych kul, a szczególnie otworu na prawej skroni. Umiejscowienie tego otworu i kierunek kanału postrzałowego są takiego typu, który nieraz się spotyka przy samobójstwie, chociaż częściej może samobójca strzela bezpośrednio od strony prawej ku lewej i raczej zlekka od przodu ku tyłowi, gdyż w tym kierunku strzelać do siebie wygodniej, jednak znaleziony tu kierunek może mieć miejsce i w razie samobójstwa.

Ten sam kierunek kanału postrzałowego i umiejscowienie wlotu kuli mogłyby mieć miejsce, gdyby ktoś nagle przyłożył innemu osobnikowi broń do prawej skroni i wystrzelił wzgl. gdyby kula trafiła w głowę od tyłu i przy przechyleniu głowy trochę ku górze, jeśli strzelano zdaleka.

Postrzał lewego przedramienia nie jest typowy dla samobójstwa, raczej samobójstwoby wyłączał; mógłby on jednak powstać wypadkowo, np. w tych warunkach, gdyby denat, trzymając w prawej ręce broń, zwróconą lufą w stronę lewą, wypadkowo nacisnął spust, np. padając, i w ten sposób się postrzelił.

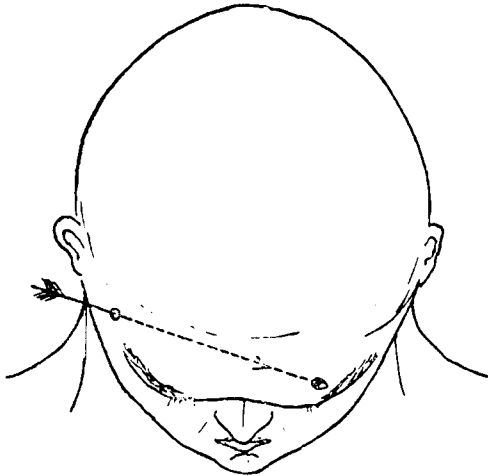
Zestawiając wynik oględzin zwłok z wynikiem oględzin ciała na miejscu (leżał twarzą ku ziemi, prawa ręka była podkurczona pod ciało, w niej trzymał pistolet, gilza znajdowała się pod ciałem), możnaby wypowiedzieć następujące przypuszczenia co do powstania opisanych ran postrzałowych:

1. W przypadku samobójstwa: Denat strzelił sobie w prawą skroń, padając zaś twarzą naprzód już w agonji nacisnął spust pistoletu

i wypadkowo postrzelił się w lewą rękę; gilza od tego drugiego postrzału mogła w tych warunkach znaleźć się pod ciałem. Przeprowadzenie badania znalezionych kul i gilzy, czy wyszły one ze znalezionej przy denacie broni, mogłoby potwierdzić tę koncepcję.

2. W przypadku zabójstwa: denat został postrzelony dwukrotnie z tego samego pistoletu, który był przy nim znaleziony, wzgl. z innego pistoletu tego samego kalibru; po śmierci broń została mu włożona do ręki w celu upozorowania samobójstwa.

Na podstawie rozporządzalnego materiału nie jestem w stanie kategorięcznie rozstrzygnąć, które przypuszczenie jest słuszniejsze, wydaje mi się jednak, że raczej należy myśleć o pierwszym (samobójstwie), o ile nie będzie zupełnie pewnych danych na to, że miało miejsce zabójstwo.



Rys. 2. Kierunek rany postrzałowej.

Przypadek 3: Pan X., człowiek starszy, rozszedł się z żoną i zamieszkał z panią N., którą uważał za swą drugą, chociaż niesłubną żonę. Z pierwszego małżeństwa miał on syna J., obecnie l. 32, z zawodu murarza. J. wbrew woli ojca ożenił się z miłości, wskutek czego ojciec wymówił mu dom, i przez prawie dwa lata ojciec i syn nie komunikowali się z sobą; do tego dołączyła się niechęć J. do młodej macochy, posunięta do tego stopnia, że nieraz przy spotkaniu na ulicy J. groził i wymyślał jej ordynarnymi wyrazami.

W początku maja 1930 r. J. przyszedł pewnego razu do ojca, przeprosił macochę, i nastąpiła zgoda, jednak żona J. ciągle była niechętnie widziana przez teścia i u państwa X. nie bywała.

W czerwcu J. nie miał posady i znajdował się w trudnych warunkach finansowych, wobec tego prosił ojca o wynalezienie mu jakiegoś zajęcia, co wreszcie temu się udało. 21. VI. J. wybrał się do ojca, aby mu podziękować za znalezienie zajęcia, miał u niego zabawić krótko, wobec tego prosił żonę, aby zaczekała na niego na ulicy, wzgl. gdzieś w pobliżu. Przed udaniem się do ojca J. na ulicy rozmawiał ze znajomym sklepikarzem i mówił mu, że idzie do ojca i że niezadługo wróci.

Ojciec J. przy badaniu przez sędziego śledczego podał, że syn przyszedł do niego w dobrym humorze, cieszył się, że nareszcie otrzymał pracę i bardzo mu za to dziękował; w pewnym momencie ojciec poczęstował J. piwem, ten wypił trzy małe szklaneczki, t. zw. szampanki, i kieliszek wódki, potem zjedli trochę mięsa. Syn był zupełnie spokojny, nie zdradzał żadnego zdenerwowania. Żona X. pozostawiła mężczyznę w kuchni, gdzie jedli, sama zaś poszła do sypialnego pokoju i po-

łożyła się odpocząć. Było to około 6 i pół, wzgl. 7-ej. Parę minut po siódmej od kuchni zadzwoniła żona J. i męża, który sam jej otworzył, prosiła, aby już wyszedł, bo za długo czeka na niego. J. powiedział żonie, że zaraz się pożegna z macochą, zamknął drzwi i poszedł do pokoju sypialnego, gdzie leżała pani N. Ojciec J. podał, że po 2—3 minutach posłyszał strzał w sypialnym, pobiegł tam i zobaczył, że syn leży pomiędzy łózkami na podłodze, głową zwrócony do drzwi (patrz załączony rysunek). Żona pana X., jak on podał, w tym momencie znajdowała się w sypialnym, pomiędzy piecykiem a łóżkiem, nie zdążyła ona jeszcze wyjść do sąsiedniego pokoju. Domyślając się, zeznaje X., że coś się stało, pobiegł on do telefonu i zadzwonił do komisariatu, prosząc o przysłanie pogotowia, bo „syn się zastrzelił”.

Bardzo ważne i ciekawe były zeznania pani N. Podana ona, że wyszła trochę się przespać; w pewnej chwili w półśnie posłyszała, że ktoś wszedł do sypialnego, myśląc, że to mąż, nie zwróciła na to uwagi.

Po chwili posłyszała odsuwanie szuflady w komodzie, potem słowa „zabiję”; wtedy otworzyła oczy i spostrzegła, że J. nachylony stał, czy prawie siedział na łóżku prawem (licząc od drzwi), i coś manipulował, trzymając w obu dłoniach, potem podniósł rękę do góry i padł strzał. Po wystrzale J. runął bokiem w stronę drzwi, równocześnie N. poczuła, że ją jakby coś uderzyło w plecy. Zeskoczyła z łóżka w stronę komody, przytem uderzyła się o jej wysuniętą szufladę i, biegnąc do sąsiedniego pokoju, w drzwiach natrafiła na śpiącego męża i opowiedziała mu o wypadku.

Pan X. podał, że broń, która była potem znaleziona przy trupie J., była jego, ojca, własnością i leżała w szufladzie komody w sypialnym pokoju, o czym miał wiedzieć syn, służąca zaś państwa X. podana, że broń była przechowywana w biurku w sąsiednim pokoju, w komodzie zaś nigdy jej nie widziała. Żona J. zeznała, że żyła z mężem bardzo dobrze, że wogóle, jak również i w dniu śmierci, nie zdradzał on żadnych zamiarów samobójczych i nie miał ku temu żadnych powodów. Krytycznego dnia długo czekała na męża, wreszcie zadzwoniła do mieszkania teścia, otworzył jej mąż, powiedział, że zaraz wychodzi, tylko się pożegna z panią N.; czekała jeszcze czas pewien, poczem przyszedł policjant i powiedział jej, że mąż się zabił. Nie wierzy, że było to samobójstwo. Przy oględzinach pokoju, w którym rozegrała się tragedia, stwierdzono, że trup denata leżał na brzuchu, głową zwrócony ku drzwiom sąsiedniego pokoju, policzek prawy dotykał podłogi, prawa ręka leżała na krzyżu, poniżej pasa, lewa podgięta pod brzuch. Głowa dotykała framugi drzwi, na lewej nodze leżały odłamki tynku. Obie nogi były zgięte. Lewa nogawica spodni podniesiona do połowy tydki, prawa opuszczona trochę niżej. W odległości 8 cm. od nóg znaleziono trzy ładunki kal. 6,35 mm.; pistolet, browning belgijski takiegoż kalibru, leżał pod lewym łóżkiem (pod tem, na którym leżała pani N.) mniej więcej w środku, w odległości 10 cm. od brzegu łóżka. Po podniesieniu zwłok znaleziono pod twarzą denata kulę tegoż kalibru, co i broń. Łuska kal. 6,35 mm. leżała w saloniku w odległości 1 metra od jego progu. Na wysokości 60 cm. nad framugą drzwi i 217 cm. od podłogi w tapecie znaleziono otwór owalny o średnicy około 1 cm. (śląd od kuli).

W łufie broni znajdował się jeden nabój, w magazynie—dwa. Górna prawa szuflada komody była nieznacznie wysunięta, przez utworzoną szczelinę ręki nie można było wsunąć do szuflady. (Patrz rysunek pokoju).

Przy oględzinach zwłok denata znaleziono, co następuje: (podajemy tylko zmiany, mające istotne znaczenie dla sprawy):

1. Zwłoki mężczyzny długości 158 cm. Na skórze twarzy i czoła smugi krwi. Na skórze prawej skroni na 1 cm. ku tyłowi od zewnętrznego brzegu pr. brwi znajduje się okrągławy otwór o wymiarach 1,5 cm. na 1,5 cm., zawierający w

brzegach 4 pęknięcia do 5 mm. długości; brzegi tego otworu są nierówne. Dookoła otworu naskórek otarty w postaci rąbka szerokości ok. 1 mm. i przykryty bardzo wyraźnym rąbkim sadzy szerok. ok. 2—3 mm. Dno opisanego otworu stanowią miękkie tkanki, pokryte dość obficie sadzą.

Poniżej lewego guza ciemieniowego (na 3,5 cm. powyżej w stosunku do opisanego poprzednio otworu) znajduje się druga rana kształtu nieprawidłowego czworokąta, o średnicy ok. 1,5 cm.; w brzegach tego otworu znajdują się 4 pęknięcia, brzegi otworu nierówne, zlekka wywinięte, w głębi — widoczne są odłamki kostne.

2. Na skórze kciśi nie znaleziono żadnych uszkodzeń ani śladów sadzy lub prochu. Na ciele również nie znaleziono żadnych zmian poza opisanymi ranami postrzałowymi.

3. Przy oględzinach wewnętrznych stwierdzono, że w mięśniach w okolicy opisanych ran znajdują się obfite wylewy krwawe, a w kanale postrzałowym w obrębie prawej skroni — obfite złogi sadzy. W dużym skrzydle prawej kości klinowej na jego zewnętrznej powierzchni znaleziono okrągły otwór o średnicy ok. 8 mm., na którego dolnym brzegu — nalot szarawy. Na kości czołowej po stronie lewej znajduje się otwór wylotowy kuli, położony o 3 cm. ku tyłowi od guza czołowego i mniej więcej na jego poziomie. Od tego otworu ku tyłowi i przodowi przebiegają szczelinowate pęknięcia w kości. Błaszki nadoczołowe, kość sitowa i piramida kości skalistej lewej zawierają szczelinowate pęknięcia.

Kanał postrzałowy przebiega przez mózg od strony prawej ku lewej, przez płaty czołowe, od dołu ku górze, w obrębie kanału — zmiądzona i zmieszana z krwią istota mózgowa. w brzegach kanału — drobne wybroczyny krwawe.

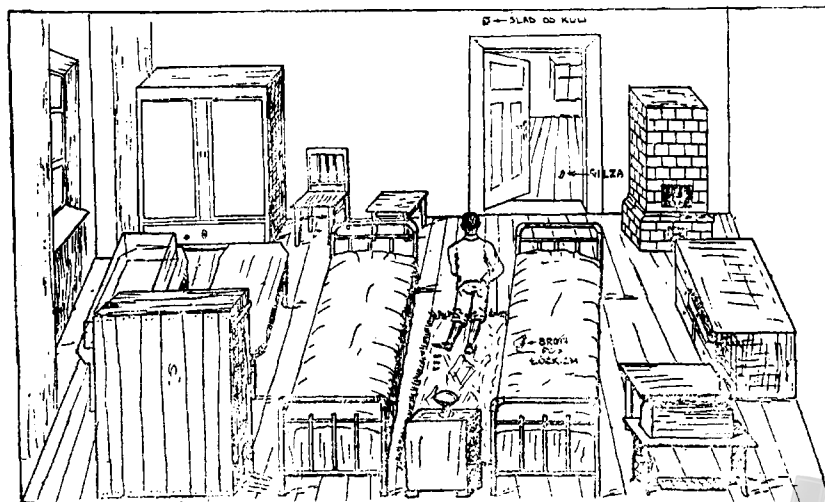
3. Poza opisanymi uszkodzeniami w obrębie mózgu i opon nie znaleziono żadnych zmian chorobowych. Z jamy czaszkowej i istoty mózgowej unosi się zapach aromatyczny, przypominający woń alkoholu.

4. Przy oględzinach wewnętrznych innych jam ciała nie znaleziono żadnych uszkodzeń, jak również i jakichś większych zmian chorobowych. W żołądku znaleziono treść pokarmową o zapachu alkoholu.

Wobec tych wyników oględzin zwłok, lekarz wykonujący je, wydał opinię, że śmierć J. nastąpiła wskutek rany postrzałowej mózgu, strzał padł z pobliza, najprawdopodobniej z przystawienia, strzelano od strony prawej ku lewej, z dołu ku górze i zlekka od tyłu ku przodowi. Umieszczenie i kierunku rany postrzałowej był typowy dla samobójstwa.

Analiza całego przytoczonego materiału ma na celu odpowiedź na pytanie, czy w tym przypadku miało miejsce, jak to podała pani N., samobójstwo J. w

jej oczach, czy też nieszczęśliwy przypadek, wzgl. zbrodnia. Jak zwykle w podobnych razach, oględziny zwłok nie rozstrzygają sprawy, ponieważ, lubo zranienie miało wygląd typowej rany samobójczej, oczywiście, nie można wyłączyć tu i śmierci z obcej ręki wzgl. wypadkowego postrzelenia się. Skrupulatnie przeprowadzone dochodzenie nie ujawniło żadnych powodów, ani przyczyn do takiego desperackiego czynu, denat właśnie w dniu śmierci otrzymał zajęcie, był bardzo z tego zadowolony, dziękował ojcu, robił plany na przyszłość i t. p. Zona zmarłego również twierdziła, że w zachowaniu się męża nie zauważyła dnia krytycznego nic szczególnego, był on wesoły i żywy, gdy szedł do ojca, miał wrócić wkrótce, gdy jej otworzył drzwi na jej dzwonek, również nic szczególnego w nim nie zauważyła, miał wyjść za chwilę, chciał tylko pożegnać się z panią N. Akta sprawy nie dają żadnych podstaw do przyjęcia, że denat był psychicznie chory, normalni zaś ludzie nie popełniają samobójstw bez żadnych przyczyn i powodów; może być powód błahy, np. chwilowy jakiś stan depresji lub podniecenia, ale jednak coś być musi. Dane dochodzenia nie ujawniły żadnych powodów do samobójstwa, w każdym razie aż do chwili, gdy denat wyszedł z kuchni, aby pożegnać się z panią N., która znajdowała się w pokoju sypialnym. Jeśli J. pozbawił się życia, przyczyna, która go ku temu popchnęła, musiała powstać, wzgl. ujawnić się w tym krótkim czasie, który upłynął od chwili wyjścia z kuchni do strzału, to znaczy, jeśli jest zgodne z prawdą zeznanie pana X., w ciągu 2—3-ch minut. Co zaszło w tym czasie w pokoju sypialnym, nie wiemy; pani N. twierdzi, że nic, że słyszała ona słowo „zabiję” i strzał, że J. przedtem wysunął szufladę komody, a potem ją prawie zupełnie zasunął (tak została znaleziona przy oględzinach miejsca) i z tej szuflady, jak to należy wnioskować ze słów ojca, J. wyjął broń. 2—3 minuty jest to okres czasu stosunkowo długi; co w tym czasie robił J. w sypialnym, nie wiemy, dziwnym się jednak wydaje, że J., nie mając zamiaru samobójczego, raptem z jakichś powodów powziął go, gdy wszedł do sypialnego wysunął szufladę komody i znalazłszy tam broń, zbliżył się do łóżka, na którym leżała N. i wystrzelił sobie w skroń. Wyraz, słyszany przez N., przemawiałby za tem, że J. żywił do niej niechęć, nawet nienawiść, gdyż groził, że ją zabije (chyba nie można myśleć, że jego słowa były skierowane do kogoś innego), w tym momencie miał on nawet całkowitą możliwość wykonania tego,



Rys. 3. Położenie ciała J.

miał broń, nikogo obok, nikt nie przeszkodzi. Jakież byłby powód tej nienawiści do N.? wszakże już od kilku miesięcy J. pogodził się z ojcem i jego drugą żoną, i nie było żadnych ujawnionych powodów do takiej nienawiści i groźby zabójstwa. W tem miejscu należy przypomnieć sobie drobny szczegół: na dywaniku znaleziono trzy naboje; jak się one tam dostały, jest również tajemnicą, ale w każdym razie nie wydaje się możliwym, że położył je tam sam J. W magazynie pistoletu znajdował się jeden nabój, drugi w lufie; po co i skąd wzięły się u nóg zmarłego te niepotrzebne trzy naboje tegoż kalibru? Jeśli pani N. nic więcej nie powie, i nic nie doda do tego, co powiedziała na śledztwie o ostatnich chwilach życia J. i o jego zachowaniu się w sypialnym pokoju, uważam, że koncepcja samobójstwa pod względem psychologicznym utrzymać się nie da, nie znajdzie ona żadnego uzasadnienia, będzie wisiała w powietrzu.

Jeżeli w tym przypadku nie było samobójstwa, możnaby robić i inne przypuszczenia celem wytłómaczenia warunków śmierci J.: może między nim a panią N. wybuchła jakaś sprzeczka, on groził, że odbierze sobie życie, przystawiał broń do skroni, wynikła walka, ona chciała broń mu odebrać i raptem pada niespodziewany dla obu strzał. Koncepcyj wytłómaczenia tego przypadku można stworzyć i więcej, lecz są one bezcelowe, gdyż sprawy tej kategorycznie nie wysławiła.

Przypadek 4. Dnia 7. VIII. 1930 r. w osadzie fabrycznej zmarł wskutek ran postrzałowych robotnik R. Według zeznań świadków i żony zmarłego, kobiety l. 35, sprawa przedstawiała się w następujący sposób: R. był nalogowym alkoholikiem, nieraz się upijał i robił awantury, z żoną żył źle, i ona nosiła się z zamiarem opuszczenia go. Krytycznego dnia R. czuł się zupełnie zdrowym, prawie nie wychodził, nie poszedł do pracy. Ok. godz. 7 wieczór do R. przyszedł kolega jego B.; sprowadzono wódki i dość dużo wypito (około 2-ch butelek); w tej libacji brały udział i dwie kobiety, żona R. i żona B. R. był pijany i, jak mówi żona, „zdradzał objawy obłądka”. Ok. 10 godz. goście się rozeszli, mąż był „rozstrójony”, o godz. 11 posłał żonę spać, sam zaś został w pokoju, gdzie pito, coś do siebie mówił i przeklinał. W pół godziny potem dały się słyszeć dwa strzały z tego pokoju, żona R. pobiegła do sąsiadów i prosiła o pomoc, lecz bano się wejść. Słychać było, jak R. śpiewał i przeklinał, trwało to około godziny. Sąsiedzi poszli do domu, żona położyła się, lecz po godzinie znów posłyszala dwa strzały, wtedy znów pobiegła do sąsiadów, mówiąc, że prawdopodobnie mąż się zastrzelił. Gdy sąsiedzi przyszli, znaleźli drzwi zamknięte od wewnątrz za pomocą antabowego spustu; wsuniętym szczyrykiem drzwi otworzono i po wejściu do pokoju stwierdzono, co następuje: była to pracownia ślusarska R., zastawiona meblami, na których stały butelki, kufle, talerze, wogóle — resztki po libacji. Z prawej strony stołu na krześle, zwróconem oparciem do ściany, siedział R. bez życia, prawym bokiem oparty o tylną ścianę krzesła. Głowa była pochyloną, z czoła, nosa i ust zwisały się krople krwi, prawa ręka była opartą o stół, lewa — leżała na obu nogach poprzez lewą pachwinę. Nogi były skrzyżowane. R. miał na sobie zwykły ubiór roboczy, z rozpiętym kołnierzem i zawiniętymi rękawami koszuli, żadnego nieładu w ubraniu nie zauważono. Na podłodze przy trupie plama skrzepłej krwi, przy nodze krzesła, na którym siedział, butelki, aparat radiowy i t. p., wszystko w nieładzie. W odległości 40 cm. od stóp trupa leżał pistolet — browning kal. 6.35 mm., zwrócony lufą do nóg trupa, lufa okopcona, w niej nieco krwi, w lufie — jedna kula, druga w magazynie. Na podłodze znaleziono dwie łuski od kuli tegoż kalibru, co broń; jedna w odległości 53 cm., druga — 102 cm. Poza tem jedną łuskę tegoż

kalibru znaleziono na łóżku, a drugą pod niem. W ścianie nad łóżkiem — ślady od kul. (Łóżko znajduje się za plecami trupa).

Tuż za krzesłem, na którym siedział zmarły, stała etażerka, której nakrycie było zbryzgane krwią.

Przy oględzinach zwłok stwierdzono, co następuje (musszę zaznaczyć, że oględziny te były dokonane dość pobieżnie):

1. Długość ciała zmarłego wynosiła 168 cm. Na głowie znaleziono następujące rany postrzałowe: 1) pomiędzy oczami w linii środkowej na nosie, 2) na czole po stronie prawej w odległości 4 cm. od linii środkowej, a 6 cm. od łuku brwi; rana 0,9 cm. w średnicy. 3) na czole po stronie lewej 1 cm. od linii środkowej, a 6 cm. powyżej brwi, wielkości takiejże, jak rana Nr. 2. 4) Na granicy kości czołowej i ciemieniowej po stronie lewej rana o średnicy ok. 0,9 cm. Wszystkie opisane rany miały brzegi „spalone”, a włosy naokoło rany 4-tej były opalone.

2. Przy wewnętrznych oględzinach zwłok stwierdzono, że rana opisana pod Nr. 4 przechodzi przez kość czaszki, mózg, podstawę czaszki i jamę ustną, przenika przez przelyk i gubi się w mięśniach szyi. Na przebiegu tej rany (gdzie — nie podano) znaleziono zpłaszczoną kulę kal. 6,35 mm., o stalowym panczerzu. Więcej kul nie znaleziono. Z dalszego opisu można wnioskować, że okolica nad okiem lewym, wzgl. pomiędzy oczyma uległa uszkodzeniu przez kule i że w obrębie lewej gałki ocznej znajdował się duży wylew krwawy. Z żołądka wyczuwało się zapach alkoholu. Poza tem większych zmian nie znaleziono.

W opisanem stadium sprawy zostały przesłane do nas akta sądowe z wezwaniem wypowiedzenia się, czy chodzi tu o przypadek zabójstwa, czy też miało miejsce samobójstwo. Mając tak niedokładny protokół oględzin zwłok, zwróciliśmy się do odpowiedniej władzy sądowej o uzupełnienie badania przez postawienie szeregu pytań lekarzowi, który dokonał oględzin zwłok, i o nadesłanie do Zakł. Med. Sądowej czaszki zmarłego w celu dokładniejszego zbadania opisanych otworów postrzałowych. Niestety, — lekarz z powodu upływu dłuższego czasu nic ściślejszego już ustalić nie mógł, wobec tego musieliśmy zadowolić się pierwotnym opisem zmian, znalezionych w dn. 9. VIII.

Czaszka zmarłego była nadesłana zakonserwowana w formalinie; jej badanie przed maceracją również nie dało dużo materiału, gdyż znajdowała się ona już w stanie znacznego rozkładu, wobec czego na skórze nie udało się ustalić cech otworów postrzałowych i ich właściwości, znaleziono jednak, że skóra nad kośćmi nosa przedstawia brak o średnicy około 2 cm., kości zaś nosa są uszkodzone. Czaszkę poddano maceracji, przetem podczas usuwania części miękkich w obrębie tkanek prawego oczodołu znaleziono kulę o kal. 6.35 mm., zaopatrzoną w metalowy płaszcz. Taką kulę znaleziono i w jamie czaszkowej, w jakiej jednak części mózgu znajdowała się ona pierwotnie, ustalić się nie udało ze względu na rozkład istoty mózgowej. Po dokonanej maceracji przy badaniu czaszki znaleziono, co następuje:

Głowa znajduje się w stanie rozkładu: skóra jest zielonkawa-brudno-szarawa, włosy łatwo dają się usunąć. Na skórze głowy znaleziono zwykle cięcie sekcyjne.

1. W kości czołowej po stronie lewej o 2 cm. ku przodowi od szwu wieńcowego i 3,5 cm. od linii środkowej znajduje się otwór okrągły średnicy ok. 7 cm.; w brzegach otworu ciemnego podbarwienia nie widać. Otwór ten rozszerza się kraterowato w kierunku światła czaszki. W obrębie kości czołowej od przodu dość znaczny brak kości, wzgl. częściowo kość ta uległa pęknięciu.

2. Nad prawem okiem w odległości ok. 2 cm. od górnego brzegu oczodołu i około 2 cm. od linii środkowej znajduje się owalny ubytek, średnicy ok. 7 mm. Podobny ubytek znajduje się i w blaszce wewnętrznej tej kości tuż pod opisanym; jest to wlot kuli.

3. Lewej kości nosowej prawie całkowicie niema; w brzegach jej resztek znajduje się owalny ubytek średnicy około 7 mm.; prawdopodobnie jest to uszkodzenie, spowodowane przez kulę.

4. Na podstawie czaszki liczne braki w obrębie blaszki nadczołowej, brak kości sitowej i częściowo brak od przodu kości klinowej, co powoduje, że jama nosowa od góry jest szeroko otwarta.

5. W obrębie górnego ramienia szczęki dolnej po stronie prawej od zewnątrz znaleziono rozległe pęknięcie w postaci trójkąta.

Mając na względzie wynik oględzin czaszki i zestawiając go z wynikami oględzin zwłok, dokonanych w dniu 9. 8. 1930 r., przyszlismy do wniosku, że denat otrzymał następujące zranienia z broni palnej:

Rana, opisana pod p. 1.

Strzelano od góry ku dołowi, nie z przyłożenia, być może, z niezbyt bliskiej odległości, lecz z jakiej — ustalić nie można, gdyż opis brzegów ran nie jest dokładny, być może, że strzelano z odległości kilku cm. lub z dalszej. Kula przebiła mózg i wyszła z czaszki w kierunku na stronę prawą albo przez prawy oczodoł, wzgl. przez jamę nosową i gardziel, uszkadzając przetyk w części górnej. Nie poszła ona stroną lewą, jak przypuszczano przy oględzinach zwłok, gdyż podstawa czaszki po stronie lewej i od tyłu nie jest uszkodzona; co prawda blaszka nadczołowa po stronie lewej zawiera liczne braki, lecz niżej w kościach szczęki górnej po stronie lewej przestrzału niema; stąd tą drogą kula wyjść z czaszki nie mogła. Strzelano więc od góry ku dołowi, nie z przyłożenia, od strony lewej ku prawej i trochę od tyłu ku przodowi.

Rana p. 2.

Strzelano od przodu ku tyłowi i prawdopodobnie trochę zgóry; kula uszkodziła kości stropu prawego oczodołu w jego części tylnej. Wyraźnych cech strzału zbliska nie znaleziono; być może, strzelano z pewnej odległości.

Rana p. 3.

Strzelano od przodu ku tyłowi trochę zgóry, kula przebiła kość nosową lewą, kości stropu oczodołu lewego, kość klinową. Ze względu na stan znacznego rozkładu mózgu nie można, prawdopodobnie ta kula była znaleziona w jamie czas-

można było ustalić kierunku kanału postrzałowego. Wyraźnych cech strzału zbliska nie znaleziono.

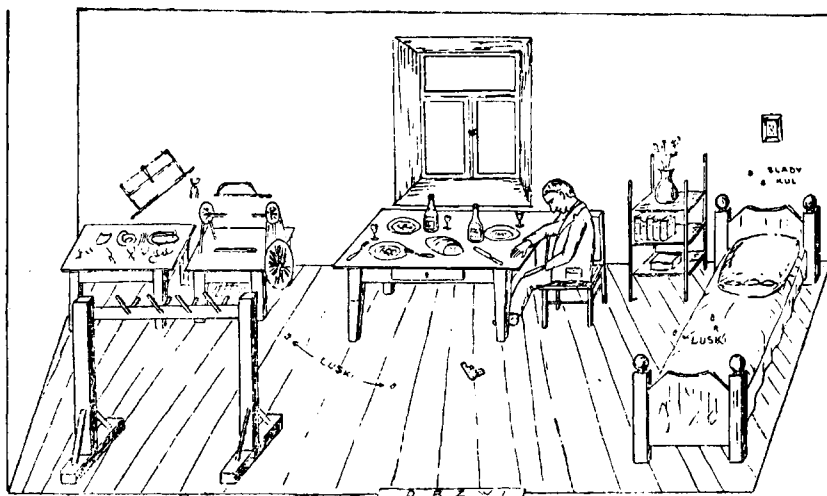
Muszę zaznaczyć, że opisany kierunek ran postrzałowych nie jest absolutnie pewny, gdyż znaczne uszkodzenia kości i liczne ich braki uniemożliwiły zupełnie dokładne ustalenie przebiegu kanałów postrzałowych.

Innych wyraźnych cech wlotu kuli na czaszce nie znaleziono, co jednak nie wyłącza możliwości, że mogła być jeszcze i czwarta rana, ewent. opisana w protokole z dnia 9. 8. 1930 r., gdyż w tem miejscu stwierdzono ubytek w kości o niecharakterystycznym wyglądzie.

Przy ustalaniu, czy w tym przypadku strzelano zbliska i z jakiej odległości, czy też z takiej odległości, z której nie pozostaje już śladów od strzału (sadza, proch etc.) należy zaznaczyć, że pierwotny protokół oględzin zwłok nie daje ścisłych pozytywnych danych do odpowiedzi na to pytanie, można tylko przypuszczać, że ewent. było „opalenie“ brzegów ran i włosów przy ranie Nr. 3-d. Jeśli tak było, i gdy uwzględnimy, że otwory wlotowe kul były okrągłe, rany zaś nie wykazywały pęknięć brzegów, należy wnosić, że strzelano nie z przyłożenia, lecz z pewnej odległości, ewent. kilku cm. Przypuszczenie to potwierdza i badanie czaszki: naokoło brzegów ran wlotowych nie widać żadnych śladów sadzy i t. d., niema pęknięć dodatkowych kości, niezależnych od bezpośredniego działania kul (przy strzelaniu z przystawienia, wzgl. z b. bliskiej odległości wchodzące gazy łącznie z pośrednim działaniem kuli często powodują dodatkowe pęknięcia kości, szczególnie blaszek nadczołowych, rozejście się szwów itp.).

Mając na względzie powyższe, przychodzimy do wniosku, że jest b. mało prawdopodobnem, że wszystkie opisane w protokole zranienia mógł zadać sam sobie denat, na co wskazuje absolutnie nietypowe dla samobójstwa umiejscowienie i kierunek ran postrzałowych, ich liczba i brak wyraźnych cech strzałów zbliska. Te same cechy świadczą o zupełnem nieprawdopodobieństwie wypadkowego samopostrzelenia się. Jeżeli denat nie był mańkutom, tembardziej byłoby nieprawdopodobne przypuszczenie, że opisane zranienia padły z jego własnej ręki.

Wobec powyższego niemal z pewnością należy wnosić, że strzały nie padły z ręki denata.



Rys. 4. Pozycja ciała R.



Rys. 5. Układ ran postrzałowych czaszki R.

Z praktyki prywatnej

Przyczynki do leczenia krztuśca szczepionką swoistą.

Podala

H. FRENKLOWA (Łódź).

Leczenie swoiste krztuśca za pomocą zawiesiny z bakterij Bordet-Gengou*) jest metodą starą. Po raz pierwszy szczepionki krztuścowe stosowali Nicolle i Cour w r. 1912 podczas epidemii krztuśca w Tunisie, a następnie liczni autorzy aż po dzień dzisiejszy próbowali metod swoistych w krztuścu zarówno w celu zapobiegawczym, jak i leczniczym. Przeważająca większość tych autorów osiągnęła dodatnie wyniki w jednym i w drugim wypadku.

Pomyślne działanie zapobiegawcze szczepionki krztuścowej może być absolutne, tj dziecko, narazone na krztusiec, nie zaraża się wogóle, lub względne, t. j. dziecko zaraża się, lecz choroba przebiega łagodniejsi bez powikłań.

Działanie lecznicze szczepionki krztuścowej wyraża się w skróceniu przebiegu krztuśca naskutek zmniejszenia się ilości i nasilenia poszczególnych napadów.

Istota działania szczepionki polega, podług niektórych autorów, na wytwarzaniu się przeciwciał swoistych; Kristensen i Larsen stwierdzili, iż we krwi dzieci, uodpornianych szczepionką krztuścową, przeciwciała te wytwarzają się znacznie szybciej, niż u dzieci, chorych na krztusiec, lecz nieleczonych szczepionką. Podług innych autorów szczepionka działa nieswoiście, jako obce białko (z autorów polskich Kramszyk). Za słuszością pierwszego poglądu przemawia fakt, iż wyniki, osiągnięte w krztuścu za pomocą proteino-terapii nieswoistej; Yatrenu, mleka i t. p., są bez porównania gorsze, niż wyniki, osiągnięte za pomocą szczepionki swoistej (Bendix, Rehmanna).

Zapobiegawcze działanie szczepionki krztuścowej uwidaczniają w sposób bardzo przekonywający duże statystyki autorów duńskich (Meyer, Kristensen i Sørensen) oparte na spostrzeżeniach z wysp Faroerskich, gdzie krztusiec występuje nagminnie co kilka lat. Siedemnaście z tych wysep są zamieszkałe i nadają się doskonale do wszelkich spostrzeżeń epidemiologicznych w dziedzinie chorób zakaźnych.

Podczas jednej z epidemii krztuśca na wyspach tych uodporniono 396 dzieci szczepionką krztuścową (5 do 10 miliardów na dawkę); zachorowało tylko 44 dzieci, przyczem przebieg choroby u szczepionych był bardzo łagodny.

Semikoz stosował szczepionkę krztuścową zapobiegawczo u 253 dzieci w Saratowie (2 do 8 miliardów na dawkę), z których zachorowało 38%.

Rietschel stosuje w celu zapobiegawczym szczepionkę I. G. co 4 dni, 3 do 4 razy, po 2 do 4 miliardów na dawkę i uważa, iż szczepienie swo-

iste jest najskuteczniejszym środkiem zapobiegawczym przeciwko krztuścowi.

Działanie ochronne szczepionki krztuścowej jest krótkotrwałe, gdyż nie przekracza 1 do 3 miesięcy.

Bernuth (z kliniki Ibrahima w Monachium) spostrzegał przypadki uodpornione, które zachorowały w 3 do 4 i pół miesięcy po szczepieniach ochronnych. Wynika z tego, iż uodpornianie przeciwko krztuścowi należy nie z góry, lecz dopiero w ostatniej chwili, gdy już napewno nastąpiło zetknięcie się dziecka z chorym osobnikiem. Najskuteczniejsze będzie uodpornienie, wykonane bezpośrednio po zakażeniu, może być jednak stosowane również z bardzo pomyślnym wynikiem jeszcze i w okresie wylegania.

Co do dawkowania, podawane są przez odnośnych autorów duże dawki szczepionek stężonych:

Madsen stosował na wyspach Faroerskich 5 do 10 miliardów na dawkę w przerwach 4 dniowych. Rehmanna podaje 3 dawki szczepionki I. G. po 2 do 6 miliardów, Schmitz — 4 do 8 miliardów tej samej szczepionki, Slatogorow — 1 do 4 miliardów 3-krotnie w przerwach 2 dniowych i t. p.

Działanie lecznicze szczepionki krztuścowej jest jednym z bardziej aktualnych tematów współczesnego piśmiennictwa pediatrycznego. Naogół panuje jeszcze większa jednomyślność co do działania leczniczego szczepionki, niż co do jej wpływu zapobiegawczego; na 56 autorów, zebranych przezwymnie z nowszego piśmiennictwa, 51 są bezwzględnie zwolennikami leczenia krztuśca szczepionkami.

Spostrzeżenia autorów duńskich, oparte na materiale wysp Faroerskich, przemawiają wyraźnie na korzyść leczenia swoistego. Epidemie krztuśca na wyspach tych odznaczały się zawsze przebiegiem złośliwym i dużym odsetkiem śmiertelności. Podczas silnej epidemii w r. 1923 zastosowano tam po raz pierwszy szczepionkę krztuścową z wynikiem następującym:

na 2094 leczonych szczepionką — 5 zgonów

„ 627 nieleczonych „ — 18 „

Jak wynika z przytoczonych liczb, śmiertelność wśród nieleczonych była 12 razy większa. Szczepionka okazała wpływ nie tylko na odsetek śmiertelności, lecz także na osłabienie nasilenia choroby.

Przekonywające są również wyniki innych autorów, z których kilka przytoczymy:

Moritz (49 przyp. z klin. uniwersyteckiej w Budapeszcie) podaje przy stosowaniu szczepionki niemieckiej I. G. 16 proc. wyleczeń, 62 proc. polepszeń, w 22 proc. — brak wyniku. Dawki wynosiły 4—8 miliardów każdorazowo.

Rehmanna (56 przyp., z tego 32 niemowląt do roku) podaje bardzo pomyślne wyniki lecznicze przy stosowaniu tej samej szczepionki w ilości do 6 miliardów na dawkę. Badanie krwi w przypadkach, leczonych szczepionką, wykazywało neutrochłonną leukocytozę zamiast typowej dla

*) Drobnoustrój krztuśca został wykryty przez Bordet i Gengou w r. 1906.

krztuśca limfocytozy. Bayer natomiast (43 przyp. z kliniki Czernego) przeważnie nie stwierdzał zmian w obrazie krwi pod wpływem szczepionki. Autor ten, stosując tę samą szczepionkę I. G. oraz „Tuscosan forte“ miał 22 wyniki dodatnie, przypisuje je jednak działaniu sugestji. We Francji Oustric miał 70 proc. wyników dodatnich, stosując szczepionkę trochę słabszą (1750 milionów w cm. sz.) a w Holandji Enklaar podaje 96 proc. wyników dodatnich (100 przypadków).

W Anglii Appel i Bloom opisują dużą epidemję krztuśca, w której otrzymali doskonałe wyniki lecznicze, stosując szczepionkę mieszaną, zawierającą obok prątką Bordet-Gengou inne drobnoustroje.

Dawko wanie: W leczeniu, tak samo, jak i w zapobieganiu krztuśca stosowane są obecnie wyłącznie szczepionki stężone. Dawniejsze szczepionki, zawierające mniej niż miliard drobnoustrojów w cm. sz., ustąpiły miejsca zawiesinom, zawierającym po kilka miliardów w cm. Szczepionka niemiecka I. G. zawiera 4, 6 i 8 miliardów w 3-ch ampulkach. Szczepionka włoska instytutu seroterapeutycznego w Medjolanie — 1 do 6 miliardów, szczepionka Fiano — 12 miliardów w cm. sz., szczepionka duńska Madsena — 10 miliardów, nowa szczepionka angielska firmy Park-Davis — 2 do 16 miliardów (dawna zawierała tylko 1 miliard) i t. d.

Państw. Zakł. Higieny w Warszawie, którego dawna szczepionka krztuścowa była zbyt słaba, gdyż zawierała tylko 200 milionów do 2-ch miliardów w cm. sz., wytwarza obecnie szczepionkę stężoną zawierającą w cm. sz. 2 miljardy i 10 miliardów drobnoustrojów.

Więszą ilość tej szczepionki otrzymałam w marcu b. r. do wypróbowania dzięki uprzejmości Dr. J. Celarka, dyrektora działu surowic i szczepionek P. Z. H.

Brak epidemji krztuśca w Łodzi w ostatnim półroczu nie pozwolił mi na stosowanie tej szczepionki na większą skalę, została jednakże wypróbowana w sporadycznych przypadkach krztuśca zarówno przezemnie, jak i przez innych lekarzy łódzkich, którym za udzielenie mi przebiegu choroby i leczenia w tem miejscu serdecznie dziękuję.

Nowa szczepionka PZH była dotychczas stosowana u 43*) dzieci w wieku od 5 tygodni do 11 lat, w jednym z tych przypadków stosowano ją w celu zapobiegawczym (z wynikiem pomyślnym), w pozostałych — leczniczo, przeważnie w początkach okresu napadowego.

Wyniki, otrzymane przez nas uwidacznia poniższe zestawienie:

Okres choroby	2-gi tydz.	3-ci tydz.	4-ty tydz.	5-ty tydz.	6-ty tydz.
Liczba przyp.	26	10	2	3	1
Wyników dodatn.	21	9	2	3	1
Brak wyniku	5	1	—	—	—

Ogółem 36 dodatnich wyników leczniczych i 1 dodatni—zapobiegawczo, czyli 86% wyników pomyślnych.

*) Przypadków, leczonych szczep. P. Z. H. było więcej, lecz uwzględnione zostały tylko spostrzeżenia dokładne, o wyniku pewnym.

Jako dodatni wynik uważaliśmy wyraźne zmniejszenie się liczby i nasilenia poszczególnych napadów i w związku z tem następującą poprawę stanu ogólnego, jak np. w poniższych przypadkach:

1) Dz. B. J. 1 rok, 2-gi tydz. chor., w ostatnich dniach powyżej 20 napadów dziennie:

Data:	25.9	26	27	28	29	30	1/10	2
Liczba napadów:	26	11	15	13	7	7	5	4

Leczenie ↓ ½ miljarða 800 tys. milj. 1 miljarða

Po drugiej dawce szczepionki nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego.

2) Chł. K. J., 5 tygodni, 2-gi tydzień choroby. Ciężkie napady, nasilające się z każdym dniem.

Data:	16.5	17	18	19	20
Liczba napadów:	15	13	8	3	2

Leczenie ↓ pół miljarða 1 miljarða

3) Dziewcz. K. T., 11 mies. 3-ci tydzień chor. Bardzo ciężkie napady (18 do 20 na dobę), nasilające się z każdym dniem i powikłane drgawkami.

Data:	13.5	14	15	16	17	18
Liczba napadów:	12	12	10	7	6	3

Leczenie ↓ pół miljarða 1 miljarða

Po 2-ch dawkach szczepionki rodzice uważali dziecko za wyleczone, wobec czego iniekcji więcej nie stosowano.

W późniejszych przypadkach stosowaliśmy większe dawki szczepionki, mianowicie od 1 do 5 miliardów jednorazowo, jak to widzimy w następujących spostrzeżeniach:

4) Chł. M. J. 3 lata, 2-gi tydzień choroby. Ciężkie ataki w okresie nasilenia się (liczby napadów nie notowano).

	Leczenie	Wynik
1-a dawka	— 2 miljardy	bez zmiany
2-ga „	po 3-ch dniach 3 miljardy	napady silniejsze
3-a „	po 4-ch dniach 5 miliardów	znaczna poprawa
4-a „	„ „ „ 5 „	dziecko prawie zdrowe (pojedyncze słabe napady kaszlu).

5) Chł. W. E. 4 l., 2-gi tydz. chor. Napady nasilające się.

1-a dawka	— 1 miliard	— bez zmiany
2-ga „	po 3-ch dniach 2 miljardy	— poprawa
3-a „	po 3-ch dniach 4 „	— wyleczenie.

Spostrzegane w pierwszym przypadku początkowe pogorszenie pod wpływem szczepionki zanotowano jeszcze w 2-ch innych przypadkach (w jednym z nich stosowano mniejsze ilości drobnoustrojów). W niektórych przypadkach zauważono przejściowe nasilenie się napadów kaszlu w dniu iniekcji.

Oprócz wzmagania się kaszlu reakcja po szczepionce wyrażała się: 1) w postaci podniesienia ciepłoty i 2) miejscowych nacieków.

Podniesienie ciepłoty zanotowano w 13 przypadkach, mianowicie: w 2-ch poniżej 38°
w 7 — 38 — 38,5°
w 4 — 39° i powyżej

Temperatura nie była zależna ani od dawki, ani od wieku dziecka. Spostrzegaliśmy w jed-

nym przypadku podniesienie ciepłoty do 39° po 1 miliardzie drobnoustrojów, następne zaś wstrzyknięcie dawki znacznie większej, wynoszącej 3 miliardy, nie wywołało zupełnie reakcji. Dowodzi to, iż podniesienie się ciepłoty po szczepionce niezawsze jest przeciwwskazaniem do powiększenia następnej dawki.

Podług Stettnera nasilenie reakcji gorączkowej jest tem większe, im dłużej trwa koklusz. Zależności tej w naszych przypadkach nie stwierdzaliśmy: dzieci, które gorączkowały po szczepionce najwyżej (39° i więcej), znajdowały się w pierwszych 2-ach tygodniach choroby.

Odczyn miejscowy spostrzegano w naszym materiale tylko 4 razy w postaci zaczerwienienia i bolesnego obrzęku w miejscu wstrzyknięcia szczepionki. Dla uniknięcia tych odczynów stosujemy obecnie szczepionkę domięśniowo.

W żadnym przypadku odczyny ogólne, wzgl. miejscowe nie były tak silne, aby mogły być przeciwwskazaniem do dalszego stosowania szczepionki. Szczególnie u niemowląt odczyny były naogół bardzo łagodne. Nasze najmłodsze — 5 tygodniowe niemowlę miało najwyższą temperaturę 38 st., a 14-tygodniowe wogóle nie gorączkowało. Z 4-ga dzieci, które miały odczyn gorączkowy do 39 st. i powyżej, 1 było w wieku 11 miesięcy, a 3-ie — powyżej roku.

W piśmiennictwie znajdujemy również spostrzeżenia, świadczące o tem, iż niemowlęta znoszą dobrze wysokie dawki szczepionki krztuścowej: Ihm (z kliniki uniwersyteckiej w Halle) stosował szczepionkę I. G. od 2 — 8 miliardów, przeważnie u młodych niemowląt i stwierdził, że znosiły one bardzo dobrze wysokie stężenia tej szczepionki. Moritz (klinika w Budapeszcie), Schmitz i Rietschel podkreślają również tolerancję niemowląt wobec wysokich dawek szczepionki, naskutek czego dawki, stosowane w wieku niemowlęcym, muszą być tak samo wysokie, jak i dla późniejszego wieku (2 do 8 miliardów). Tylko Wildtgrube (z zakładu Langsteina) spostrzegau dwojga niemowląt po wysokich dawkach zapalenie płuc i przypuszcza, że duże dawki skoncentrowanej szczepionki są dla niemowląt nieobojętne.

Na podstawie zarówno danych z piśmiennictwa, jak i własnych spostrzeżeń uważam, iż leczenie swoiste krztuśca za pomocą szczepionki daje w dużym odsetku przypadków dobre wyniki. W naszym materiale odsetek wyników dodatnich (86%) byłby może jeszcze wyższy, gdyby nasze początkowe dawkowanie nie było zbyt ostrożne (poniżej miliarda). W przypadkach późniejszych stosowano dawki, wynoszące odrazu więcej niż miliard, wobec czego uważam, iż pierwsza ampulka szczepionki P. Z. H. powinna zawierać nie 2 miliardy w cm. sz., lecz 3, wzgl. 4 miliardy.

Leczenie szczepionką należy rozpoczynać możliwie jaknajwcześniej: w okresie nieżytowym lub początkach okresu napadowego, niema jednak przeciwwskazań do próbowania jej i w okresie późniejszym, jakkolwiek wynik leczniczy w tym okresie jest już mniej pewny.

Wiek dziecka, jak już wyżej widzieliśmy, nie

jest przeciwwskazaniem do leczenia szczepionką; przeciwnie, wobec tego, iż u niemowląt krztusiec przebiega bardzo ciężko, przedewszystkiem niemowlęta nadają się do tego leczenia. Pomyślne wyniki działania szczepionki w wieku niemowlęcym obalają przypuszczenie Bayera (z kliniki Czernego), iż leczenie szczepionkami polega na sugestji.

Co do stosowania — obok szczepionki — innych środków leczniczych, jest to sprawa bez szczególnego znaczenia. W naszym materiale poza szczepionką przeważnie nic nie stosowano; w niektórych przypadkach dawano, przejściowo, środki narkotyczne (brom i luminal).

PISMIENICTWO.

- 1) Appel i Bloom, Arch. of Ped. T. 39 — 1922.
- 2) Bagiński, S. Polska Gaz. Lek. 1926.
- 3) Bayer, W. Med. Kl. 1931.
- 4) Bendix, B. Ther. d. Gegenw. T. 71 — 1930.
- 5) Bernuth, F. Münch. med. Woch. T. 76 (1929) str. 97.
- 6) Brouwer-Frommann H. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 19.
- 7) Enklaar, W. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 19.
- 8) Erfurth, W. Med. Welt T. 5 (1931).
- 9) Frenklowa, H. Krztusiec — polskie monogr. klin. 1930.
- 10) Gierthmühlen, Münch. med. Woch. 1931.
- 11) Hoffmann, W. Monatschr. Kinderh. T. 43 — (1929).
- 12) Hueneken, podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 21 (1928).
- 13) Ihm, L. Münch. med. Woch. T. 78 (1931) str. 1631.
- 14) Kaupé, W. Mediz. Klin. 1930.
- 15) Kofoed, S. E. Podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 16) Kooi, tamże.
- 17) Kramsztyk, S. i Pietkiewicz, L. Now. Lek. 1930.
- 18) Krijger, podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 19) Kristensen, M. i Larsen, S. A. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 20) Krumwiede C. i Mishulow, L. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 13.
- 21) Kyriassides, K. N. Deutsche med. Woch. 1929.
- 22) Lade, O. Münch. med. Woch. 1931 T. 78.
- 23) Leitner, Ph. Jahrb. Kinderh. T. 129 (1930) str. 343.
- 24) Lully, podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 25) Madsen, T. Deutsche med. Woch. 1929.
- 26) Meyer, Kristensen i Sorensen, Acta paediatr. 1924.
- 27) Mishulow, J. A. M. A. T. 89 (1927) str. 1283.
- 28) Moritz, D. v. Fortschr. d. Ther. T. 7 (1931) str. 568.
- 29) Oustric, E. Thèse de Paris.
- 30) Pretet, H. Progrès méd. 1931 — I.
- 31) Ranft, Monatschr. Kinderh. T. 51 (1931) str. 128.
- 32) Rehmann, A. Klin. Woch. T. 10 (1931) str. 1358.
- 33) Resnik, R. E. podł. ref. w Monatschr. Kinderh. T. 46 (1930).
- 34) Rietschel, H. Kinderärztl. Praxis T. 1 (1930).
- 35) Russell, E. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 36) Sauer, L. W. i Hambrecht, L. J. A. M. A. T. 91 (1928).
- 37) Schmitz, E. J. Deutsche med. Woch. T. 57 (1931) str. 1784.
- 38) Semikoz, F. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 24 (1930).
- 39) Slatogorow, Tetz i Gilmon. Vrač. Gaz. 1928, 40.
- 40) Stettner, E. Deutsche med. Woch. 1931.
- 41) Stimson, M. J. A. M. A. T. 97 (1931) str. 925.
- 42) Vehtman, podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 43) Velasco, B. i Villaron, N. M. podł. ref. w Zentr. f. Kinderh. T. 19.
- 44) Velde, L. H. podł. ref. w Zentralbl. f. Kinderh. T. 20.
- 45) Weichsel, Monatsschr. Kinderh. T. 51 (1931) str. 129.
- 46) Wildtgrube, F. Kinderärztl. Praxis T. 2 (1931).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Patogeneza obrzęków w świetle nowych poglądów.

Podał

Jakób PENSON.

(Dokończenie — patrz Nr. 4).

R ó w n o w a g a l i p o i d o w a .

Stopień wodochłonności koloidów zależy też od t. zw. współczynnika lipocyticznego t. j. od stosunku cholesteryna. kw. tłuszczowe.

Fragmety tkanek, zanurzone do płynów o różnym współczynnikiem lipocyticznym ulegały wyraźnemu obrzękowi w płynach o wyższym wskaźniku (Mey er, Schaeffer).

W przebiegu chorób nerkowych z obrzękami stwierdzano zawsze pewien nieznaczny wzrost wspomnianego współczynnika (Achar d, Ribot, Lelanc).

Najgłębszemu zaburzeniu ulega równowaga lipidowa w przebiegu nerczycy lipidowej; występują tu znaczne zmiany w równowadze tłuszczów i lipidów; ilość cholesterynu ulega wybitnemu wzrostowi, surowica krwi często przybiera wygląd mleczny (Gorecki nazywa ją zmleczoną). Trudno jest ostatecznie określić, jak wielką rolę w przebiegu nerczycy lipidowej odgrywa zaburzenie równowagi lipidów, gdyż zmiany podobne obserwuje się w innych schorzeniach nerkowych, którym nie towarzyszą obrzęki.

R ó w n o w a g a k w a s o w o - z a s a d o w a .

Loeb pierwszy stwierdził, że mięśnie, zanurzone w roztworach kwaśnych, ulegają obrzękowi. Podobne doświadczenia na większą skalę przeprowadził Fischer i wygłosił teorię, że obrzęki zależą jedynie od równowagi kwasów i zasad. Fischer zaobserwował, że włóknik, żelatyna, mięśnie żaby ulegają obrzękowi w roztworach kwasów lub zasad, i że obrzęk dochodzi do *maximum* przy pewnym stężeniu roztworu; sądził, że płyn obrzękowy pierw zbiera się w komórkach, potem przechodzi do przestrzeni międzykomórkowych.

Teoria ta, poparta doświadczeniami, wydawała się bardzo ponętna, lecz późniejsze badania, wykonane przez różnych autorów, uczyniły poglądom Fischer a szereg zarzutów.

Okazało się, że badając obrzękły mięsień żaby pod mikroskopem, stale stwierdzano gromadzenie się płynu w przestrzeniach międzykomórkowych, a nie w komórkach mięśniowych (Labbé, Violle). Drugi poważny zarzut, przemawiający przeciwko teorii Fischer a, polegał na stwierdzeniu, że stężenie kwaśnych i alkalicznych roztworów doświadczalnych, które powodowały obrzęki tkanek, było znacznie wyższe od stężeń jonowych, stwierdzanych u człowieka nawet w warunkach największych obrzęków; należy więc z doświadczeń Fischer a ostrożnie wyciągać wnioski, gdyż koncentracja jonów H⁺, jaka istnieje może w ustroju w warunkach patologicznych, nie wywołuje

jeszcze obrzęku w doświadczeniu „*in vitro*”. (Henderson, Palmer, Newburgh).

Wobec tego jednak, że w przebiegu szeregu obrzęków obserwuje się przesunięcie koncentracji jonów wodorowych, należy przyjąć, że moment równowagi kwasowo-zasadowej bierze pewien udział w patogenezie obrzęków. Być może, że w niektórych obrzękach czynnik ten odgrywa ważniejszą rolę; wiadomo np., że chorzy z ciężką cukrzycą, połączoną z zakwaszeniem ustroju, wykazują gotowość obrzękową, i że podanie sody prowadzi w tych wypadkach do obrzęku. Blum sądzi, że obrzęk zjawia się w chwili, gdy wprowadzona do ustroju soda przesuwa nagle reakcję z kwaśnej na zasadową.

C z y n n i k k r ą z e n i a .

Zdawałoby się, że najprostsza jest patogeneza obrzęków powstałych z powodu przeszkód w krążeniu żylnym, np. w przebiegu wad serca w okresie niewyrównania, przy podwiązaniu kończyn i t. p.; ciśnienie w naczyń włosowatych wzrasta, powodując jedynie dzięki czynnikowi mechanicznemu przesączenie osocza przez ścianki rozszerzonych naczyń. Jednak i w tych wypadkach wchodzi w grę szereg dodatkowych czynników. Pod wpływem zastój żylny gromadzi się we krwi obwodowej nadmiar CO₂ i innych kwasów organicznych, powodując obniżenie pH. Podwiązanie dużej żyły u psa nie wywołuje obrzęku, dopiero po jednoczesnym podwiązaniu nerwu towarzyszącego żyły powstaje wyraźny obrzęk (Lover, Ranvier). Dokładne badania doświadczalnych obrzęków zastoinowych na zwierzętach wykazały, że prócz ciśnienia hydrostatycznego w grę wchodzi zawartość białek surowicy i co za tem idzie, wielkość ciśn. kol. osm. (Krogh). Wreszcie obrzęki, powstałe naskutek zaburzeń w krążeniu (np. w wadach serca), wykazują zależność od diety solnej, co również przemawia za udziałem innych momentów, prócz czysto mechanicznych.

R ó w n o w a g a u k ł a d u n e r w o w e g o .

Przyczyną obrzęków mogą być schorzenia układu nerwowego centralnego i obwodowego; ważną rolę w tych przypadkach odgrywa układ naczynio - ruchowy, przemawiają za tem wyniki szeregu obserwacji i doświadczeń.

Podwiązanie żyły ucha u królika po uprzednim przecięciu szyjnego nerwu współczulnego prowadzi do obrzęku, podczas, gdy samo podwiązanie żyły obrzęku nie powoduje (Roger, Josue); obrzęki kończyn giną w ciągu paru godzin po sympatektomji okołotętnicznej (Leriche); niewątpliwie na tle zaburzeń naczynio-ruchowych powstają obrzęki w przebiegu pokrzywek oraz choroby Quincke go.

Obrzęki występują pozatem w przebiegu szeregu chorób nerwowych, jak zapalenie nerwów, porażenie połowicze, zapalenie rdzenia, jamistość rdzenia, rany i urazy nerwów obwodowych. Wymienić również należy, że obrzęki o etiologii znanej, np. w przebiegu chorób serca lub nerek, występują najwcześniej i najwyraźniej

w kończynach porażonych (H e i n t z, L o e p e r, P. M a r i e).

Udział układu naczynio - ruchowego w powstawaniu obrzęków tłumaczy się zaburzeniami krążenia wewnątrz naczyniowego na skutek bodźców patologicznych; naczynia włosowate ulegają wielokrotnym nadmiernym skurczom i rozkurczom, co powoduje wzmożoną przepuszczalność śródbłonek.

R o l a w ą t r o b y.

Wątrobie oddawna przypisywano udział w powstawaniu obrzęków, głównie jeśli chodzi o obrzęki narządów, położonych w jamie brzusznej. Różni klinicyści spostrzegli jednak, że u chorych na wątrobę poza płynem w jamie brzusznej stwierdza się obrzęki kończyn i narządów, nie połączonych z systemem żyły wrotnej (M a c S w i n n e y, G i o v a n n i, głównie H a n o t).

Badania ostatnich lat sprowadzają rolę wątroby w powstawaniu obrzęków do zaburzeń przemiany białek surowicy, spowodowanych niewydolnością tego narządu. F i l i Ń s k i stwierdził w przypadkach schorzeń wątroby odsetkowe zwiększenie zawartości globulin w surowicy. S o c h a Ń s k i uważa, że wątroba jest regulatorem koloidów i utrzymuje na stałym poziomie stosunek albuminy we krwi.

Większą pracę poświęcił temu zagadnieniu W a l l i c h. Znalazł on w przebiegu chorób wątroby, połączonych z obrzękami, następujące zmiany we krwi: zmniejszenie ogólnej ilości białek, odwrócenie stosunku albuminy globuliny, wzmoczenie ilości globulin. W a l l i c h uważa, że hipalbuminemia jest jednym z objawów niewydolności wątroby, która utraciła zdolność resyntezy seroalbumin z kwasów aminowych, dowożonych przez układ żyły wrotnej.

Hipoteza ta nie wystarcza dla wytłumaczenia powstawania obrzęków w przebiegu chorób wątroby. Nasuwa się analogia do nerczycy lipidowej, gdzie występują identyczne przesunięcia w białkach krwi; w przebiegu nerczycy lipidowej zmian tych nie uznaje się jednak jako jedyny moment odpowiedzialny za obrzęki; wreszcie w pewnych stanach patologicznych spotykamy ten sam zespół hipalbuminemi z przewagą globulin, ze spadkiem ciśn. kol. osm.; stanom tym jednak nie towarzyszą obrzęki.

R ó w n o w a g a u k ł a d u g r u c z o ł ó w d o k r e w n y c h.

Wielu autorów tłumaczy powstawanie obrzęków w niektórych przypadkach zaburzeniem równowagi układu gruczołów dokrewnych.

E p p i n g e r pierwszy łączył czynność tarczycy z gospodarką wodną ustroju; opierał się głównie na spostrzeżeniu, że niekiedy obrzęki, odporne na wszelkie środki, znikają przy stosowaniu preparatów tarczycy.

Przypadki obrzęków w przebiegu typowej choroby B a s e d o w a lub innych nadczynności tarczycy podają P a i g n e z, R o u q u e s, V a u c h e r, A p e r t, L e r e b o u l l e t; zwracają oni uwagę na tarwość tych obrzęków, lokalizację głównie na kończynach ze skłonnością do przebiegu chronicznego o cechach, zbliżonych do t. zw. „trophoedèmes”.

W przebiegu choroby B a s e d o w a z obrzękami stwierdzono (K y l i n, M a l k i n, C z e b o k s a r o w) spadek ciśn. kol. osm.; w czasie leczenia

promieniami R o e n t g e n a wraz z ogólną poprawą znikają obrzęki, ciśn. kol. osm. wzrastało. Nadczynność gruczołu tarczowego wpływać ma na ciśn. kol. osm. białek, prowadząc w ten sposób pośrednio do powstawania obrzęków.

E p s t e i n, opierając się na tem, że jedynie podawaniem tarczycy osiągał zanik obrzęków w przebiegu nerczycy lipidowej, sądzi, że schorzenie to zależy w pierwszym rzędzie od dysfunkcji tarczycy. Badania jednak różnych autorów nie potwierdziły poglądu E p s t e i n a o działaniu wyborczym preparatów tarczycy na obrzęki w przebiegu nerczycy lipidowej (L a b b é, M a r a ñ o n i i n n i).

Pewną rolę w gospodarce wodnej odgrywa również przysadka mózgowa. Zdaniem wielu klinicystów tylny płat przysadki wraz z przyległymi ośrodkami mózgowymi posiada zdolność regulowania wody w tkankach. Upośledzenie czynności tych ośrodków ma powodować utratę zdolności zatrzymywania płynów, niepożądaną diurezę, prowadząc do moczówki prostej (*diabetes insipidus*). Teoretycznie rozumując, nadczynność przysadki powinna powodować obrzęki; jedyny przypadek ciężkich obrzęków, spowodowanych guzem przysadki opisuje J u n g m a n n.

Pewien nieznaczny wpływ na metabolizm wodny wywierają jajniki. Stwierdzono, że w okresie perjodu u kobiet występuje przyrost wagi ciała i rozwodnienie krwi.

Wreszcie do gruczołów dokrewnych wpływających na gospodarkę wodną zaliczyć należy trzustkę. Przemawia za tem fakt, że djabetycy wykazują skłonność do znacznych wahań wagi ciała; leczenie cukrzycy insuliną zawsze daje szybki przyrost wagi z rozwodnieniem krwi czyli z zatrzymaniem wody w ustroju, co niekiedy prowadzi nawet do znacznych obrzęków. Zjawisko to usiłowano wytłumaczyć spadkiem ciśn. kol. osm. białek pod wpływem insuliny. Badania K y l i n a wykazały, że w czasie leczenia insuliną ciśn. kol. osm. wprawdzie obniża się, lecz w bardzo nieznacznym stopniu; K y l i n skłania się raczej do poglądu, że insulina jako hormon działa wodochłonna na tkanki.

—o—

Niezależnie od mechanizmu powstawania obrzęków, w ustroju zachodzą pewne zmiany, dające się wykryć przy pomocy odpowiednich prób. Próby te pozwalają ujawnić również t. zw. gotowość obrzękową w przypadkach zupełnego braku obrzęków zewnętrznych.

1) Próba A l d r i c h a i M c. C l u r e a polega na szybkim wsysaniu się wygórowania, utworzonego przez doskórne wstrzyknięcie roztworu soli fizjologicznej; im większe obrzęki lub gotowość obrzękowa, tem szybciej znika wygórowanie. Próba ta została sprawdzona i potwierdzona przez wielu autorów (H a r r i s o n, L a n d s b e r g, F l i e d e r b a u m, W ą s o w i c z, G u g g e n h e i m e r, H i r s c h). Szybkie wsysanie się soli fizjologicznej tłumaczy niektórzy przyspieszoną dyfuzją wstrzykniętego roztworu do luźnych przestworów międzytkankowych, wypełnionych płynem obrzękowym.

2) „Test d'imbibition“ L a b b é—V i o l l e a— polega na zmianie wagi mięśnia żaby, zanurzonego do surowicy chorego; w surowicy normalnej ulega niewielkiemu odwodnieniu (dehydratacji), podczas gdy w surowicy chorych z jawnymi lub utajonymi obrzękami wykazuje znaczny przyrost wagi.

—o—

W zakończeniu należy podkreślić, że jakkolwiek w poszczególnych przypadkach w powstawaniu obrzęku odgrywa główną rolę jeden z wyżej omówionych mechanizmów (np. zaburzenie równowagi osmotycznej w przebiegu obrzęków, towarzyszących chorobom nerkowym, zaburzenie równowagi koloidów białkowych i lipidów w nerczycy lipidowej i t. d.), to jednak w sprawę wciągnięty również zostaje szereg innych czynników, regulujących gospodarkę wodną ustroju; wadliwa czynność jednego mechanizmu wytrąca ze stanu równowagi inne, ściśle z nim zespolone.

PIŚMIENICTWO.

1) A c h a r d, L o e p e r. Bull. mém. de la Soc. Med. de Hôp. Paris, 1902, str. 429. 2) A p e r t. Bull. mém. de la Soc. Med. de Hôp. Paris, 1928. 3) A l d r i c h, C l u r e. Amer. Journ. of the Med. Assoc. 1923, T. 81, str. 293. 4) B l u m. La Pr. Méd. 1920. 5) B e r n a r d, B i a n c a n i. La Pr. Méd. 1924, str. 498. 6) E p s t e i n. Am. Journ. of the Med. Assoc. 1922, T. 163, str. 167. 7) F i l i n-

s k i. Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 7. 8) F r a n k e. Pol. Arch. Med. Wewn. 1924, T. 2. 9) F l i e d e r b a u m. Kwart. Klin. szpit. na Czystem, 1930, Nr. 3. 10) G o v a e r t s. La Pr. Méd. 1924, str. 950. 11) G u g g e n h e i m e r, H i r s c h. Klin. Woch., 1926 str. 704. 12) K y l i n. Klin. Woch. 1931, Nr. 23. 13) L a b b é, V i o l l e. Le métabolisme de l'eau, 1927. 14) L a b b é, V i o l l e. La Pr. Méd. 1926, Nr. 41. 15) L e w y. D. med. Woch. 1920. 16) M a l k i e w i c z. Pol. Arch. Med. Wewn. 1929, T. 7. 17) M a l k i n. Klin. Woch. 1931, Nr. 39. 18) M u t t e r m i l c h, H e r c e n b e r g o w a, K u l e s z y n a. Medycyna 1931, Nr. 24. 19) P a i g n e z. Soc. Med. de Hôp. de Paris, 1928. 20) S c h a d e. Zeitschr. für exper. Patholog. u. Therapie, 1913, T. 14. 21) S c h a d e, K l a u s e n. Zeitschr. für Klin. Med. 1924, T. 100. 2) S o c h a n s k i. Pol. Gaz. Lek. 1927, N. 21. 23) V i o l l e, D u f o u r t. La Pr. Méd. 1928, Nr. 64. 24) W i d a l, L e m i e r r e. Bull. Soc. med. de Hôp. de Paris, 1903, str. 678. 25) W i d a l, L e m i e r r e. Bull. Soc. med. de Hôp. de Paris, 1912, str. 641. 26) W o w s i, B a g o n. Terap. Archiw. 1931, T. 9.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

F. HILLER i A. TANNENBAUM. Czy istnieje w opuszcze ośrodek cukrowy (Zuckerzentrum)? (Zeitschrift für d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Tom. 132. Zeszyt I. str. 95 — 145, 1931).

Nader solidna praca doświadczalna, korzystająca z bardziej subtelnej metodyki laboratoryjnej i precyzyjnych badań histologicznych, usiłuje dowieść, że wnioski głośniejszej pracy B r u g s c h — D r e s e l — L e w y e g o (1920 — 1922) nad opuszkowym ośrodkiem cukroregulującym i stosunkiem jego do t. zw. klasycznej piqûre C l a u d e - B e r n a r d a nie są należycie uzasadnione i niesłusznie, w każdym razie przedwcześnie, się przedostały do licznych podręczników jako fakt dokonany. Według H i l l e r a i T a n n e n b a u m a tory, drażnione przez słynne nakłucie opuszki, są to raczej dośrodkowe somatyczne, nie zaś ośrodkowe sympatyczne. Ani dawne uszkodzenie opuszki (*oblongata*), ani nowsze przekłucie guzka szarego (*tuber cinereum*) nie dają stałego cukromoczu, wyjątkowo zaś sprowadzają wielomocz przemijający. Czynność cukrotwórcza jest reprezentowana przez ośrodkową substancję szarą (zentrales Höhlengrau) zwłaszcza 3-ej komory, ów regulator funkcji wegetatywnych wogóle. Opuszka bynajmniej nie posiada ośrodka, regulującego przemianę materji cukru, wody, białka i soli. Należy sobie uprzytomnić, że doświadczalne wpływanie na przemianę materji z obwodu odbywa się w ten sposób, że bodźce te, z peryferji dopływające, torami dośrodkowymi — głównie bólowymi i błędnikowymi — dostają się do szarej substancji komorowej, gdzie wywołują zaburzenia cukrotwórcze. U człowieka istnieje zapewne obok tego, podkorowo umiejscowionego, somatyczno-vegetatywnego mechanizmu odruchowego jeszcze analogiczny mechanizm korowy, możliwie świadomy. „Peryferję” względem tych ośrodków metabolicznych 3-ej komory i szarej substancji wodociągu S y l w i u s z a w międzymózgowiu stanowią nie wyłącznie nerwy obwodowe, ale i opuszka oraz kora mózgowa. (Do analogicznych wniosków dochodzą ostatnio K r a u s e i P o p p e r w pracach swoich, ogłoszonych w r. 1930 w „Krankheitsforschung”. Referent).

H i g i e r.

K. STEJSKAL. O wchłanianiu środków pokarmowych przez skórę. (Wien. med. Woch. N. 46, 1931).

Z doświadczeń autora wynika, że skóra w normalnym

ustroju jest zdolna przy powolnym dowożeniu i nieznacznym stężeniu do zatrzymywania szeregu substancji (jod), do zmieniania ich (kwas salicylowy), względnie do rozkładania (cukier mleczny). Dla cukru mlecznego i wszystkich węglowodanów wynika to już z faktu wytwarzania aldehydu octowego w utrzymującej się przy życiu skórze, który stwierdził W o l g e m u t. Pominąć trzeba niesłuszne wnioski B a n k e g o, gdyż okazuje się dalej, że skóra posiada zupełnie dobre własności wchłaniania. Jeżeli uwzględnić dalej, że autor mógł wykazać, iż z maści błoniczej L o e w e n s t e i n a wchłaniają się toksyny błonicze, podobnie jak tuberkulina w niskich stężeniach z maści tuberkulinowej, że dalej z badań przemiany materji okazało się, iż azot białkowy ukazuje się w moczu, to wszystkie te doświadczenia przemawiają zdecydowanie za tem, iż skóra nadaje się do wchłaniania mieszaniny wszystkich składników odżywczych.

Henryk J. L a n d a u.

E. KARPEL. Suche zatrzymanie chlorków i djeta, bogata w azot. (Paris Méd. N. 44, 1931).

Autor przeprowadzał doświadczenia na psach z djeta, bogatą w azot. Psu o wadze 5 kg. podawano dziennie 150 gr. mleka skondensowanego do 1/4 swej objętości, a więc zawierającego 14 — 16% białka i 0,4% soli kuchennej. Począwszy od trzeciego dnia ilość azotu, wydalanego z moczem, wzrastała, podczas gdy ilość soli kuchennej, wydalanej z moczem, zmniejszała się, tak że w ciągu 10 dni nastąpiło zatrzymanie około 1 gr. chloru. Kiedy w jedenastym dniu do tej samej djety dodano 3 gr. soli zawartość azotu w moczu spadła, natomiast zawartość chloru podniosła się. Po 3 tygodniach odpoczynku dodano do tej samej djety 5 gr. mocznika; w ciągu 11 dni zwierzę straciło wskutek wzmoczonej diurezy 20% swej wagi, równowaga osmotyczna została zakłócona $\Delta = -0,66$, zawartość chlorków we krwi była zwiększona (420 mgr.‰), natomiast w moczu zawartość azotu dochodziła do najwyższych stężeń, chlorków zaś była niska, retencja chlorku wyniosła 1,4 gr. Doświadczenia te wykazują, że, jeśli się zmusza nerki do wydalania mocznika w jego najwyższym stężeniu, otrzymuje się dość znaczne zatrzymanie chlorków. 10-dniowy pies wydała przy tej samej djecie mocznik w o wiele niższym stężeniu, gdyż jego zdolność do najwyższego stężenia jest mniejsza, niż u dorosłego. Wskutek tego pod wpływem wzmoczonej diurezy zwierzę traci więcej wody. Chlorki są już obniżone w moczu przy stężeniu azotu, które u dorosłego psa

pozwalają jeszcze na osiągnięcie bardzo wysokich stężeń chlorków. W ciągu 7 — 10 dni zwierzęta tracą 20% swej wagi, zjawia się cukromocz, i zwierzęta umierają w śpiączce. U 10 dniowego zwierzęcia można naruszyć równowagę osmotyczną i wywołać katastrofalny spadek wagi za pomocą djety, która u dorosłego psa powoduje jedynie umiarkowane zatrzymanie chlorków. Wydalając azot z najwyższym wysiłkiem nerki zatrzymują chlor, skąd wynika hiperchloremia, która pozostaje suchą; zapomocą swego rodzaju przymusowej poliurji azot, nie mogą być stężonym, odbiera wodę tkankom dla swego wydalania.

Henryk J. L a n d a u.

P. WERNER, Jaki związek czasowy istnieje między miesiączkowaniem, jajczkowaniem i zapłodnieniem? (Wien. kl. Woch. Nr. 40, 1931).

Według K n a u s a pęknięcie pęcherzyków u kobiet z czterytygodniowym cyklem przypada na 12 — 14 dzień, licząc od pierwszego dnia miesiączki. Z tego wynika, że kobieta jest zdolna do zapłodnienia między 11 a 17 dniem z *optimum*, przypadającym na 12 — 14 dzień. Dla kobiet z trzytygodniowym cyklem stosunki te nie są jeszcze dostatecznie wyjaśnione. W każdym bądź razie i tutaj zapłodnienie musi następować najpóźniej 11 dni przed następną miesiączką.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby narządów trawienia.

A. LUGER. W sprawie rozpoznawania różniczkowego i symptomatologii raka kiszek grubych. (Wien. kl. Woch. Nr. 40, 1931).

Raki kiszek grubych pozostają niestety długi czas klinicznie w stanie utajonym, później zaś występują objawy, które skierowują uwagę na inne narządy, wskutek tego $\frac{1}{3}$ przypadków raka kiszek grubych pozostaje nierozpoznana. D i t n e r podkreśla występowanie bólów w nadbrzuszu, dalej wymiotów jako wczesnych objawów, nierzadko istnieje niedokwasność. Część przypadków przebiega pod obrazem hipochromicznej niedokrewności, inne każą wskutek dolegliwości podmiotowych myśleć o woreczkach żółciowym lub okolicy ileocekalnej, zwłaszcza, jeśli istnieje podkreślane przez N o t h n a g l a występowanie podniesień ciepłoty. Występowanie kolki wymaga odgraniczenia od kolki nerkowej (jednostronna bolesność jądra przy pociąganiu i ucisku, przeczulica zwłaszcza jednostronna skóry moszny i wewnętrznej powierzchni uda). Przeciwno opisanej przez D i t n e r a *dyspraxia intestinalis intermittens* przemawia charakterystyczne dla sprawy występowanie bólu o charakterze kolki po chodzeniu oraz bębniaca. Jeśli w raku przychodzi do objawów jelitowych, to noszą one zrazu często charakter czynnościowych, uwarunkowanych psychogennie zaburzeń. Dyspepsja, mianowicie dyspepsja ogólna, rzadziej dyspepsja fermentacyjna występują wcześniej, zaparcia wszelkiego rodzaju bez względu na postać stolca muszą być powodem do ogólnego badania. Utajone krwawienie jest, jak wiadomo, djagnostycznie ważne. W kale znajduje się przedewszystkiem gramododatnie odmiany, cytologicznie przeważają często elementy jednojądrzaste. Na uwzględnienie zasługuje badanie na serumalbuminę i albumozy. Raki jelit bywają często, w przeciwieństwie do innych guzów jamy brzusznej, bolesne na ucisk. Jeśli postawiono rozpoznanie guza jelit, różniczkowanie z innymi schorzeniami guzowatymi bywa trudne, np. z ograniczoną rozrostową gruźlicą; brak krwi w śluzowo-ropnym stolcu przemawia przeciw rakowi, pozatem rak bywa ostrzej odgraniczony. W różniczkowaniu z ograniczonymi procesami zapalnymi, jak np. przewlekły niezbyt esicy należy podkreślić, że ten ostatni powoduje obfite domieszki śluzu, ale nie sprowadza krwi, ani ropę.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

H. STEINDL. W sprawie symptomatologii i rozpoznawania różniczkowego raka kiszek grubych. (Wien. klin. Woch. Nr. 41, 1931).

Procentowe stosunki, jeśli chodzi o częstość umiejscowienia raka w kiszkiach grubych, są w obu użytych przez autora statystykach prawie jednakowe: w kiszce ślepej było 20—23%, w esicy 46—49% wszystkich raków kiszki grubych. W guzach esicy przychodzi stosunkowo wcześniej do objawów zwężenia jelit. Przytem dolegliwości mogą być umiejscawiane w okolicy kiszki ślepej. Guzy kątnicy powodują o wiele później zwężenie i są wcześniej ufiksowane w przeciwieństwie do guzów esicy. Wymacywać dają się guzy dopiero w daleko posuniętym okresie. Badanie rentgenowskie niewiele daje dla wczesnego rozpoznania, w wątpliwych przypadkach wskazana jest próba laparatomja. Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym, jeśli chodzi o kiszki ślepe, wchodzi w rachubę: guzowate twory jako pozostałość po zapaleniu wyrostka robaczkowego (wywiady!), gruźlica okolicy ileocekalnej (zmiennosc samopoczucia, czasowe podniesienia ciepłoty, ujawnienie innych ognisk gruźliczych), promienica (typowa twardość bezbolesnego nacieku, który szybko przechodzi na powłoki brzuszne i okolice pozatrzewnową). W guzach esicy wkraczają przy różniczkowaniu z zapaleniem tkanki okołoesiczej (*perisigmoiditis*) w swe prawa rektoromanoskopia i badanie rentgenowskie, ewentualnie próbna laparatomja. Skutkiem trudności rozpoznawczych jest fakt, że tylko połowa przypadków nadaje się do radykalnej operacji ze śmiertelnością, wynoszącą 31.7%. Radykalne operacje na kiszkiach grubych należy wykonywać jedynie w okresie wolnym od niedrożności; w niedrożności jelit nie wolno wykonywać żadnych obszernych, ani radykalnych operacji. W prawostronnem umiejscowieniu raka operację radykalną wykonywa się jednocześnie, w lewostronnem — dwucziasowo lub trójcziasowo.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

JAENISCH. W sprawie długotrwałych wyników leczniczych w cierpieniach grupy gastritis-ulcus po usunięciu przewlekłych ognisk infekcji z jamy ustnej. (D. m. Woch. Nr. 48, 1931).

P ä u s s l e r, a później i S i e v e r t, zwracali uwagę na fakt, że w uporczywych przypadkach cierpień żołądkowych, dla których nie znajdowano zewnątrzprzochodnej przyczyny, można otrzymać długotrwałe wyleczenie przez usunięcie przewlekłych ognisk zakażenia w jamie ustnej. Te spostrzeżenia, wskutek braku odpowiedniego wytlomaczenia i małej liczby przypadków, poszły w zapomnienie. Dopiero ostatnio, gdy lepiej umiemy rozpoznawać cierpienia jamy ustnej, sprawa ta wymaga ponownego rozpatrzenia, najlepiej w świetle statystyki. Autor spostrzegł 40 przypadków *hyperaciditas, gastritis chronica, ulcus duodeni et ventriculi*, gdzie dokonano gruntownego oczyszczenia jamy ustnej. W 31 przypadkach otrzymano długotrwałe ustąpienie dolegliwości, prawie wyleczenie tam, gdzie przy leczeniu poprzednio wszelkimi możliwymi djetami, osiągnięto jedynie przejściową poprawę. Doświadczenie nabyte wskazuje na konieczność rozpoczynania wszelkiej terapii od sprawdzenia źródeł infekcji w jamie ustnej, a choroba wrzodowa będzie mogła być usunięta. Przypadki odporne spotyka się tylko wtedy, o ile istnieją jakieś ku temu przyczyny. Związek, jaki zachodzi pomiędzy cierpieniem przewlekłym jamy ustnej a żołądkiem, nie zależy od wpływów bezpośrednich (*pyrophagia*) względnie od pośredniego powstawania spraw chorobowych w żołądku na drodze przerzutowej, lecz w grę wchodzi tutaj b. wiele zaszębionych o siebie przyczyn.

St. L u x e n b u r g.

MERKIN. Choroba Basedowa a cierpienia żółciowe. (Münch. med. Woch. Nr. 46, 1931).

Autor podkreśla szeregienie się hipertyreozji, szczególnie między kobietami. Również częstsze są t. zw. nerwice żołądka,

pod którymi kryją się cierpienia żółciowe. Dokładne badanie wykrywa zaburzenia w funkcji woreczka żółciowego, kamice, przeważnie zapalenie woreczka. Szczególnie skarżą się na te dolegliwości kobiety o wspomnianym na początku typie. W ciągu ostatnich 2 lat spostrzeżono wraz z nasilaniem się zaburzeń ze strony tarczycy częste występowanie cierpień woreczka żółciowego. Wobec tego, że zmiany w produkcji żółci mogą powstawać na tle bodźców psychicznych, nie dziw, że chorzy z hipertyreozą zapadają na zaburzenia żółciowe. Autor dostrzega równoległość między krzywą p. p., a przebiegiem cholelitypatji. Równoległe przebiegają poprawy i pogorszenia obu chorób, ich objawów podmiotowych i przedmiotowych. Dostrzega się skłonność dziedziczna i indywidualna do obu chorób. Różnicy między typem astenicznym i pyknicznym jednak niema, chyba że w ostatnim typie objawy ze strony woreczka żółciowego są wyraźniejsze. W ciężkim przebiegu B a s e d o w a zaburzenia w czynności woreczka żółciowego brakują rzadko.

F. T u r y n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

H. ASSMANN. Wątroba i śledziona w chorobie Basedowa. (Münch. med. Woch. 1931. Str. 221).

Autor, opierając się na własnym materiale i na danych, z piśmiennictwa zaczerpniętych, stwierdza tu i owdzie w chorobie B a s e d o w a obecność zachorzenia komórek wątroby na tle toksycznym w postaci stłuszczenia, zmian marskości i żółtaczki, niezawsze dających rokowanie fatalne. Towarzyszy tym zaburzeniom czasem znaczne powiększenie śledziony, jako objaw częściowy hiperplazji aparatu limfatycznego. Niezależnie od tyreotoksykozy, jako takiej, obrzmiewają nieraz wątroba i śledziona u basedowików wskutek osłabienia mięśnia sercowego i następczego zastój ogólny.

H i g i e r.

M. LOEPER, SOULIÉ i TONNET. Pochodzenie oksalemji. (Presse med. Nr. 53, 1931).

Dzięki badaniom L o e p e r a i innych stwierdzono niezbicie, iż hiperoksaemia, czyli nadmiar kw. szczawowego we krwi może być powodem wielu zaburzeń chorobowych, jak zmian w krążeniu, w układzie nerwowym, w przewodzie pokarmowym, bólów i stanów skurczowych oraz tworzenia się złożeń i kamieni nerkowych. Wspólną cechą tych wszystkich zmian są bóle i hipotensja. W powyższym artykule autorzy nie omawiają jednakże tych zmian, lecz poświęcony on jest przyczynom powstawania oksalemji. Najważniejszem źródłem oksalemji są przyjmowane pokarmy, które zawierają kwas bądź w stanie gotowym, bądź wytwarzają go, podlegając przemianom chemicznym w ustroju. Z pokarmów, zawierających względnie duże ilości kw. szczawowego, wyliczyć należy rabarbar, szczaw, kawę, herbatę i czekoladę. Sole sodowe i potasowe są łatwo wchłanialne, szczawian wapnia zaś, zawarty np. w czekoladzie, trudno się rozpuszcza i wchłania. Wchłanianie zależne jest zresztą od odczynu soków w przewodzie pokarmowym: w środowisku kwaśnym wchłania się łatwiej, w zasadomem gorzej. Białka, tłuszcze i węglowodany, wprowadzone do ustroju drogą pozajelitową, nie zwiększają u zdrowego oksalemji. Kw. szczawowy może jednakże powstać w przewodzie przy fermentacji, szczególnie z węglowodanów. Kw. szczawowy może mieć i pochodzenie endogenne, jako wyraz wadliwej przemiany materji. Odczyn soków ustrojowych ma wielkie znaczenie w niszczeniu kw. szczawowego — badania G o i f f o n a wykazały, że alkalozja sprzyja niszczeniu tego kwasu w wątrobie i w mięśniach. O ile w danym ustroju istnieją skłonności do stanów oksalemicznych, to najważniejszem źródłem oksalatów są węglowodany. Najwyższe liczby zawartości kw. szczawowego we krwi spotyka się u djabetyków. Wątroba odgrywa wielką rolę. Wraz ze spadkiem hiperglikemji po podaniu insuliny obniża się i poziom

kw. szczawowego we krwi. Ciekawe są spostrzeżenia autorów, dotyczące roli tasiemców w stanach oksalemicznych. Tasiemce posiadają dużo glikogenu (z którego łatwo powstaje kwas szczawowy) i kw. szczawowego. U jednego z chorych na kamice szczawianową stwierdzili obecność tasiemca; u innego znaczna oksalemja spadła po wypędzeniu tasiemca. Autorzy sądzą, że tasiemiec wytwarza rozpuszczalne sole kw. szczawowego (szczawian amonu prawdopodobnie). Leczenie oksalemji polegać winno na usunięciu pokarmów, zawierających szczawiany, ograniczeniu węglowodanów, poprawie stanu wątroby oraz na ewent. usunięciu pasorzytów. Najskuteczniejszym lekiem jest jednakże insulina, która szybko obniża poziom kw. szczawowego, nawet u ludzi, nie cierpiących na cukrzycę.

H. S z p i d b a u m.

V. HEINEMANN. Leczenie cukrzycy siarką. (Schweiz. med. Wchr. Nr. 21. 1931).

Badania doświadczalne na zwierzętach wykazały, że siarka obniża poziom cukru we krwi. Próby leczenia chorych na cukrzycę były dokonane w Schinznach; chorzy przyjmowali kąpiele siarkowe oraz pili wody, zawierające siarkę. Stwierdzono poprawę ogólną, spadek glikemji, poprawę tolerancji na węglowodany. Leczeniu poddawano chorych, którym uprzednio stosowana surowa djeta nie dawała poprawy. Mechanizm działania leczenia siarką jest nieznan; badania dowiodły, że w skład chemiczny insuliny wchodzi dość duża ilość siarki. Pozatem stwierdzono pod wpływem siarki magazynowanie glikogenu w wątrobie, co ma ważne znaczenie w przemianie węglowodanów, a więc i w cukrzycy.

Jakób P e n s o n.

Choroby kości i stawów.

A. PETROWICZ. Leczenie schorzeń stawowych rozczykami siarki. (Wien. kl. Woch. N. 41, 1931).

Autor używa rozczyku siarki w oliwie 1 : 1000 lub 5 : 1000, który otrzymuje się przez ogrzewanie odpowiedniej zawiesiny w oliwie przez 2 godziny do temperatury 150°C. Zaczyna się od 1 mgr. i zwiększa się zastrzykiwaną (podskórnie czy domięśniowo?) dawkę w odstępach 5—6 dniowych o 1 — 2 mgr., tak, że po 5 — 6 zastrzyknięciach dawka wynosi 7 — 8 mgr. Postępowanie to daje dobre wyniki w przewlekłych schorzeniach stawowych, przyczem unika się silnych odczynów.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

L. BÖHLER. Postępowanie następcze w złamaniach kości. (Wien. kl. Woch. N. 41, 1931).

Autor ustala następującą paradoksalnie brzmiącą zasadę dla następczego postępowania w złamaniach kości: jeśli złamany staw dokładnie się nastawia i nieprzerwanie aż do czasu zrośnięcia się utrzymuje się w dobrym ustawieniu, a przytem pozwala się używać złamanego członka ciała, otrzymuje się swobodnie ruchomy staw; jeśli natomiast od pierwszego dnia masuje się i wykonywa ruchy bierne, staw ulega zesztynieniu. Tak więc np. w złamaniu kości promieniowej pomimo ustawienia w spokoju stawów nadgarstkowych mogą wszystkie 27 mięśni dłoni pracować, dłoń może być dobrze używana, mięśnie wskutek tego nie zanikają; jeśli natomiast stawy nadgarstkowe nie są ustawione w spokoju, ruchy są bolesne, i dlatego pacjenci ich unikają. Grzbiet dłoni obrzmiewa, mięśnie i kości zanikają, odłamki złamane ulegają przesunięciu, występuje trwałe ograniczenie ruchomości w stawach nadgarstkowych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

C. ROEDERER. Zespół bolesny ze strony V kręgu lędźwiowego u młodych dziewcząt. (Paris Méd. N. 43/1931).

Autor zwraca uwagę na zespół bolesny, któremu nie

towarzyszy przykurcz, a który dotyka okolicę piątego kręgu lędźwiowego, występuje tylko u młodych dziewcząt w końcu okresu pokwitania (w wieku od 13 do 25 lat, u starszych tylko o wyglądzie młodzieńczym), i któremu nie odpowiadają żadne zmiany radiologiczne. Bóle odczuwane cechują się trwałością i stałym umiejscowieniem. Nie są one nigdy zbyt żywe, lecz denerwują wskutek swego stałego utrzymywania się. Bóle te są ściśle umiejscowione i nigdzie nie promieniują. Obmacywanie wykazuje punkt bolesny, bezwzględnie stały, odpowiadający wyrostkowi kolczastemu V kręgu lędźwiowego lub I kręgu krzyżowego. Opukiwanie nawet dość silne nie wywołuje bólów, porcjonalnie do siły uderzeń. Czasem stwierdza się strefę hiperestezji skórnej wielkości 5 — 6 cm.² Badanie czucia na kończynach dolnych nie wykrywa żadnych zmian, odruchy są normalne. Sprężystość kręgosłupa bywa zwykle absolutna; niemniej jednak nadmierne jego wyprostowanie wywołuje ból. Stan ogólny jest bardzo dobry. Rozwój sprawy jest kapryśny z okresowym zanikiem i powracaniem objawów. Naogół trwa ona 12 — 18 miesięcy, poczem objawy stopniowo ustępują i wyleczenie jest zupełne. Zespół przypomina bardzo blisko zespół *spinae bifidae occulta dolorosa* V kręgu lędźwiowego. Czasami łuki tylne V kręgu lędźwiowego lub kręgu krzyżowego tych młodych pacjentek wydają się mniej wyraźne, co mogłoby budzić podejrzenie niepełnego zrostu, przeważnie jednak w obrazie rentgenowskim niema żadnych zmian. Zespół ten może stać w związku z rozwojem cielesnym i rozciąganiem więzadeł wskutek nazbyt szybkiego rozrastania się miednicy u kobiet w okresie pokwitania.

Henryk J. L a n d a u

LEFFMANN. Zastosowanie świdrów Schanza i gwoździ kostnych. (Der Chirurg — zeszyt III r. 1931).

Najważniejsze znaczenie mają one po dokonanych osteotomjach przy nastawianiu odcinków. Najczęstsze błędy przy nastawianiu odłamków polegają na tem, 1) że po zamknięciu części miękkich zestawienie odcinków odbywa się na ślepo, tylko przy pomocy wycucia, 2) że zmęczenie trzymającego kończynę przy nakładaniu opatrunku gipsowego powoduje zmianę położenia nastawionych odcinków. Ujemną stroną opatrunków gipsowych jest też unieruchomienie sąsiednich stawów. Zastosowanie świdrów S c h a n z a daje pewność dobrego nastawienia i, co jest niemniej ważne, utrzymania przy nakładaniu opatrunku gipsowego. Ważne jest również szybkie uruchamia-

nie sąsiednich stawów, co chroni przed zrostami wewnątrzstawowymi i zanikiem mięśni. Świdry S c h a n z a mają także zastosowanie w zeszywnieniach i wycięciach stawów. Obawa przed zakażeniem, zdaniem autora, przy zastosowaniu świdrów S c h a n z a nie istnieje.

D. B u s s e l.

WINTERSTEIN. O zwężeniach torebek ścięgniastych. (Der Chirurg — zeszyt III, r. 1931).

Jednostka chorobowa, najczęściej źle rozpoznawana, jako zapalenie szpiku kostnego, względnie gruźlica odpowiedniej kości. Geneza bliżej niewyjaśniona. Najczęściej spotyka się jako następstwo nadwyrężenia pewnej części aparatu ruchowego u pracujących fizycznie. Najczęstsza lokalizacja sprawy chorobowej tuż nad wyrostkiem rylcowatym kości szprychowej. Objawy: subiektywnie — silny ból na ograniczonej przestrzeni powiększający się przy ruchach, ograniczenie ruchów, promieniowanie bólów, szczególna intensywność bólów w nocy; obiektywnie stwierdza się nieznaczne wygórowanie w miejscu bólu. Zwraca uwagę nieodpowiedni stosunek między danymi obiektywnymi i subiektywnymi. Leczenie konserwatywne (kąpiele, kompresy, unieruchomienie kończyny) — najczęściej bez skutku. Leczenie operacyjne, które można wykonać ambulatoryjnie, przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym (nowokaina — adrenalina). Cięcie skórne nad miejscem bólu długości 3—4 cm., przecięcie, względnie wycięcie zgrubiałej części torebki ścięgniastej: kilka szwów węzełkowych na skórę. Wyniki operacyjne zawsze dobre. Powrót do pracy po upływie dwóch tygodni.

D. B u s s e l.

A. SAXL. Wyrównawcze nieprawidłowe postawy tułowia. (Wien. kl. Woch. N. 40, 1931).

Pod wyrównawczymi nieprawidłowymi postawami tułowia rozumie się takie zmiany normalnej postawy tułowia, które zachodzą wskutek pewnych schorzeń górnej połowy ciała, miednicy i kończyn dolnych. Służą one do odciążenia schorzałego zakresu lub też powstają przy zastosowaniu ciężaru ciała do mechanicznego wyrównania porażenia mięśni tułowia. Te nieprawidłowe postawy mają w pośrodkowym lub obustronnym bocznej umiejscowieniu cierpienia kierunku strzałkowy, w jednostronnym bocznej umiejscowieniu choroby kierunku czołowy. Leczyć należy cierpienie podstawowe.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Wskazówki praktyczne

Przeciwko osłabionej działalności serca przepisuje L e s c h k e: 1) Rp. *Pulv. fol. Digit. titr.* 1,0; *Chinidin. basic.* 2,0; *Adelin.* 1,5. *Masca pill. ad pill.* N. 20. Brać w ciągu 10 dni po 1 pigułce zrana i wieczorem; po tygodniowej pauzie w razie potrzeby po 1 pigułce dziennie w ciągu 2 — 3 tygodni. 2) Rp. *Nitroglycerin.* 0,02; *Papaverin.* 0,8 (lub *Eupaverin* 1,5); *Trae Bellad.* 10,0; *Trae Valerian. ad* 20,0. *MDS.* 3 — 4 razy dziennie po 20 — 30 kropel. (Prakt. Arzt. 1931, N. 21).

—o—

Rak języka, głównie jego nasady, daje według L a n g a największy odsetek wyleczeń pod działaniem radu. Nawet w późnych okresach drobny zabieg chirurgiczny, wspomagany stosowaniem radu, zapewnia jeszcze znośną egzystencję. Igły radowe należy wkuwać do języka od dołu przez skórę. (Ztbl. Chir. 1930, Nr. 4).

—o—

P. E. H e i n e poleca do *znieczulenia miejscowego* w przypadkach *sztucznej poronienia perkainę* w ilości 15 ctm³ 1% lub 30 ctm³ ½% roztworu z dodatkiem adrenaliny. Roztwór ten wstrzykuje się do części bocznych tylnego sklepienia pochwy. Znieczulenie występuje bardzo prędko. (Ztbl. Gyn. 1931, T. 55. str. 100).

—o—

Przeciwko ciężkiemu zatruciu lekami nasennymi zaleca się: przepłukanie żołądka, wlewanie izotonicznego roztworu cukru gronowego z efetoniną lub efedryną i przedewszystkiem wczesne nakłucie lędźwiowe. (Ztbl. inn. Med. 1931).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CXLVII posiedzenie z dnia 28 listopada 1931 r.
Przewodniczył Flatau.

Pokazy:

1) J. Rozenblat, W. Halberówna i A. Pruszyński. *Zmiany w jajniku po dłuższym stosowaniu hormonu przedniego płata przysadki mózgowej.* (Wydrukowane w Nr. 1 „Warsz. Czasop. Lek.” z r. b.).

Pokaz był ilustrowany przezroczami oraz demonstracją preparatów makroskopowych i mikroskopowych.

W dyskusji zabrał głos Fingerhut, który podkreśla, że sprawa hormonów jest obecnie żywo dyskutowana w ginekologii, i że poglądy na t. zw. hormony płciowe ulegają ciągłym zmianom. Gustawson uważa, że prolany nie są hormonem przedniego płata przysadki mózgowej, lecz produktami łożyska lub innych gruczołów kobiety ciężarnej. Są to przeciw ciała, otrzymane z moczu kobiet ciężarnych, który zawiera również follikulinę. Ciała te są aktywatorami hormonu przedniego płata przysadki mózgowej. Wywołują one nie tylko zmiany patologiczne, ale również fizjologiczne. Prolan może więc znaleźć zastosowanie lecznicze w niedomogach gruczołów płciowych kobiety. Przesadna ostrożność w stosowaniu prolanu nie jest więc tak niezbędna, jakby to wynikało ze słów prelegenta. Cytuje własny przypadek, dotyczący 19-letniej studentki, która nagle bez żadnej uchwytnej przyczyny zaczęła odczuwać silne pragnienie, oddawać duże ilości moczu; jednocześnie wystąpił brak miesiączki. Ponieważ stosowanie pituitryny zarówno podskórnie, jak i donosowo zmniejszało polidypsję i poliurję, objaw ten należało położyć na karb niedomogi tylnego płata przysadki mózgowej; wobec tego bliskie było przypuszczenie, że brak miesiączki jest spowodowany przez zaburzenia w czynności przedniego płata przysadki mózgowej. Zaczęto zatem stosować u chorej preparaty przedniego płata przysadki mózgowej firmy Bayer i Gedeon Richter; i rzeczywiście, po pewnym czasie wystąpiła dwukrotnie miesiączka, odpowiednio do cyklu płciowego chorej. Przypadek ten dowodzi, że t. zw. preparaty przedniego płata przysadki mózgowej można i należy stosować w celach leczniczych; nadmiernych ich ilości należy, oczywiście, unikać.

W odpowiedzi Rozenblat stwierdza, że w cytowanym przypadku stosowanie prolanu było zupełnie racjonalne, gdyż został wykazany związek między zaburzeniami w czynności gruczołów płciowych (brak miesiączki) a zaburzeniami w czynności przysadki mózgowej. Zło tkwi w tem, że preparaty przedniego płata przysadki mózgowej są obecnie często stosowane bezkrytycznie w każdym przypadku braku miesiączki (*amenorrhoe*) tam nawet, gdzie taki związek nie został udowodniony. Zastrzega się jednak, że nie każde krwawienie z narządów rodnych musi być uważane za miesiączkę. Krwawienie takie może być wyrazem nie prawidłowej czynności gruczołów płciowych, ale skutkiem rozszerzenia naczyń krwionośnych, przekrwienia, które prelegent stale stwierdzał po długotrwałym stosowaniu prolanu, jak to było widać na demonstrowanych preparatach. Nie umiemy dotąd odróżnić krwawień miesiączkowych od krwawień z narządów rodnych innego pochodzenia. Prelegent jeszcze raz podkreśla, że przed i podczas stosowania prolanu należy określać jego zawartość we krwi i ewentualnie w moczu, aby uniknąć przedawkowania.

2) M. Lubelski i E. Goldberg. *Przypadek appendektomji, cekosigmoidostomji i kolektomji u jednej chorej.*

Chora J. Z., obecnie lat 24, zgłosiła się po raz pierwszy na oddział chirurgiczny Szpitala na Czystem (ordynator: dr. Lubelski) 27 czerwca 1928 r. Wówczas podała, że trzy razy przechodziła napady bólów w okolicy prawego podbrzusza z gorączką i zaparciem; 5 dni przed przybyciem na oddział doznała znowu napadu bólów, miała mdłości, temperaturę do 38,5°; od tego czasu leży. Przy badaniu w sercu i płucach zmian patologicznych nie znaleziono. Brzuch miękki; silna bolesność uciskowa w okolicy punktu Mc. Burneya, promieniująca ku dołowi. Badanie ginekologiczne nie wykazało nic szczególnego. Przy badaniu przez odbytnicę silna bolesność po stronie prawej. Badanie moczu i kału nie wykazało zmian patologicznych. Po ustąpieniu gorączki i ogólnej poprawie wykonana została appendektomja. Znaleziono wyrostek długi, zgrubiały, w zrostach. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Wy-

piśla się z poprawą. 16 kwietnia roku następnego przybyła znów na oddział z powodu bólów w okolicy dołka podsercowego i dolnej części blizny pooperacyjnej, zaparcia i wymiotów. Badanie zawartości żołądka wykazało nadkwaśność. Badanie rentgenologiczne: żołądek wydłużony, opadnięty, zrosty okołodwunastnicze, jelita grube opadnięte, poprzecznicza dochodzi do spojenia łonowego, zagięcia wątrobowe i śledzionowe — do grzebieni kości biodrowych. Wszystko to przemawiało za tem, że objawy kliniczne, t. j. wymioty, bóle brzucha, zaparcie stolca, są zależne od zalegania kału w dośrodkowej części jelita grubego. Postanowiono dokonać zespolenia kątniczko-esicowego. Operację wykonano cięciem w linii środkowej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono zrost sieci z kątnicą oraz sznur łącznotkankowy, idący od kątnicy do jajnika prawego, grubości palca; dalej stwierdzono *coecum mobile*, *coeco-colon ascendens* opuszczone, ruchome na dużej krezce, poprzecznice opuszczonej do spojenia łonowego; *colon descendens* na krezce nieco opuszczonej; esca ibez zmian, krezka esicy zbliżnowaciała. Żołądek opuszczony. Po usunięciu zrostów wykonano zespolenie kątniczko-esicowe. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Stolce wyrównały się. Wypisała się dnia 24 czerwca 1929 r. Po tej operacji była w szpitalu jeszcze dwa razy w odstępach trzymiesięcznych. Raz z powodu bólów w okolicy wątroby; wykonano wtedy szereg badań, jak: cholecystografję, badanie krwi na odczyn Wassermann'a, badanie neurologiczne. Badania te nie stwierdziły zmian patologicznych. Drugi raz bóle w okolicy nerki prawej; stwierdzono wówczas zapalenie miedniczek nerkowych (leukocytów w moczu 150—200 w polu widzenia), przyczem stan chorej szybko się poprawił po wśródzylnych zastrzykaniach urotropiny. Ostatni raz przybyła do szpitala dnia 18 listopada 1930 r. z objawami bólów brzucha, wzdęciami, wymiotami. Gorączka zmienna. Zaparcie po kilka dni. Przy badaniu bolesność rozlana po całym brzuchu, wzdęcie brzucha, bóle stałe. Badania moczu, kału i zawartości żołądkowej nie wykazały nic patologicznego. Badanie rentgenologiczne: trzy godziny po śniadaniu masa kontrastowa znajduje się w jelitach cienkich, i duża jej część prawdopodobnie przez zespolenie dostała się do esicy, natomiast po 25½ godzinach wypełniona jest poprzecznicza, kątnica i kiszka wstępująca, co przemawia za powrotną falą masy kontrastowej do jelita grubego. Powyższe objawy kliniczne wraz ze zdjęciem rentgenowskim skłoniły prelegentów do wykonania całkowitej kolektomji. Operację wykonał dr. Lubelski.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że zespolenie działa prawidłowo. Ponad zespoleniem wycięto okrężnicę wstępującą, poprzecznicę i okrężnicę zstępującą do miejsca zespolenia. Ranę pooperacyjną zaszyto naglecho. Po operacji były pewne komplikacje ze strony rany pooperacyjnej. Ostatecznie rana zagoiła się zupełnie. Obecnie od chwili operacji upłynęło 10 miesięcy; pacjentka czuje się dobrze, jelita pracują prawidłowo, stolce regularne, bólów pacjentka nie ma, apetyt ma dobry, przybrała na wadze.

Przedstawiony przypadek należy do rzędu tych, które sprawiają dużo kłopotu nie tylko lekarzom chorób wewnętrznych, ale i chirurgom. Najczęściej w tych przypadkach stawia się rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego; chorych poddaje się zabiegowi wycięcia wyrostka robaczkowego, ale po zabiegu wkrótce poprzednie dolegliwości wracają, i wówczas badania rentgenowskie stwierdzają, że ma się w tych przypadkach do czynienia najczęściej ze schorzeniami dośrodkowej części okrężnicy, a mianowicie: *coecum mobile*, *coeco-colon ascendens mobile*, opadnięciem poprzecznicy wraz z opadnięciem zagięcia wątrobowego i często śledzionowego, zrostem w kształcie dubeltówki w zagięciu wątrobowym, błoną Jac ksona. Wszystkie te zmiany najczęściej wywołują zaleganie kału w *colon ascendens* z *pericolitis*, co w wyniku symuluje zapalenie wyrostka. Aby usunąć zaleganie kału za przykładem chirurgów francuskich, zaczynają prelegenci zwykle od najmniejszych zabiegów, t. j. od umocowania (*fixatio*) jelita grubego w normalnem położeniu; jeśli ten zabieg nie pomaga, to przechodzą do zespolenia kątniczko-esicowego, a w końcu, jako ostatni zabieg, wykonywują wycięcie całej okrężnicy. W demonstrowanym przypadku wykonali prelegenci stopniowo te wszystkie zabiegi, zaznaczają jeszcze przy tem, że bardzo rzadko może się zdarzyć jeszcze w schorzeniach dośrodkowej części jelita grubego prawdziwe zapalenie wyrostka robaczkowego, co też spostrzegali prelegenci w swoim przypadku, i co spowodowało operację wycięcia wyrostka (streszczenie własne).

W dyskusji stwierdza G o l d s t e i n, że miałby zastrzeżenia co do ujęcia samego przypadku oraz co do wykonanych zabiegów. Badanie rentgenowskie należało uskutecznić przed wykonaniem operacji wyrostka robaczkowego, a nie po niej, gdyż wtedy okazałoby się, że zabieg ten jest zupełnie zbędny. W podobnych przypadkach bywa często niepotrzebnie usuwany wyrostek robaczkowy, który podczas operacji okazuje się niezmienny. Opadnięcie trzew jest bardzo często spotykaną sprawą, zwłaszcza u osób neuropatycznych; widują ją często internści, którzy doskonale dają sobie z nią radę przy pomocy leczenia zachowawczego. Leczenie operacyjne rzadko daje dobre wyniki, i chorzy tacy stanowią *crux chirurgorum*. Zwłaszcza niecelowe jest usuwanie z obiegu całego jelita grubego, gdyż prowadzi to często do występowania uporczywych biegunek u chorych. I w demonstrowanym przypadku badanie rentgenowskie wykazywało, że masa kontrastowa już po upływie 3 godzin od chwili spożycia jej znajdowała się w prostnicy. Dolegliwości podmiotowe natomiast po zabiegu takim zwykle pozostają, wskutek czego chorych poddaje się znów operacji; chorzy tacy przechodzą czasem po 8—9 rozmaitych zabiegów operacyjnych. I u tej chorej, aczkolwiek miała ona 10 miesięcy dobrych, niewiadomo jeszcze, czy dolegliwości w przyszłości nie powrócą. Należy przytem podkreślić, że wykonany zabieg należy do poważnych, a chora przeżyła go dobrze dzięki swemu młodemu wiekowi i dobremu stanowi ogólnemu. Zabiegów operacyjnych w opadnięciu trzew jest bardzo dużo, co może służyć jako dowód, że żaden z nich nie jest doskonały.

W odpowiedzi L u b e l s k i zaznacza, że schorzenia dośrodkowej połowy okrężnicy, które są zależne od *coecum mobile*, *coeco-colon ascendens mobile*, blony J a c s o n a, opadnięcia *flexurae hepaticae coli transversi*, zrostu *flexurae hepaticae* w kształcie dubeltówki, — są wrodzone, wywołują zaleganie kału (zaparcia), *pericolitides* (ból) i powinny być operowane. Najczęściej zabiegi te są wykonywane przez chirurgów francuskich. O zabiegach tych pisał w swoim podręczniku Pierre D u v a l, a Th. de M a r t e l et Ed. A n t o i n e napisali w tej sprawie dużą monografię (*Les fausses appendicites*). Od roku 1925 na oddziale prelegenta operowanych było przez niego i jego asystentów około 75 przypadków z powodu schorzeń dośrodkowej połowy okrężnicy, i tylko 3—4 chorych wróciło na oddział z poprzednimi skargami do powtórnego zabiegu, co przewidziane jest zresztą w tych przypadkach. Jeżeli z początku w tych przypadkach zabieg ogranicza się do „umocowania jelita w normalnej pozycji”, to później niekiedy jest się zmuszonym wykonać „cekosigmostomię”, a w rzadkich przypadkach, w końcu, jako ostatni etap — „kolektomię”. Niestety, w schorzeniach tych leczenie wewnętrzne (*enterol*, *djatermia*, *nervina*, *djeta* i t. p.) nie pomaga; zmiany organiczne, wrodzone, zależne od wad rozwojowych, wyrównać może poniekąd tylko zabieg chirurgiczny. Słuszności tego poglądu dowiedli chirurdzy francuscy i statystyka przypadków prelegenta, którą ma on zamiar ogłosić drukiem. W przypadku, przedstawionym przez prelegentów, mieli oni jeszcze powikłanie tego rodzaju, że chora przybyła na oddział z objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, co w schorzeniu dośrodkowej części okrężnicy, aczkolwiek rzadko, ale może się zdarzyć. Chora była operowana, i zabieg potwierdził rozpoznanie. Tem się tłumaczy, dlaczego z początku u chorej nie było dokonane zdjęcie rentgenowskie, co się zawsze robi u wszystkich chorych. Dopiero przy powtórnej przybyciu chorej na oddział wykonane były zdjęcia rentgenowskie, i rozpoznane było schorzenie dośrodkowej części okrężnicy (autoreferat).

3) M. L u b e l s k i i J. P o m p e r. *Zgorzel błyskawiczna zewnętrznych narządów płciowych u mężczyzny; leczenie i operacja wytwórcza.*

U mężczyzny 35-letniego zjawiła się ranka na żołędzi prącia, pochodząca jakoby z otarcia przez ciasne spodnie. Pomimo leczenia ranka się powiększała, otoczenie jej obrzmiało i zaczerwieniło się, ciepłota znacznie się podniosła, tak, że po dwóch dniach chory został skierowany do szpitala. U chorego stwierdzono wówczas znaczne ogniska zgorzelinowe na prąciu i mosznie, które szybko rozszerzały się z wydzielaniem płynu ropnego o bardzo cuchnącym zapachu. Na ścianie brzusznej zjawily się znaczne nacieki zapalne z zaczerwienieniem skóry i napięciem deskowatym tkanek. Objawom tym towarzyszył stan ogólny bardzo ciężki z szybkim tętnem, suchym językiem i wysoką ciepłotą. Choremu pootwierano nacieki zapalne, pozatem wstrzyknięto trzykrotnie surowicę przeciwzgorzelinową, znaczną ilość soli fizjologicznej oraz różne środki nasercowe i uruchomiono ławatywę kroplową. Stopniowo tkanka zgorzelinowa oddzieliła się tak, że po uspokojeniu się ostrego stanu choroby prącie i moszna zostały zupełnie obnażone ze skóry, i jądra wisiały po obu stronach prącia na swych powrózkach

nasieniowych. Odczyn W a s s e r m a n n a okazał się ujemny, z posiewu ze krwi nie wyrosły żadne drobnoustroje, z ropy wyhodowano niehemolizujące paciorkowce. Po oddzieleniu się obumarłej skóry i wytwarzaniu się zdrowej ziarniny przystąpiło do operacji wytwórczych. Operacje wytwórcze na prąciu składały się z trzech aktów. Polegały one na utworzeniu pod skórą wewnętrzną powierzchnię prawego uda kanału, do którego wciągnięto pozbawione skóry prącie. Po trzech tygodniach przecięto nasadę płata, poczem dokładnie zeszyto wewnętrzną brzeg płata z nasadą. Co się tyczy jąder, to umieszczono je wskutek kurczenia się powrózków nasieniowych w jamie brzucha zewnątrzotrzewnowo. Obecnie prącie pokryte jest całkowicie łożno się na niem przesuwaną skórą. Podczas wzwodu prącia skóra się łatwo rozciąga: wzwody prącia są bezbolesne, i pacjent jest zupełnie zadowolony ze swego stanu (streszczenie własne).

Dyskusji nie było.

O d c z y t:

1) L. E n d e l m a n. *Znaczenie badania dna ocznego w chorobach układu krążenia i nerek.* (Wydrukowano w Nr. 1 i 2 „Warsz. Czas. Lek.” z r. b.).

W dyskusji stwierdza K a p l a n, że ma zastrzeżenia co do różniczkowania między różnymi postaciami nadciśnienia tętniczego na zasadzie badania dna ocznego. Podział nadciśnienia tętniczego na samoistne i toksogenne jest przestarzały. Obecnie internści, mając do czynienia z nadciśnieniem, stawiają sobie pytanie, jakie jest jego pochodzenie: czy jest to hipertonia konstytucjonalna, czy kiła tętnicy głównej, schorzenia nerek, czy też zaburzenia klimakteryczne. Nie mówi się natomiast o hipertonii toksogennej. Nadciśnienie prowadzi do zmian w naczyniach — do ich miażdżycy, zmian w nerkach i trzustce. Gdy zmiany te istnieją, odróżnić w tych razach postaci nadciśnienia na zasadzie badania dna ocznego nie można. Dla rokowania w chorobach nerek i dla oceny stopnia schorzenia nerek nie są ważne rozmaite skomplikowane badania laboratoryjne, jak: określanie zawartości mocznika, kwasu moczowego, indykanu we krwi, badanie moczu, badanie dna ocznego i t. d.; o wiele ważniejsza jest w tych przypadkach obserwacja ciężaru właściwego moczu i badania czynnościowe nerek (zdolność i stopień koncentrowania i rozcieńczania moczu). Badanie dna ocznego jest ważne dla rozpoznania chorób nerek, ale niema ono znaczenia decydującego.

A. Z a m e n h o f uważa, że nie należy negować, ani przeceniać znaczenia obrazu dna ocznego. Niezawsze znajdowane na dnie oka zmiany naczyniowe muszą zależeć od nadciśnienia; wężykowatość naczyń może być wrodzona, spotyka się ją na tle tarczy zastoinowej, w jaskrze. Badania G u i s t a, M i l i u s a z Hamburga powinny być jeszcze sprawdzone na większym materiale klinicznym. Ważna jest dlatego ścisła współpraca internistów z okulistami, która jedynie może rozstrzygnąć to tak ważne zagadnienie.

W odpowiedzi zaznacza L. E n d e l m a n, że cytował wprawdzie prace G u i s t a, ale niezawsze sam się z nim zgadzał; zresztą, bywają czasem wątpliwe przypadki, których również badanie dna ocznego rozstrzygnąć nie może. Praca G u i s t a była robiona na oddziale wewnętrznym Pała, doskonałego znawcy nadciśnienia. Prelegentowi w odczycie jego chodziło również o danie bodźca do współpracy między internistami a okulistami także u nas. Podkreśla raz jeszcze, że przy badaniu dna ocznego ważne jest nie tylko dokładnie oglądanie tarczy nerwu wzrokowego, ale zwracanie szczególnej uwagi na stan i zachowanie się naczyń dna ocznego.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 4.XII.1931 (Paris Méd. Nr. 50) L. J u s t i n - B e s a n o n, D. K o h l e r, S c h i f f - W e r t h e i m e r i P. S o u l i é referowali wyniki badań doświadczalnych nad *wytrzeszczem typu basedowoidalnego*. Układ protruzji gałki ocznej przedstawia wybiórcze uczulenie na pewne substancje sympatykomimetyczne, podczas gdy inne środki z tej samej grupy działają o wiele słabiej na ten układ, aczkolwiek pod innymi względami wywołują silne pobudzenie układu współczulnego. Można wywołać doświadczalnie znaczny wytrzeszcz, któremu towarzyszy zwężenie źrenicy, bradykardia, ślinotok, a więc objawy charakterystyczne dla pobudzenia układu przywspółczulnego. Tyroksyna, podana przed pobudzeniem układu współczulnego, uczyła układ protruzji gałki ocznej na wyniki tego pobudzenia. Wytrzeszcz, otrzymany w tych doświadczeniach, jest niezależny od zmian ciśnienia tętniczego i rytmu sercowego. Wytrzeszcze

doświadczalne utrzymują się po śmierci, a towarzyszy im skłonność do rozbieżności gałek ocznych. Nie są one związane z nadciśnieniem wewnątrzgałkowym, ani ze zmianami naczyń siatkówki, ani obrzękiem, ani też ze zmianami w napięciu zewnętrznych mięśni oka. Rozszerzeniu szpary powiekowej towarzyszy zniekształcenie gałki ocznej w kierunku poprzecznym. Wszystkie zmiany typu basedowoidalnego, powstałe w doświadczeniach autorów, ustępują z zasady pod wpływem johimbiny.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dnia 21.XI.1931 (Paris Méd. Nr. 50) R. Huguenin, Nemours - Auguste i G. Albott wykazywali, że *duwillenek toru wywołuje rozlane zapalenie wątroby*, interesu-

jące dla badań nad rozmaitemi okresami marskości doświadczalnej. Tor ulega zatrzymaniu w komórkach Kupfera, gdzie można go barwić wybiórczo błękitem anilinowym. Zmiany miąższowe są identyczne ze zmianami we wszelkiej *hepatitis diffusa*: ogólne przejaśnienie jąder, zanik pewnych komórek, którym wreszcie towarzyszy postępujące stwardnienie wokół rozgałęzi żyły wrotnej. Temu zapaleniu wątroby towarzyszy gromadzenie się komórek jednojądrzastych dokoła kanalików żółciowych; fakt ten, zdaje się, dowodzi braku związku między zakażeniem wewnątrzkanalikowym a temi obrazami, zwanymi pospolicie „pericholangitycznymi”, które są naciekami naczyń chłonnych węki.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O higienie i zawodzie higienisty*).

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

*Je n'exerce pas un métier,
je défends une cause.*

Zawód lekarza higienisty, poświęcającego się temu zajęciu całkowicie i wyłącznie, ma krótką stosunkowo historję, w szczególności u nas. Z tego wypływa, że i szkolenie higienistów, rozpoczęte (bardzo niedawno, nie ma tradycji, nie ma nawet podstaw, ogólnie przyjętych, gdyż dopiero stawia pierwsze kroki. I jedno i drugie (działalność lekarza higienisty i jego szkolenie) wywołuje z różnych stron, przedewszystkiem ze strony samych zainteresowanych, dużo narzekań, co jest zupełnie zrozumiałe.

Trudność, już nie rozwiązania, lecz dokładnej oceny sytuacji, potęgują dwie okoliczności. Najpierw jesteśmy od kilku dziesiątków lat świadkami potężnego rozwoju wiedzy, z której higiena czerpie swoje podstawy, stąd i rola higienisty dziś jest zupełnie inna, niż była kiedyś. Do przesądów: zaliczamy obecnie poglądy, które były uznawane za naukowe, może radykalne jeszcze przed laty 30, kiedy dzisiejsze pokolenie lekarzy było już częściowo przy warsztatach pracy. Cała nauka o chorobach zakaźnych i walce z niemi (dezynfekcja), nauka o odżywianiu (witaminy), wpływ otoczenia na zdrowie człowieka, akcja zapobiegawcza w walce z chorobami społecznymi zmieniły się w praktyce do niepoznania. Mamy nowe horyzonty, nowe fakty, nowy zakres działania.

Druga okoliczność, ważniejsza bodaj, niż pierwsza, to to, że żyjemy w okresie wzmózonej walki stątki dawnych urządzeń społecznych z dynamiką życia współczesnego, w okresie bardzo gwałtownych i daleko idących zmian, których tylko z obawy przed radykalizmem wyrazów nie nazywamy rewolucyjnymi. W szybkim tempie tworzy się jakieś nowe życie, jakie — nie wiemy jeszcze — z całą pewnością jednak można przypuścić, że kult indywidualności, będący wykwitem liberalizmu, przeżył się, na scenę występuje jednostka społeczna, zbiorowość, która w stosunku do swoich członków zwiększa wymagania, więcej ich wchłania w swój skomplikowany mechanizm, ale i więcej się o nich troszczy. Wychowujemy dziś człowieka tak, aby umiał żyć w gromadzie, i takim człowiekiem operujemy, nad takim roztaczamy opiekę higieniczną,

*) Wykład wstępny, wygłoszony na rozpoczynającym się kursie dla lekarzy higienistów dnia 2 października 1931 r. w Państwowej Szkole Higieny.

w tym kierunku od dziecka go urabiamy, choć może niezawsze świadomie.

Proces tworzenia się nowego życia, odbywający się w naszych oczach, zmusza do postawienia pracy higienisty na nowych, jak powiedziałem, dotąd wyrażone jeszcze nie sformułowanych zasadach. Ale w życiu praktycznym nie możemy czekać z zajęciem zdecydowanego stanowiska, aż się sytuacja skryształizuje, wyjaśni. Myśliciel, filozof może gubić się w kontemplacji, może szukać, słusznie zupełnie, względności w ocenie zjawisk, które dla ogółu, żyjącego dniem dzisiejszym, są bardzo konkretne i określone, które takimi są i dla administratora, działacza, każdego, kto kieruje zyciem zbiorowym. Działacz, jak wypływa już z samej etymologii wyrazu, musi coś czynić, musi być w każdej chwili zupełnie zdecydowany w stosunku do zjawisk, wśród których przebiega jego życie. Słuszne dla wszystkich działaczy społecznych, w szerokim pojęciu tego wyrazu, dotyczy to i higienistów, nie zamkniętych w pracowniach.

Higiena jest wiedzą par excellence praktyczną. Dlatego też wszyscy, którzy zajmują się wykonawstwem na polu higieny, którzy tą działalnością kierają, wreszcie ci teoretycy, którzy myśl higieniczną urabiają, muszą mieć zupełnie określone wytyczne w stosunku do zadań higienisty — praktyka, zakresu jego działalności, logicznie zaś biorąc, i przygotowania. Ten ostatni punkt dla kolegów, rozpoczynających w chwili obecnej kilkumiesięczne studia, jest najbardziej aktualny, dlatego też na nim chciałbym się dziś dłużej zatrzymać. Przytem dodam, że nie chcę rozpatrywać tej sprawy pod kątem widzenia wieczności albo nawet ideałów abstrakcyjnych, ale nie mogę też stanąć na przeciwległym biegunie — wyłącznie obrony interesów zawodowych, o czym ostatnio tyle się mówi i pisze. Każda grupa zawodowa musi uzgadniać swoje własne sprawy z interesami ogólnospołecznymi, musi — służyć całości, której jest komórką. I jeszcze jedna uwaga *pro domo mea*: nie jest to mój m a d e n s p e a c h (występ dziewczycy) w tej sprawie, może się też zdarzyć, że tu i owdzie powtórzę myśl, kiedyindziej już wypowiedzianą, choć będę się starał jaknajbardziej tego uniknąć. Dodam także, iż w godzinowym wykładzie mogę większość pytań tylko naszkicować. szczegółowe omówienie całości będzie wymagało dłuższej pracy. Zatrzymam się też głównie na zadaniach higienisty, spraw samej higieny dotknę bardzo pobieżnie, z konieczności tylko wskazując na nie, nie zaś rozpatrując je.

Z chwilą, kiedy człowiek w zaraniu swej historii zdobył się na największy krok, jaki kiedykolwiek uczynił — przeszedł ze świata instynktu do świata rozumu, rozpoczął się nieustannie trwający rozwój ludzkości, do-

skonalenie, postęp. I niema siły, wyjąwszy jakiś kataklizm dziejowy, któraby ten ruch, raz rozpoczęty, mogła cofnąć, wstrzymać. Od tego momentu, w którym właściwie dopiero powstał człowiek, w dziedzinie walki o byt, to jest o utrzymanie przy życiu człowieka, jako jednostki i jego gatunku, wprowadzony został nowy czynnik, z jednej strony walkę tę niezmiernie komplikujący, z drugiej — samo pojęcie bytu stawiający w zupełnie nowych warunkach realizacji. Z powstaniem rozumu trzeba pewno połączyć rozwój uczucia (i współczucia), jako drugiej podstawy, która wspólnie z pierwszą tworzy fundament naszej kultury. Najpierw więc intelekt, z którego pojęciem łączy się doświadczenie, przewidywanie, doskonalenie, rozwój jaźni; następnie uczucie, które łagodzi zawsze istniejące, zawsze niezbędne do utrzymania gatunku dążenia egoistyczne. Te dwa czynniki wyprowadziły nas z prymitywnych metod walki o istnienie, ale samego współzawodnictwa bynajmniej nie usunęły. I dziś współzawodniczą między sobą jednostki i całe organizmy społeczne, walczą o pierwsze miejsce zwykli zjadacze chleba i koryfeusze myśli ludzkiej, choć walka ta nie nosi obecnie tak brutalnej formy, jak ongi u przodków naszych. Co więcej, współzawodnictwo w najróżnorodniejszych jego odcieniach uważamy za szlachetny i konieczny czynnik postępu, którym się tak chlubimy.

Otóż w tem współzawodnictwie, w walce o lepsze jutro, tak samo przy pokonywaniu martwych sił przyrody w znaczeniu bezpośrednim, jak i w wyrwaniu jej najgłębszych tajemnic, które są dziedziną geniuszu ludzkiego, podstawowym czynnikiem, decydującym w ostateczności o wyniku, jest sam człowiek, jego walory osobiste, ważące stokroć więcej, aniżeli wszelkie bogactwa naturalne. Podstawę zaś wartości człowieka tworzy jego zdrowie fizyczne i psychiczne, niezbędne i dlatego, żeby we współzawodnictwie zwyciężyć, coś zdobyć przed innymi i dlatego, żeby zdobyć wyzyskać. Ta prawda jest tak oczywista, że chyba jej oczywistością, prostotą należy tłumaczyć, że trzeba było lat tak długich, aby znalazła nietylko publiczne uznanie, ale i społeczne zastosowanie.

Człowiek pierwotny, jak i otaczający go świat zwierzęcy, powodował się w ochronie życia i zdrowia tylko instynktem, skierowanym wyłącznie tylko na siebie i do pewnego stopnia na najbliższe potomstwo. Instynktem prowadzony, unikał odległy nam przodek bezpośrednio grożącego mu niebezpieczeństwa; o bliskich zaś, nawet najbliższych troszczył się niewiele, współczucie bowiem było u niego dopiero w zarodku.

Ale równoległe ze stwarzaniem sztucznych warunków bytowania (tem jest w istocie cała cywilizacja) i rozwojem uczuć humanitarnych instynkt, który się przecież nie doskonalili, przestał być wystarczający. W sztucznych warunkach bytu trzeba było sztucznie wyrozumowanej ochrony zdrowia, i w tym kierunku poszły wysiłki umysłów, badające jednocześnie prawa, jakim organizm podlega i budzące w człowieku poczucie konieczności troski o własne zdrowie. Długo bardzo, jakby biorąc przykład z natury, niezwykle marnotrawnej, wydającej na świat miliony aby utrzymać jednostki, człowiek najmniej cenił swoje życie i zdrowie, powierzając to całkowicie wielkim a nieznanym siłom, od których to życie w darze otrzymał. Osobiście skłonny jestem przypuszczać, że zasady higieny między innymi dlatego tak powoli są wprowadzane w życie, iż natura jest dobrym mistrzem i dobrym łącznikiem, reparującym błędy ludzkie, co zaciemnia łączenie zjawisk łańcuchem przyczynowości, a człowiek ze wszystkich

istot żywych najwięcej znieść może, posiada najszerzą skalę przystosowania się. Nie mówię o poprawie warunków zdrowotnych drogą pośrednią przez podniesienie dobrobytu, kultury i t. d., lecz o świadomem dążeniu do ochrony zdrowia wtedy, kiedy mu pozornie jeszcze nic nie grozi.

Ostatnio jednak, pewno w znacznej mierze w obliczu niebezpieczeństwa grożącego już całej ludzkości, zagadnienia zdrowotne zaczynają zdobywać należne im miejsce. Ale wypchnięte na powierzchnię siłą konieczności, idąca od dołu pod naporem mas, albo narzucanych, jako wielka potrzeba, przez reformatorów życia społecznego, których żądania niejednokrotnie może wykraczają ponad możliwości realizacji, nie znalazły sprawy higieniczne nietylko kapłanów, ale nawet fachowców - kierowników. Bo tak paradoksalnie wygląda dzisiejsza rzeczywistość: jest szalony brak higieny i ogromne odczuwanie jej potrzeb, fałszywie zresztą często przedstawianych, stawianie przed nią olbrzymich do niej wcale nie należących zadań, brak jest tylko tych, którzyby nad nią pracowali i jej wymagania w życie wprowadzali. I co jeszcze bardziej dziwne: najwięcej nieprzyjemnej krytyki, niekiedy sprzeciwów spotyka higiena ze strony tych, którzy z natury rzeczy winni być jej entuzjastami, to jest ze strony lekarzy. I tu dodam zgóry, przeciwników nie dlatego, że to zmniejsza ich możliwość zarobkowania, praktykę, lecz głównie dlatego, że w świat higieny nie zostali oni nigdy wprowadzeni, jak należy. Lekarze nie są wrogami higieny, lecz trochę sceptykami, a głównie są obojętni w stosunku do niej, obcy jej, oporni biernie.

Jakie są przyczyny tego zjawiska? Przedewszystkiem ze strony świata lekarskiego słyszy się zarzuty, że higiena nie jest nauką, dalej, że higiena nic albo niewiele może, wreszcie, że do zajmowania się higieną niepotrzebne są żadne specjalne kwalifikacje, każdy lekarz bowiem już z racji swego wykształcenia lekarskiego jest higienistą.

Rozpatrzmy możliwie obiektywnie kolejno te poglądy, tak często dzisaj głoszone i tak utrudniające rozwój higieny. Najpierw pobieżnie, co do tego, czy higiena jest nauką, czy wiedzą praktyczną, sztuką stosowaną. Można by na ten temat długo rozumować, ale toby nas zbyt daleko zaprowadziło. Higiena nie jest wiedzą ścisłą, jak matematyka, fizyka, chemia, to nie ulega wątpliwości, ale nie wiem, dlaczego higiena nie może być traktowana jako nauka narówni z numizmatyką, meteorologią, czy nawet pedagogiką, rolnictwem lub najbardziej pokrewną medycyną leczniczą? Czy medycyna w znaczeniu lecznictwa, opiera się na trwalszych podstawach naukowych, niż higiena? Z całą pewnością — nie.

Ale ja chcę postawić sprawę inaczej, z innej strony podejść do tego zagadnienia. Nauka ma za zadanie opis albo samych zjawisk, albo stosunków jakie między nimi zachodzą i ustalenie w wyniku pewnych praw. W tem zrozumieniu przedmiotem badań naukowych może być każde zjawisko. Między badaniem naukowym jakiegoś zjawiska i nienaukowym traktowaniem go różnica zachodzi głównie w dokładności, staranności i wszechstronności; stosunek badacza do zjawiska, do zagadnienia, nie przedmiot sam decyduje o tem, czy to jest nauka, czy nie. Nie potrzeba zaś dowodzić, że zjawiska, dotyczące ochrony życia i zdrowia ludzkiego, są niemniej godne ścisłych badań i niemniej poddają się tym badaniom, niż inne. Że wiedza higieniczna jest dotąd bardzo nieściśła, często niedokładna, to zupełnie słuszne, wypływa to jednak znacznie więcej z trudności

istotnych a może i braku zainteresowania przedmiotem, niż z jego istotnych właściwości. Zresztą, co do braku ścisłości naukowej higiena podziela w zupełności losy swej siostrzycy — medycyny, z którą jest nierozzerwalnie złączona.

Niewiele gruntowniejszy jest zarzut, że higiena, praktycznie biorąc, jest bezsilna, to jest, że wiele czynników natury biologicznej i społecznej znacznie większy wywiera wpływ na zdrowie człowieka, niż celowe wysiłki higieniczne, tembardziej, że wielu z najbardziej słuszych wymagań higieny nie mamy możliwości wprowadzenia w życie. Odpowiedź jest tu bardzo prosta: jak jednostka, niezależnie od tego, czy biedna czy bogata, świadomie, czy nieświadomie ochrania swoje zdrowie, tak samo czyni to społeczeństwo, musi, bo to jest nieuniknione, niezależnie od chcenia lub niechcenia. Jest to jeden z najprostszych przejawów życia, w pierwszym przypadku indywidualnego, w drugim — zbiorowego, które tak w jednym, jak i w drugim pojęciu w każdej chwili narażone jest na niebezpieczeństwo. Życie całe

jest nieprzerwanym pasmem dostosowywania się organizmów do bodźców zewnętrznych i wewnętrznych; zadaniem higieny jest, by te bodźce uczynić pożytecznymi dla zdrowia, nietylko je unieszkodliwić. Wysiłki w tym kierunku można robić, opierając się na wiedzy, można też kierować się zniekształconym instynktem człowieka kulturalnego, tradycją, przyzwyczajeniem; lepiej więc oprzeć się na tej niedokładnej wiedzy, jaką posiadamy, niż obywać się zupełnie bez niej — mniej popełnimy błędów. Nawet tam, gdzie reguły higieniczne nie dają wyraźnych wskazówek pozytywnych, często dobrze służą one sprawie negatywnie, a to także nie jest bez wartości. Że często jesteśmy bezsilni wobec przewagi czynników od nas niezależnych, jak wyżej wspomniano, to nie czyni higieny bezwartościową, a ogranicza tylko zakres jej wpływów. Byłoby też bezowocne dążyć do przełamania natury albo brać na siebie naprawę warunków społecznych, bo to do nas higienistów nie należy, nasza rola, w istocie i tu wielka, jest jednak pośrednia tylko.

W ramach, zakreślonych nam granicami naturalnymi i przez warunki społeczne, możemy dla dobra ogółu zrobić wiele, prawdopodobnie nie mniej, niż lekarz przy łóżku chorego. Jeśli jemu wolno być tak często bardzo

tylko pożądanym i pożytecznym pocieszycielem, niechże i nam będzie wolno być doradcami nawet w tak ciasnych granicach ograniczeń społecznych. A oto maleńka ilustracja, jaką rolę pośrednio odgrywać może szczegół, który napozór jest bez znaczenia. Istnieje w Anglii stowarzyszenie, które postawiło przed sobą taki skromny cel: zawieszać białe firanki w domach nędzarzy z tą myślą, że na firankach się nie skończy, że będzie to bodziec, który skłoni mieszkańców do wprowadzenia innych dekoracji i ulepszeń, podniesienia choć w drobnym stopniu całego urządzenia domu. Ta biała firanka, jako bodziec do zmiany warunków bytowania, dla nas higienistów mogłaby być naprawdę symbolem.

Wreszcie trzeci punkt, na jaki chciałem zwrócić uwagę, to błędne twierdzenie, że każdy lekarz jest higienistą, i że specjalne kwalifikacje dla spełniania tych funkcji są zbyteczne. Wyraźny błąd tego rozumowania pochodzi przedewszystkiem z niezrozumienia zadań higieny i higienisty, co, do pewnego stopnia, wpływa na niechętny stosunek do higieny całego świata lekarskiego. Wielu ludzi wykształconych, a nawet bardzo wielu lekarzy ogranicza pole higieny do uzdrowotnienia otoczenia, albo jeszcze prościej do czystości, biorąc drobną cząstkę, nie zawsze nawet istotną, za całość. Policja sanitarna, choć jest sprawą bardzo ważną, nie jest higieną i niekoniecznie musi być przez higienistę - lekarza wykonywana. Wystarczy tu tylko jego nadzór i ekspertyza.

To błędne rozumowanie pociąga za sobą fatalne skutki na zewnątrz i na wewnątrz. Na zawód higienisty patrzą wszyscy z lekceważeniem, a nadewszystko sami higieniści; nie pociąga bowiem człowieka, posiadającego wykształcenie lekarskie, zdolnego do czynu oglądanie ulic, sklepów, podwórz i ustępów. Znalazłszy się jednak zrzędzeniem losów w zawodzie higienistów „bez zawodu”, higienista ten, po straceniu najpierw związku z lecznictwem i od higieny innej prócz czystości, jeśli nawet o niej słyszał, coraz bardziej odchodzi. Stając się stopniowo coraz bardziej bezsilnym broni wówczas wytrwale tej walki z brudem, jako atrybucyj jemu tylko podległych, gdyż właściwie do niczego innego nie jest już zdolny.

(c. d. n.)

Wiadomości bieżące

— Ruch służbowy

w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc grudzień 1931 r.

W Zarządzie Centralnym:

Przeniesieni w stan spoczynku:

Jan Podbielski, w stanie nieczynnym Radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 30.XI.1931 r.

Marja Blusowa, w stanie nieczynnym rejestrator w X st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 9.XII.1931 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia:

Przeniesieni w stan spoczynku:

Zofja Szwojnicka, w stanie nieczynnym asystent w VIII

st. sł. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 9.XII.1931 r.

Elka Helena Rabinowiczówna, w stanie nieczynnym asystent w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 22.XII.1931 r.

W e Władzach II Instancji:

M i a n o w a n i:

Dr. Andrzej Kosiński, kontr. pracownik w VII gr. up. w Urzędzie Wojewódzkim Lubelskim, do odwołania inspektorem lekarskim w VII st. sł. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dn. 28.XII.1931 r.

Dr. Antoni Kosubowski, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym w Białymstoku, do odwołania referendarzem w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Białymstoku, dekretem z dn. 28.XII.1931 r.

Przeniesieni w stan spoczynku:

Dr. Władysław Paźewicz, referendarz w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu, na podstawie art. 29 znolizowanej ustawy emerytalnej z dnia 31 grudnia 1931 r. dekretem z dnia 2.XII.1931 r.

We Władzach I Instancji:

Mianowani:

Dr. Adam Zabłocki, referendarz w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Białymstoku, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w Starostwie grodzkiem Białostockiem, dekretem z dnia 28.XII.1931 r.

Dr. Jan Walewski, prowiz. pom. lekarza powiatowego w VII st. sł. w Starostwie powiatowym w Białymstoku, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 28.XII.1931 r.

Zmarli:

Dr. Liebergal Michał, lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowym Tarnopolskiem, dnia 18.XII.1931 r.

— Komunikat.

W dniu 20 grudnia 1931 r. odbyło się pierwsze zgromadzenie nowoobranej Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, w celu dokonania wyborów do Władz Izbowych. Zostali wybrani do Zarządu: Dr. Dr. 1. Bacia Kazimierz, 2. Blay Jerzy, 3. Gądek Stanisław, 4. Kapuściński Stanisław, 5. Mutermilch Jan, 6. Paprocki Kazimierz, 7. Rajgrodzki Norbert, 8. Szenajch Władysław, 9. Wowkonowicz Marjan.

Na zastępców członków Zarządu: Dr. Dr. 1. Bieniecki Kazimierz, 2. Biszofswerder Balbina, 3. Litwin Franciszek, 4. Milejkowski Izrael, 5. Miszewski Kazimierz, 6. Pietrasiewicz Adam, 7. Szour Michał, 8. Tchórznicki Zdzisław, 9. Zawadowski Włodzimierz.

Do Komisji Rewizyjnej: Dr. Dr. 1. Czyżewicz Adam, 2. Gluźniński Antoni, 3. Knaster Ludwik, 4. Rudzki Przemysław, 5. Zienkiewicz Marjan.

Do Komisji Kasy Pogrzebowej: Dr. Dr. 1. Biernacki Władysław, 2. Goldstein Paweł, 3. Łazarowicz Klemens, 4. Rajgrodzki Norbert.

Na delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej: Dr. Dr. 1. Bajenkiewicz Witold, 2. Bujalski Jerzy, 3. Chodźko Witold, 4. Fryszberg Adam, 5. Kacprzak Marcin, 6. Kaszubski Tadeusz, 7. Kołłataj Szrednicki, 8. Michałowicz Mieczysław, 9. Milewski Tadeusz, 10. Mozołowski Stefan, 11. Ostromęcki Bohdan, 12. Rajgrodzki Norbert, 13. Robin Wilhelm, 14. Szwarc Adolf, 15. Talhejm Aleksander.

Do Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej: Dr. Dr. na członków Sądu: 1. Bajenkiewicz Witold, 2. Bein Kazimierz, 3. Bebczuk Pejsach, 4. Beringer Elżbieta, 5. Czyżewski Mieczysław, 6. Demant Piotr, 7. Deresz Stanisław, 8. Fryszberg Adam, 9. Gębarski Stanisław, 10. Górski Kazimierz, 11. Janowski Mieczysław, 12. Jaworski Czesław, 13. Laskowski Józef, 14. Janusz, 15. Lukasz Stefan, 16. Mutermilch Jan, 17. Owczarewicz Leon, 18. Szper Józef, 19. Talhejm Aleksander, 20. Walc Jan, 21. Walewski Jan, 22. Zandowa Natalja, 23. Zaleska Klara, 24. Zabłocki Adam, 25. Zamenhof Adam.

Na zastępców członków Sądu Izby: Dr. Dr. 1. Bielenki Andrzej, 2. Dąbrowski Jerzy, 3. Gout Ludwik, 4. Hryniewiecki Stanisław, 5. Karwowski Czesław, 6. Kerszman Józef, 7. Korzońska Jadwiga, 8. Litwin Franciszek, 9. Niewiński Władysław,

10. Obrębowski Stanisław, 11. Piasecki Marjan, 12. Salmonowicz Stefan, 13. Salski Stanisław, 14. Słoński Otton, 15. Surawski Jan, 16. Taraszkiewicz Edmund, 17. Witkowski Edward, 18. Wołański Walenty, 19. Wowkonowicz Aldona, 20. Zabawska-Do-mosławska Zofja, 21. Zienkiewicz Władysław.

Na posiedzeniu w dniu 30 grudnia 1931 r. nowo-obrany Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący:

Prof. Władysław Szenajch—Naczelnik Izby, Doc. Stanisław Kapuściński, Dr. Jerzy Blay—Zastępcy Naczelnika. Dr. Kazimierz Paprocki — Pisarz. Dr. Kazimierz Bacia — Skarbnik. Dr. Stanisław Gądek — Zastępca Pisarza. Dr. Mutermilch Jan, Dr. Rajgrodzki Norbert, Dr. Wowkonowicz Marjan — Członkowie Zarządu.

— Ogłoszenie.

Kurs dokształcający dla lekarzy, organizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, odbędzie się w czasie od 3.IV. do 16.IV.1932 r. przy współudziale profesorów i docentów Uniw. Warsz. Poza wykładami odbędą się również kursy seminaryjne z diagnostyki i terapii ważniejszych dziedzin medycyny. Wszelkich informacji udziela sekretarz Kursu, dr. Mieczysław Czyżewski — I Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70.

Szczegółowy program zostanie podany do wiadomości w najbliższym czasie.

(—) Prof. Dr. Wł. Szenajch.

— Dnia 15 lutego r.b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny 8-tygodniowy kurs orzecznictwa lekarskiego.

Wykłady odbywać się będą codziennie, prócz sobót i świąt, w godzinach od 19 — 21.

Zapisy na kurs przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higieny, Chocimska 24.

— W połowie lutego przybędzie do Warszawy bakterjolog chiński, Dr. M. Y. Dzen, szef miejskiej pracowni bakterjologicznej w Szanghaju.

Dr. Dzen pragnie zapoznać się z zagadnieniami produkcji i kontroli surowic i szczepionek w Państwowym Zakładzie Higieny w Polsce, w celu organizacji takiegoż zakładu w Chinach.

Z Polski Dr. Dzen udaje się do Londynu.

— Trzeci Międzynarodowy Kongres Techniki Sanitarnej i Higieny Miast.

Trzeci Międzynarodowy Kongres Techniki Sanitarnej i Higieny Miast odbędzie się w Lyonie (Francja) w czasie od 6 do 9 marca 1932 r.

Komitet organizacyjny otrzymał już zgłoszenia udziału wielu państw europejskich, amerykańskich i t. d.

Następujące kwestje będą rozstrząsane na Kongresie:

I. Higiena komunikacji (koleje, autobusy, garaże).

II. Higiena mieszkania (Materiały budowlane, kanalizacja, oczyszczanie lokali, ogrzewanie, wentylacja, oświetlenie. Domy robotnicze. Tanie domy).

Mieszkanie zbiorowe (Szkoły, łaźnie i baseny, sale zebrania). Prawodawstwo sanitarne zbiorowych pomieszczeń. Sztuka a technika budownictwa sanitarnego.

III. Szpitale i urządzenia społeczne (Pogotowia, żłobki dla dzieci, poradnie dla matek, ambulatorja).

IV. Higiena atmosfery (Mgły, dymy i inne wycieki, proch).

V. Dezynfekcja i deratyzacja. (Profilaktyka ogólna. Profilaktyka gruźlicy).

V. Higjena przemysłu. Zabezpieczenie przeciw wypadkom przy pracy.

W czasie kongresu odbędzie się zjazd Syndykatu Higienistów Francuskich oraz Dzień Inżyniera - Architekta.

Dla ilustracji Kongresu zorganizowaną będzie równocześnie Wystawa Techniki Sanitarnej i Higjeny Miast w ramach Międzynar. Targów Lyońskich.

Koleje francuskie, polskie oraz wielu innych państw udzielają zniżek uczestnikom Kongresu.

Wszelkich informacji udziela Profesor Dr. Garin, Rue Menestrier, Lyon, Profesor Uniwersytetu Lyońskiego, lekarz Hotel - Dieu.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 3 „Warsz. Czas. Lek.” w artykule Dra Szabada na str. 69 zamiast: Podział ludności według wieku — powinno być: Podział ubezpieczonych według wieku.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

30.I. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. A. W. Kapłan, B. Holcberg i S. Kulesza: Z kliniki zakrzepów żylnych. 2. A. Ryteli i I. Konarska: Morbus Henri — Roger. 3. M. Fejgin i J. Munwes: Przypadek białaczki szpikowej subleukemicznej z przyżyciowym badaniem szpiku kostnego. 4. J. Typografi A. Stefanowski: Przypadek sepsis oralis. 5. M. Grycewicz i J. Kołodziejcki: Odległy wynik po torakoplastyce całkowitej. 6. Fidler i Szimelowa: Sepsis oralis cum panmyelophthisis. 7. A. Landau,

B. Jochweds i W. Chmielewska: Przypadek rozstrzeni oskrzelowych górnopłatowych prawdopodobnie pochodzenia kilowego.

2.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Spondylitis tuberculosa (gruźlica kręgosłupa). Referenci: Drzy H. Higier, N. Mesz, N. Piwko, M. Płoński.

6.II Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

1. M. Landsberg. O brakach terapii insulinowej.
2. P. Baumritter. Z kliniki cukrzycy dziecięcej.

9.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Radliński Z. Leczenie chirurgiczne nowotworów płuc. 2. Filiński Wł. W sprawie leczenia nowotworów złośliwych klatki piersiowej. 3. Lauber J. Obrazy wziernikowe oka w świetle bezczerniennem i ich znaczenie dla medycyny wewnętrznej i neurologii.

12.II. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

1. Doc. A. Sołtan: O promieniowaniu rozproszonym i zjawisku Comptona. 2. Dr. K. Szlenkier: O metalografii. 3. Inż. A. Kruze: O wpływie wentylówek na wydajność promieniowania lamp terapeutycznych w aparatach kondensatorowych. 4. Inż. T. Skrzywan: a) Licznik miliamperosekund o budowie elektromagnetycznej. b) Licznik miliamperosekund o budowie elektrolitycznej. c) Zegar do odmierzenia krótkoczasowych naświetlań o budowie elektrostatycznej. 5. W. Zawaadowski: O pomiarach ognisk lamp diagnostycznych.

TREŚĆ: M. BIRO. O zapaleniu rozsianem mózgu i rdzenia. — W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Samobójstwo czy zabójstwo z krótkiej broni palnej. (C. d.). — H. FRENKLOWA. Przyczynki do leczenia krztuśca szczepionką swoistą. — J. PENSON. Patogeneza obrzęków w świetle nowych poglądów. (Str. pogl. Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. O higienie i zawodzie higienisty — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Sur l'encéphalo-myélite. — W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Suicide ou meurtre causé par courte arme à feu. (suite). — H. FRENKEL. Contributions au traitement de la coqueluche par la vaccine spécifique. — J. PENSON. Nouvelles opinions concernant la pathogénie des oedèmes. (Rev. gén. fin.). — M. KACPRZAK. Sur l'hygiène et la profession d'higieniste.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

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

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

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-iej do 11 r.