Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

WARSZAWSKIE
CZASOPISMO LEKARSKIE
WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY | WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51. | *ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.*

Rok IX | WARSZAWA, 11 LUTEGO 1932 R. | Nr. 6

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

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

Podał

Maksymiljan BIRO (Warszawa).

(Dokończenie).

Wszystkie moje przypadki były wyrazem choroby zakaźnej układu nerwowego. Ma ona, jak wspomniałem, pod względem klinicznym punkty styczne z zapaleniem mózgu śpiączkowem, lecz, o ile w niem przeważają objawy mózgowe (śpiączka, ruchy mimowolne, parkinsonizm, zaburzenia psychiczne, częste i znaczne zajęcie n. n. czaszkowych), to w *encephalomyelitis* górują zaburzenia w rdzeniu i nerwach obwodowych. Zaburzenia czucia w niektórych przypadkach tej choroby przemawiają za zajęciem rdzenia (objawy syringomyelityczne), w innych świadczą o cierpieniu nerwów obwodowych. Na obwodową naturę cierpienia wskazuje w pewnych spostrzeżeniach bolesność pni nerwowych i mięśni (bolesność na dotyk w przyp. 2, kauzalgja pod pewnym względem w 3 i 4). Zresztą w niektórych sprawach rdzeniowych (*poliomyelitis*) może istnieć taka bolesność (Mendel[16]) Lechelle, Barak, Douady[23]), poza tem sprawy rdzeniowe mogą być powikłane przez obwodowe (typ wielonerwowy — Wickman, Biro[9])

Dotychczasowe przypadki tej choroby naogół nie były ciężkie: śmiertelność była mała (Douglas Mc. Alpine[2]); przypadki rzadko obejmowały duże i poważne pod względem życiowym obszary układu nerwowego (opuszka). Nie można przewidzieć, jaki będzie rodzaj i los przypadków późniejszych: wiele postaci chorobowych może z czasem stać się poważniejszemi lub mniej poważnemi.

Rozpoznanie różniczkowe śpiączkowego zapalenia mózgu i obecnie interesującej nas choroby jest w niektórych przypadkach bardzo trudne. Niektóre przypadki (Redlich[34]) przypominają stwardnienie wieloogniskowe rozsiane, zwłaszcza o przebiegu ostrym z zaburzeniami opuszkowemi (Pette). Istnieją też pokrewne cierpienia z objawami czuciowemi i ruchowemi, z porażeniami wiotkiemi i spastycznemi (Stoos, Ley i Bogaert). Zwłaszcza trudne jest różniczkowanie przypadków, przebiegających z zaburzeniami nerwów obwodowych (Dreyfus), z zajęciem opon oraz otoczek nerwów obwodowych (Günther[16]), bądź z zanikiem mięśni (Rock i Bickel[35]).

Gdy pewna choroba ukazuje się często w następstwie po drugiej, nasuwa się myśl o możliwym ich związku. Tak było z *encephalitis lethargica* po grasowaniu grypy. W omawianych dziś cierpieniach uprawnienie do wiązania spraw chorobowych, jakie się ukazują po złagodzeniu epidemji śpiączkowego zapalenia mózgu jest większe ze względu na ich wspólne tło chorobowe. I zjawia się dążenie, by z niemi zestawić i zapalenie aseptyczne opon (Brown i Symmers, Wallgren) i pewne cierpienia z ostremi objawami mózgowemi, postacie, podobne do obserwowanych przez Flatau, a przypominające gruźlicze zapalenie opon. Wobec rzadszego ostatnio zapalenia śpiączkowego mają się ukazywać zastępczo (Margulis i Model) choroby n. n. czaszkowych, obwodowe porażenia twarzy (Radovici[33]), cierpienia n. kulszowego i pewne dolegliwości wyłącznie bólowe. Mają to być odgłosy gasnącej epidemji. Zapewne, że do uogólnień trzeba dochodzić ostrożnie, bo i w innych latach ukazują się liczne przypadki pewnego cierpienia, powiedzmy— porażenia twarzy, ale niewszystkie je można uznać za skutki jednej przyczyny.

Wśród chorób, ostatnio częściej występujących i mających dużo punktów stycznych z *encephalitis lethargica* i *encephalomyelitis* podają na zasadzie spostrzeżeń własnych i obcych (Bing i Reese[6]), Redlich[34]), Pette, Flatau[16]) stwardnienie wieloogniskowe. Niektóre przypadki *encephalomyelitidis* trudno odróżnić od *sclerosis multiplex* (Lévy i Bogaert[24]) Economo, Stern, Boström, Remond-Lannelongue, Tommasi, Händel[16]), A. Westphal[29]) Przypadki z objawami sclérose en plaques, które zo-

www.dlibra.wum.edu.pl

stają uleczone (A. R. Lévy i L. v. Bogaert[24]) mają być postacią *encephalomyelitidis*. Nazywając je przypadkami z objawami sclérose en plaques, chcę powiedzieć, że ich nie utożsamiam ze *sclerosis multiplex*, gdyż one tylko pod względem klinicznym są do niej podobne (Gunnar Kahlmeter). Marinesco i Dragonesco[30]) uważają je za choroby odrębne, bo choroby wzajemnie się różniące, mogą przedstawiać analogję nawet histopatologiczną, a w danym razie istnieje tylko analogja, ale nie tożsamość (Ludo v. Bogaert[3]). Według Economo[15]) *encephalitis lethargica* i *encephalomyelitis* stanowią różne sprawy chorobowe, i niewolno ich utożsamiać ani jednej z drugą, ani ze stwardnieniem wieloogniskowem. Wimmer[38]) przypuszcza, że to są choroby różne, zależne od rozmaitych „virus neurotropes invisibles".

Po przejrzeniu materjału z polikliniki Dra Goldflama w sprawie stwardnienia wieloogniskowego zauważyłem, że i przed 30 niespełna laty zdarzały się przypadki, które obecnie byśmy traktowali, jako *encephalomyelitis*, oraz inne, o których niepodobna się wypowiedzieć, czy było to stwardnienie wieloogniskowe, czy *encephalomyelitis*.

Spostrz. 5. 10.VI. 1903. 25-letni S. J. Od 2½ l. po kilku dniach gorączki coraz częstsze zawroty głowy. Od ½ r. utrudnione oddawanie moczu. Powłóczy k. d. pr.; ruchy palców k. d. pr. słabe. Drżenie wyraźne k. k. g. g., nieznaczne języka. W skrajnem położeniu bocznem drżenie gałek ocznych. Obustronny wstrząs kolanowy, obustronny wybitny objaw Babińskiego: najmniejsze drażnienie podeszew wywołuje skurcz rozginaczy palców z jednoczesnem rozginaniem goleni w kolanie, zwł. w k. d. pr. Objaw Babińskiego szybko się wyczerpuje, zwł. w k. d. pr. O. Oppenheima w k. d. l.

20.VIII. 1903. Zawroty głowy. Utrudnione oddawanie moczu. Drżenie k. k. g. g. oraz k. k. d. d. O. Babińskiego pr. > l; po prawej otrzymuje się go po za zwykłą metodą również przez drażnienie górnej powierzchni stopy w pobliżu brzegu zewnętrznego.

9.V. 1904. Drżenie wysuniętego języka. Utrudnione oddawanie moczu, wzgl. wypróżnienia. Stopowstrząs słaby. Objaw Babińskiego ledwie dostrzegalny.

Jeśli uwzględnimy, że spostrzegane przezemnie drżenie gałek, zaburzenie n. podjęzykowego bywa i w *encephalomyelitis*, to może zawroty głowy w jednym z tych przypadków (Spostrz. 5) pozwoliły by przemawiać za stwardnieniem wieloogniskowem, zwłaszcza że podniesiona ciepłota temu nie przeczy (Veraguth[37]). Zaburzenia pęcherza słabe, krótkotrwałe, jakie w nim zachodziły, bywają zarówno w stwardnieniu wieloogniskowem, jak i w zapaleniu mózgowo-rdzeniowem (Guillaume, Courand i Rouquès[19]), Wolff[38]), natomiast ciężkie zaburzenia pęcherza są przeważnie właściwe *encephalomyelitidi;* w stwardnieniu wieloogniskowem ciężkie zaburzenia tego rodzaju zdarzają się bardzo rzadko i to jedynie w postaciach lędźwiowo-rdzeniowych Oppenheima. Zdecydowanie rozpoznania w takim przypadku byłoby możliwe po dłuższem spostrzeganiu: duże wahania w natężeniu sprawy podczas przebiegu stwierdziłoby rozpoznanie stwardnienia wieloogniskowego.

Spostrz. 6. 5.II. 1903. 48-letni W. G. po kilku dniach podniesionej ciepłoty zaczął doznawać przed 3 mies. osłabienia i drętwienia k. k. d. d. („uczucia piasku w podeszwach"). Od 3 tyg. mrowienie w doln. części brzucha i utrudnione oddawanie moczu, jakoteż wypróżnienia. Żona nie roniła; rodziła 15 dzieci. Porażenie pr. n. twarzy. O. o. kol. wzmożone: prawie kolanowstrząs. Lewostronny stopowstrząs. Brak o. Babińskiego.

16.VI. 1903. Oddawanie moczu wciąż utrudnione. Kolanowstrząs w k. d. pr., o. kol. l. wzmożony; stopowstrząs l., o. Babińskiego z odwodzeniem palców.

12.VII. 1903. Kłucie w palcach k. g. pr.

26.VIII. 1903. Drętwienie obu dłoni. Utrudnione oddawanie moczu. Brak stopowstrząsu i o. Babińskiego.

2.IV.1905. Od kilku dni kaszel. Nie gorączkuje. Dawne dolegliwości ustąpiły, prócz drętwienia dłoni. Nieco świstów. Żadnych innych objawów przedmiotowych.

Przypadek ten przedstawia jedynie objawy *encephalomyelitidis*. I okazuje się, że już przed 28 laty, jak to wspomniałem, widywaliśmy podobne przypadki.

W *encephalitis lethargica* obraz anatomopatologiczny bywa całkowicie (Bill[5]), Kuss) lub częściowo (Spiller) podobny do napotykanego w stwardnieniu wieloogniskowem. W razie podobieństwa trzeba uznać, że obrazy anatomopatologiczne są w obu chorobach te same, albo należy przypuścić, że zaszło nawarstwowienie obrazu *encephalomyelitidis* na dawne tło stwardnienia wieloogniskowego (Neuburger). Zasada anatomopatologiczna stanowi grunt słaby do odróżnienia tych spraw, zwłaszcza, że obrazy anatomiczne ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego są takie same (Marburg[29]), Anton-Wohlwill, Jacob), jak w szeregu innych chorób (*encephalitis lethargica*, *poliomyelitis* i inne). Pod względem anatomo-patologicznym sprawa w łącznem zapaleniu mózgu i rdzenia okazała się rozsianą w mózgu, rdzeniu, korzonkach i nerwach obwodowych, niekiedy w oponach miękkich i na podstawie mózgu (Stern, Pette, Péhu i Déchaume). Istota jej ma według Paula polegać w *encephalomyelitis* na zmianach reakcyjnych w gleju. Ponieważ ostatnio widujemy powikłania w układzie nerwowym po szeregu chorób zakaźnych (zapalenie płuc, dur wysypkowy, brzuszny, powrotny, ospa prawdziwa lub wietrzna, stan po szczepieniu ospy, odra), i niektóre z nich (zwłaszcza po odrze) mają charakter pośpiączkowego zapalenia mózgu (Greenfield[18]) lub zapalenia szarej istoty rdzenia, wyłoniła się kwestja stosunku tych chorób nerwowych do poprzedzających je ogólno-zakaźnych. Przypuszczają (Lust[28]), że pewna choroba przestraja organizm i czyni go podatnym do ulegania innemu zarazkowi, a ten inny zarazek — zarazek przesączalny (Glanzmann) przedostaje się przez ściany naczyń do tkanki nerwowej bezpośrednio lub miesza się z płynem mózgowo-rdzeniowym i w rezultacie wywołuje określone choroby nerwowe.

Zarazek *encephalomyelitidis* ma należeć do pierwotniaków, działających na neurony mózgu i rdzenia (Levaditi, Sanchis Bayarri, Lepine i Schön[25]) i wywołuje w pewnych warunkach zwyrodnienie „dégénerescence oxyphile totale" (Levaditi, Lepine i Schön[26]), a w innych wytwarza w tkance nerwowej wybitną odporność (Levaditi, Sanchi Bayarri, Lepine i Schön[27]).

www.dlibra.wum.edu.pl

Jakkolwiek jest możliwe, że niektóre choroby układu nerwowego mogą być spowodowane przez specyficzne dla każdej z nich czynniki chorobotwórcze, to również wiadomo, że jeden drobnoustrój może sprowadzić rozmaite choroby nerwowe. Co się tyczy zapalenia mózgu śpiączkowego oraz *encephalomyelitidis*, to ten sam zarazek w pewnych czasach działa przeważnie na mózg, a w innych odpowiednio do zmian, jakie zaszły w zarazku (Knapp) albo też, jak sądzę, zgodnie z nowemi warunkami zewnętrznemi atakuje głównie rdzeń; w pierwszym razie przeważa zapalenie mózgu, w drugim zapalenie rdzenia.

Jakkolwiek twierdzi Economo[14]), że „*encephalitis epidemica lethargica* nie ma nic wspólnego z *encephalomyelitis* rozlaną Crucheta", jednakże zapalenie mózgowo-rdzeniowe, które roztrząsamy, może nie jest niezależne od epidemji zapalenia mózgu: podczas grasowania śpiączkowego zapalenia mózgu, jak wykazałem, występowały już w *encephalitis* objawy rdzeniowe.

Streszczenie.

I) Sporadyczne przypadki śpiączkowego zapalenia mózgu zdarzały się przed wielu laty (autor obserwował 1 przypadek w r. 1909).

II) W przypadkach śpiączkowego zapalenia mózgu bywają poza mózgowemi objawy rdzeniowe (w przypadkach autora zaburzenia pęcherza, wzgl. odbytnicy).

III) W *encephalitis* nie występują wyłącznie, lecz przeważnie objawy mózgowe, w *encephalomyelitis* głównie rdzeniowe.

IV) Przypadki autora wykazują w *encephalomyelitis* szereg osobliwości w dziedzinie

1) odruchów, wzmagających się, bądź słabnących w miarę posuwania się choroby;

a) objawu Babińskiego, niekiedy w stopniu wysokim (otrzymywanego w 3 przypadkach autora poza sposobem zwykłym również drogą drażnienia tylnej powierzchni stopy, jak to autor znajdował i w innych cierpieniach: w cierpieniu opon mózgowych na tle zakażenia paciorkowcowego i w kile mózgowo-rdzeniowej);

b) objawu Rossolimo (1 przyp. autora), zmieniającego swe natężenie, jak je zmienia i objaw Babińskiego, bez określonego antagonizmu między obu objawami;

c) wzmożonych odruchów kolanowych i Achillesa (3 przypadki autora);

2) w dziedzinie czucia,

którego zaburzenia mogą trwać dnie, tygodnie lub miesiące (przypadki autora), mogą zmieniać obszary po trwaniu kilkudniowem lub dłuższem, a mieć charakter zaburzeń podmiotowych w postaci bólów (3 przyp. autora), wzgl. zboczeń czucia, czasem bardzo silnych i pod względem charakteru przypominających kauzalgje (2 przypadki autora), mogą zjawiać się w postaci zaburzeń przedmiotowych, jako myalgje (2 przypadki autora) lub jako zakłócenia pewnych gatunków czucia— obniżonego czucia cieplikowego i dotykowego, cieplikowego i bólowego (syringomyelityczne objawy czucia w przypadkach autora) lub wyłącznie dotykowego (spostrz. autora), bądź też wzmożonego czucia cieplikowego i bólowego (1 przyp. autora);

3) ruchu.

w postaci niedowładu jednej (2 przypadki autora) lub dwuch kończyn, niekiedy w formie niedowładu poprzecznego (1 przypadek autora).

V) Istnieje podobieństwo kliniczne niektórych przypadków *encephalomyelitidis* (przypadki autora) do *sclerosis multiplex*.

VI) Przypadki, podobne do *encephalomyelitis*, a zaliczane do stwardnienia wieloogniskowego, występowały sporadycznie przed 28 laty (spostrzeżenia autora z r. 1903).

PIŚMIENNICTWO.

1) Alajouanine et Mauric. Sur quelques infections de névraxe interessant avec prédilection le syst. nerv. périphér. Bullet. méd. 1928, N. 8. Presse Méd. 1928, N. 35. 2) Douglas Mc. Alpine, Lancet, t. 1, N. 16. 1931. 3) Ludo van Bogaert. Situation des encéphalo-myélites. I Międzynarod. Kongres Neurolog. Bern. 1931, Rev. Neur. 1931. T. II, N. 4, p. 440. 4) Bériel et Devic. Les formes périph. de l'encéphal. létharg. Presse Méd. 1928, N. 87. 5) Bill. Ueber einen Fall von akut. multipl. Skler. bedingt durch entzündl. Proz. einer Encephalitis letharg. D. Zeitschr. f. Nrvhkde 1922, B. 73. 6) Bing u. Reese. Die mult. Skler. in Nordwestschweiz. Schweiz. Med. Woch. 1926, N. 2, Centralbl. f. ges. Neurol. 1926, p. 709, 7) Biro. Zapalenie wielonerwowe. Neurologja Polska, 1931, Z. 1, str. 7 — 54. 8) Biro. Zapalenie mózgu ze śpiączką i pląsawicą. Neurologja Polska 1922. 9) Biro. O chorobie Heine - Medina. Neurologja Polska, 1928. 10) Cruchet et Verger. Les formes basses de l'encéphal. - myél. épid., myélites, radiculites, polyneurites. Presse Méd. 1926, N. 47. 11) René Cruchet. Les origines de l'encéphalite ou encéphalomyélite épidemique. Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud - Ouest, t. CIV, N. 22 — 25, 1927. 12) G. Economo. L'encéphalite léthargique. Policlinico (sez. med.), f. 3 — 4, p. 93 — 148, 1916. Ref. Rev. Neur. 1921, N. 4, str. 415. 13) Economo. Encéphalomyélite subaigue diffuse de Cruchet et encéphalite létharg. épidem. Presse méd., an XXXVI, N. 49, p. 793, 1929. 14) Economo. Encéphalite létharg. et encéphalomyélite subaigue diffuse de Cruchet. Journ. de Neurol. et Psych., an 29, N. 2, p. 71 — 74, II, 1929. Rev. Neur. 1929, T. 2, N. 6, p. 784. 15) Economo. Bemerk. z. Frage der infekt. nicht eitrig. Encephal. I Międzyn. Kongres Neurolog. Bern, 1931, Rev. Neur. 1931, T. II, N. 4, p. 443. 16) Flatau. O epidemji zapal. rozsian. układu nerw. w Polsce (1928) i t. d. Warsz. Czasop. Lek. 1928, N. N. 43 — 45. 17) Goldflam. Die diagnost. Bedeut. des Rossolimoschen Refl. bei erkrank. des Zentralnervensyst. Berlin 1930. 18) Greenfield. The pathology of Measles encephalomyel. Brain 1929, vol. LII, part. 2, p. 171. 19) Georges Guillain, A. Cournand et L. Rouquès. Encéphalo-myélite aigue dissem. du type de la sclér. en plaques avec syndrome de Parinaud et signe d'Argyll - Robertson. Soc. de Neur. de Paris, Séance du 9.I.1930. Rev. Neur. T. I, N. 1, p. 60, 1930. 20) E. Herman. Przyp. rozsian. zapal. mózgu i rdzenia z umiejsc. przeważnie w jądrach podstawn. Warsz. Tow. Neurol. 24 III. 1929. 21) Kahlmeter. Contrib à l'étude de la forme périph. de l'encéph. épid. Acta med. Scand. 1927, v. 65, f. 5 — 6, (ref. Flatau). 22) Kahlmeter. Pathol. - anatom. Investig. of cases of Encephalomyelitis dissem. acuta, probably belong. to Morbus Economo. I Międzyn. Zjazd Neurol. Bern. 1931. Rev. Neur. 1931. T. II. N. 4, p. 501. 23) Lechelle, Barak, Douady. Poliomyel. aigue avec troubl. symp. Bullet et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris 1927, T. 43, p. 500. 24) A. R. Lévy et L. van Bogaert. Sur les formes basses de l'encéphalite épidem. Journ. de Neurol. et Psych. an 26, N. 1, p. 19 — 35, 1928. 25) Levaditi, Sanchis Bayarri,

www.dlibra.wum.edu.pl

Lépine et Schoen. Etude sur l'encéph.-myélite prov. par le toxoplasma cuniculi. Ann. de l'Inst. de Pasteur, an XLIII, N. 6, p. 673 — 736, 1929. Rev. Neur. 1929, T.II, N. 5, p. 627. 26) Levaditi, Lépine et Schoen. L'encéphalo - myélite épid. du renard. Soc. de Biol., 13. IV. 1929, T. II, N. 6, p. 784. 27) Levaditi, Sanchi - Bayarri, Lépine et Schoen. Etude sur l'encéph. - myélite, provoquée par le toxoplasma cuniculi. Annal. de l'Inst. Pasteur, ann XLIII, N. 9, p. 1063 — 1080, 1929. 28) Lust. Ueber paramobillöse Encephal. u. ihre Folgen. Münch. Med. Woch. 1928, N. 3. 29) Marburg. Multiple Sklerose. Handb. d. Neurol. von Lewandowsky 1911, B. II. 30) Marinesco et Dragonesco. Recherches sur la pathologie de certaines encéphalo - myélites à ultra - virus. I Międzynar. Kongr. Neurol. Bern, 1931, Congr. Neur. Inten. 1931, Berne. Rev. Neur. 1931, T. II. N. 4, p. 428. 31) Nathan. Les causalgies. Presse Méd., N. 8, 1931. 32) Oppenheim. Lehrb. der Nervenkr. 1923. 33) Radovici. La paralysie faciale épidem. au cours de l'épid. de polyomyél. Presse Méd. 1928, n. 33. 34) Redlich. Ueber gehäuftes Auftreten von Fällen mit Erschein. der Encephalomyelitis. Mon. f. Psych. 1927. 35) Rock u. Bickel. Schweiz. med. Woch. 1927. 36) H. Schaeffer. Presse Méd. 1930, N. 100, p. 1707. 37) O. Veraguth. La sclérose en plaques. Rev. Neur. 1924, T. I N. 26, p. 634. 38) Wimmer. Les infections aiguës non supparées du système nerveux. I Międzynar. Zjazd Neurolog. Bern. 1930. Congr. Neur. Intern. Berne 1931. Rev. Neur. 1931, T. II, N. 4, p. 431. 39) Wolff. Przyp. encephalo - myelitis epidemica dissemin. Posiedz. Warsz. Tow. Neurol. 18.I. 1930. Neurol. Polska 1931, Z. I, str. 64.

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).

(Dokończenie — patrz Nr. 5).

Przypadek 5: Śmierć ucznia V klasy B. wskutek rany postrzałowej serca i lewego płuca.

Według aktu oskarżenia sprawa przedstawia się, jak następuje:

W dniu 15. 4. 1929 r. K. i S., spacerując po lesie, ok. godziny 15 m. 25 natknęli się na leżącego na ziemi bez ruchu nieznanego im młodego mężczyznę. Stwierdziwszy, że mężczyzna ten jest martwy, odeszli od zwłok, poczem niezwłocznie powiadomili o swem odkryciu pracujących opodal w lesie ludzi oraz stacjonowany w pobliżu lasu oddział policji konnej. Wskutek powyższego przybyli wkrótce na miejsce przedstawiciele władzy policyjnej, następnie zaś miejscowy sędzia śledczy. Od chwili spostrzeżenia zwłok do czasu przybycia policji nie były one poruszone.

Wspomniani przedstawiciele władz stwierdzili na miejscu, że na niewielkim pagórku leżą zwłoki mężczyzny, liczącego około 17 lat, ubranego w mundurek uczniowski. Zwłoki leżały twarzą ku górze, z rękami przy tułowiu, z nogami nieco rozłożonemi. Na piersiach zmarłego pod lewym sutkiem widniała rana postrzałowa, przyczem na plecach, z lewej strony tułowia, na wysokości, odpowiadającej ranie zprzodu, znajdowała się tego samego rodzaju druga rana. Kurtka i koszula trupa zprzodu i ztyłu, w miejscach, odpowiadających obu ranom, były przestrzelone; koszula była w tych miejscach nieznacznie skrwawiona. U nóg zmarłego znajdował się rower, którego tylne koło pokrywało prawą jego stopę i dotykało lewej. Rower ten leżał w pozycji zupełnie równej, wskazującej na specjalne jego ułożenie. Śladów upadku roweru nie stwierdzono. Obok trupa z lewej strony leżały kawałeczki stłuczonego lusterka, przyczem kilka takich kawałeczków znaleziono i w kieszeni kurtki zmarłego na piersiach po stronie postrzału. W odległości ok. 20 kroków od zwłok znaleziono cztery karteczki, zapisane ołówkiem, tekstu w części niezrozumiałego, w części — o treści erotycznej. Poza tem obok głowy trupa znajdowała się wystrzelona łuska rewolwerowa kalibru 7,65 mm. Rewolweru na miejscu nie znaleziono. Przeszukanie kieszeni ubrania zmarłego ustaliło, że niema w nich pieniędzy, ani portmonetki.

Rozpoznano, że zmarłym jest B., uczeń klasy V-ej miejscowego gimnazjum męskiego.

Dokonane w tymże dniu oględziny sądowo-lekarskie zwłok B. ustaliły istnienie wyżej wywienionych ran i wykazały, że są one okrągłe, o wymiarach $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$ cm., przyczem brzegi ich nie wykazują żadnego osadu, ani opalenizny, natomiast ślady takiego osadu i opalenizny widnieją na kurtce w miejscu przestrzelenia zprzodu. Na podstawie wymienionych oględzin biegły lekarz orzekł, iż śmierć nastąpiła wskutek krwotoku wewnętrznego, wywołanego postrzałem w serce z broni palnej małego kalibru, przyczem strzał dany został zprzodu. Biegły orzekł pozatem, że śmierć nastąpiła na kilka godzin przed ekspertyzą.

Wszczęte niezwłocznie po wykryciu zwłok, celem ustalenia przyczyny śmiertelnego postrzału B., dochodzenie policyjne w dniu znalezienia zwłok stworzyło hipotezę samobójstwa. Dopiero w dniu następnym dochodzenie zwrócono w innym kierunku. W dniu tym M., uczeń klasy V-ej, kolega zmarłego B., zeznał, iż w dniu śmierci B., rano, w czasie lekcji w szkole uczeń tejże szkoły L. namawiał go i B. do udania się do lasu na strzelanie do celu, lecz on odmówił, wobec czego L. i B. mieli iść do lasu sami. W wyniku tego zameldowania zbadano L., który podał, że był obecny przy śmierci B., i że śmierć ta nastąpiła wskutek własnej nieostrożności zmarłego przy manipulowaniu rewolwerem.

W czasie wszczętego w sprawie tej śledztwa wstępnego L., zbadany w charakterze świadka, wyjaśnił, że w dniu 15-go kwietnia 1929 r., zabrawszy ojcu swemu z biurka rewolwer oraz dwa naboje do niego, o godz. 14 udał się z B. do lasu, przyczem pojechali oni we dwuch na posiadanym przez B. rowerze. Według zeznania badanego, po przybyciu do lasu i wybraniu odpowiedniego miejsca, zajął się on umieszczeniem na drzewie kartki, mającej służyć za cel, następnie wręczył B. zabezpieczony, nabity jedną kulą, a skierowany ku celowi rewolwer, i, powiedziawszy mu, aby strzelał, odszedł o parę kroków w bok. L. wyjaśniał, że w czasie tego cofania się jego, w chwili, gdy był odwrócony bokiem do B., usłyszał strzał i zobaczył, jak B. chwycił się jedną ręką za bok, jednocześnie osunął się na ziemię, w chwilę zaś później, mówiąc, że umiera, znieruchomiał; przerażony, zabrał rewolwer z ręki B. i udał się do domu. Według zeznań L., miał on, oddalając się od zwłok, pozostawić rower w tej pozycji, w jakiej został on umieszczony po przybyciu ich do lasu, t. j. oparty o drzewo, w pozycji stojącej. L. twierdził, że B. lusterka przy sobie nie posiadał. Ponadto oskarżony wyjaśniał, iż po wypadku, nie chcąc okazać swego zdenerwowania, udał się naprzód do mieszkającego w pobliżu lasu grabarza, gdzie prosił o uporządkowanie grobu swej siostry, następnie zaś wrócił do domu, gdzie, nie mówiąc

www.dlibra.wum.edu.pl

nikomu o wypadku w obawie przed karą, rewolwer ukrył za jednym z obrazów.

W toku śledztwa ustalono, że na drugi dzień po wypadku z B. oskarżony L. w czasie lekcji w szkole, gdy został wezwany do udania się do Komisarjatu P. P. celem przesłuchania, wręczył siedzącemu z nim w jednej ławce M. portmonetkę skórzaną kształtu podkowy oraz porttabak, prosząc o przechowanie tych przedmiotów do czasu jego powrotu. Oskarżony oświadczył wówczas M., że obawia się, aby w czasie badania nie stwierdzono, że pali on papierosy, nadmieniając, że przechowuje je w portmonetce. M. po upływie kilkunastu minut jednak, zanim jeszcze L. wyszedł, portmonetkę i porttabak mu zwrócił, czem rozgniewał oskarżonego, który groził mu, używając przytem przekleństwa, że się na nim zemści. M. zawartości portmonetki nie badał, stwierdził jedynie, że jest ona ciężka, i że muszą być w niej pieniądze, gdyż zawartość wydaje dźwięk podobny do dźwięku monet. W mieszkaniu oskarżonego znaleziono pistolet systemu Walther, portmonetkę, cygarniczkę i porttabak.

Ekspertyza znalezionego w czasie powyższej rewizji rewolweru oraz znalezionej przy trupie łuski rewolwerowej ustaliła, że rewolwer posiada ślady wystrzelenia z niego w czasie, odpowiadającym śmierci B., i funkcjonuje dobrze, łuska zaś pochodzi z rewolweru tego samego systemu.

Biegły rusznikarz orzekł przytem, że na podstawie osadu i opalenizny na kurtce B. w miejscu wlotu kuli wnosić należy, że wystrzał dany był przy samej kurtce lub z odległości najwyżej 10 cm.

Po okazaniu M. znalezionej u L. portmonetki i porttabaku, twierdził on kategorycznie, że porttabak poznaje jako ten, który wręczył mu oskarżony przed udaniem się ze szkoły do Komisarjatu, natomiast portmonetka nie jest tą samą, gdyż tamta była mniejsza, jaśniejsza i bez plam. Tę okoliczność potwierdzili i inni koledzy oskarżonego L.

Śledztwo ustaliło, że ani w dzień wypadku, ani też w dniu następnym, mimo iż w szkole, dokąd przybył on jak zwykle, żywo zajmowano się kwestją śmierci B., L. nie powiadomił nikogo o swej obecności przy tej śmierci, uczynił zaś to dopiero, będąc wezwany do Komisarjatu P. P., gdzie opowiedział o zastrzeleniu się B. przez własną nieostrożność. Na zapytanie kolegów, czy nie jest mu wiadomo, w jaki sposób nastąpiła śmierć B., oskarżony odpowiedział, że nie wie nic o tem, podając jedynie, że w dniu tej śmierci był wraz z B. około godziny 14 m. 30 na cmentarzu, dokąd przybyli na rowerach, wkrótce jednak rozstali się. W szczególności L. zaprzeczał, jakoby wiedział coś o strzelaniu.

Z zestawienia czasu przebywania w lesie L. i B., ustalonej chwili wystrzału i czasu przejazdu obok pagórka, na którym znaleziono zwłoki niejakiego A., wynika, że ten ostatni przejeżdżał obok miejsca wypadku niemal bezpośrednio po jego nastąpieniu. A. widział rower, leżący w tej samej pozycji, w jakiej znajdował się on po znalezieniu go przez K. i S. W czasie śledztwa L. oświadczył, że, oddalając się od miejsca wypadku, pozostawił rower w pozycji stojącej, oparty o drzewo. Okoliczność, że rower znajdował się w czasie wykrycia zwłok na nogach zmarłego, brak śladów upadku roweru oraz pozycja równa, w jakiej on leżał, wskazywały, że został on przez kogoś w ten sposób ułożony. Z uwagi na krótki odstęp czasu od chwili wystrzału do momentu przejazdu A. wnioskować należy, że rower został ułożony przez L., wyjaśnienie zaś jego o pozostawieniu roweru, opartego o drzewo w pozycji stojącej, nie odpowiada prawdzie.

Znalezienie przy zmarłym zapisanych karteczek oraz części lusterka, gdy inne części jego pozostawały w kieszeni, wskazuje na przeszukiwanie tych kieszeni. Wobec krótkich odstępów czasu, jakie upłynęły od wystrzału do przejazdu A., a następnie od tego przejazdu do wykrycia zwłok przez K. i S. w związku z posiadaniem następnie przez L. portmonetki zmarłego, uznać należy, że przeszukiwanie to mogło być dokonane jedynie przez oskarżonego. Podnieść przytem należy, iż oskarżony twierdził, że B. lusterka nie posiadał, w śledztwie natomiast zeznanie matki zmarłego ustaliło, iż nosił on przy sobie lusterko, za czem przemawia zresztą fakt znalezienia przy nim po śmierci części lusterka.

Śledztwo ustaliło, że w chwili śmierci B. oskarżony L. mógł posiadać przy sobie zaledwie kilka złotych, następnie zaś nie otrzymał od nikogo na własność żadnych innych pieniędzy, natomiast w czasie zakupu wieńca dla B. zaofiarował się za wieniec ten zapłacić, sięgając przytem do kieszeni. Okoliczność ta wiąże się z faktem zaginięcia portmonetki B. z 60 złotemi i posiadanie następnie tej portmonetki, zapełnionej pieniędzmi przez oskarżonego.

Zestawiając stwierdzony przez biegłego - rusznikarza fakt dania strzału z odległości najwyżej 10 cm. z wyjaśnieniem oskarżonego o śmierci B. wskutek jego własnej nieostrożności przy manipulowaniu rewolwerem, należy podnieść, że jest rzeczą technicznie trudną zadanie sobie postrzału w serce z tej odległości przez samego denata.

Całokształt przytoczonych okoliczności wskazuje, iż w sprawie może być mowa jedynie o zadaniu B. śmierci przez oskarżonego L. Tylko w tym wypadku staje się zrozumiałe całe przedstawione wyżej postępowanie oskarżonego, pragnącego zatrzeć ślady swej winy.

Wobec braku jakichkolwiek danych o zamiarze oskarżonego L. pozbawienia B. życia, pozatem wobec faktu ich koleżeństwa i stwierdzonego w śledztwie nakłaniania przez L. do pójścia do lasu z nim i z B. — M., nadto wobec miejsca śmierci w pobliżu pracujących w lesie ludzi, należy wyłączyć możliwość rozmyślnego zabójstwa. W tych warunkach nasuwa się logiczny wniosek, iż śmierć B. mogła nastąpić wskutek nieostrożności oskarżonego, polegającej na braku należytej uwagi przy manipulowaniu rewolwerem.

Fakt przeszukiwania przez oskarżonego kieszeni B. mógł nastąpić jedynie, gdy ten w mniemaniu oskarżonego zmarł. W tym czasie nastąpiło zatem zabranie przez L. portmonetki B. ze znajdującemi się wewnątrz pieniędzmi tego ostatniego, którą to portmonetkę widziano następnie u oskarżonego w szkole.

Wobec powyższego Urząd Prokuratorski oskarża L. o nieostrożne spowodowanie śmierci B. i o zabranie w celu przywłaszczenia jego potrmonetki z pieniędzmi.

Na rozprawie Sąd Okręgowy w S. wydał wyrok, uniewinniający L., przychodząc do wniosku, że miało tu miejsce wypadkowe postrzelenie się przez nieostrożność samego B. Z zarzutu kradzieży pieniędzy Sąd Okręgowy również uniewinnił L.

Dnia 13.3. 1931 r. odbyła się na skutek odwołania prokuratora rozprawa w Sądzie Apelacyjnym. Byłem powołany jako biegły; zgodnie z innymi kolegami wydaliśmy następujące orzeczenie:

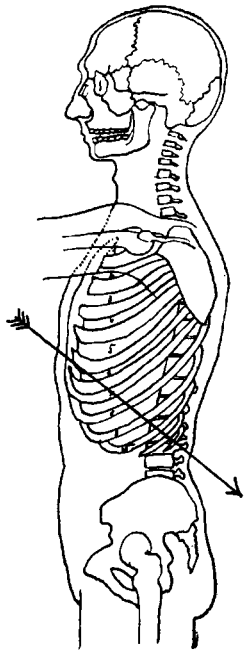
U denata stwierdzono ranę postrzałową klatki piersiowej po stronie lewej; kula przeszła przez 5-tą przestrzeń międzyżebrową, drasnąwszy chrząstkę 6-go żebra; opalenizny, wzgl. śladów prochu dookoła rany nie stwierdzono. Kula przebiła worek osierdziowy, drasnęła koniuszek serca, przeszła przez dolny brzeg lewego płuca i wyszła przez 11 międzyżebrze w odległości 3 cm. od kręgosłupa po stronie lewej. W jamie opłucnowej lewej znaleziono około litra krwi. Śmierć nastąpiła wskutek wylewu krwi do jamy opłucnowej; ponieważ krew wylała się nie odrazu, śmierć nastąpić mogła w ciągu kilku minut, względnie nawet i szybciej; niema danych, aby śmierć nastąpiła momentalnie.

Przy oględzinach marynarki stwierdzono, że od przodu w odległości 20 cm. od kołnierza i 38 cm. od dolnego brzegu na lewej połowie, 4 cm. od brzegu, tuż ku tyłowi od 3-ej dziurki, znajduje się wlot kuli, otoczony opaleniznę w postaci rąbka, szerokości 1,5 cm. od przodu, 2,5 cm. od tyłu. Otwór w mary-

www.dlibra.wum.edu.pl

narce okrągławy, o brzegach rozdartych. Po wewnętrznej stronie marynarki opalenizny naokoło otworów niema.

Na tylnej części marynarki po stronie lewej od tyłu otwór przestrzałowy w odległości 36 cm. od brzegu dolnego. Na koszuli od przodu w okolicy, odpowiadającej otworowi od przodu na marynarce, dwa otwory przestrzałowe (prawdopodobnie wskutek sfałdowania materjału). Wyraźnych śladów sadzy nie widać. Od tyłu na koszuli otwór przestrzałowy. Naokoło na materjale koszuli plamy zakrzepłej krwi.



Rys. 6 Kierunek postrzału L.

W przypadku tym można myśleć o trzech ewentualnościach powstania opisanego zranienia: 1°. samobójstwie; 2°. samopostrzeleniu się wypadkowem; 3°. postrzeleniu z ręki obcej.

Co do samobójstwa: kategorycznie strzał samobójczy można wyłączyć tylko wtedy, gdy umiejscowienie, rodzaj i kierunek rany postrzałowej był tego rodzaju, że sam sobie denat takiego zranienia zadać nie mógł. W tym przypadku mieliśmy strzał zbliska, od góry ku dołowi, taki strzał mógł paść z ręki denata, należy jednak zaznaczyć, że taki kierunek jest przy samobójstwie raczej rzadki (częściej mamy kierunek poziomy, względnie od dołu ku górze), pozatem częściej przy samobójstwie denat strzela, rozpinając ubranie.

Wobec powyższego koncepcja samobójstwa, chociaż nie dająca się wyłączyć, wydaje się mniej prawdopodobna; w każdym razie byłby to przypadek raczej nietypowy. Zdaje się pozatem, że, szczególnie mając na względzie zeznania matki, nie było psychologicznych, ani rzeczowych podstaw do samobójstwa. Oczywiście, zdarzają się przypadki niewyjaśnionych, niezrozumiałych pozornie samobójstw, szczególnie w wieku przejściowym u młodzieży w wieku denata, lecz nie są to przypadki tak częste.

Co do koncepcji p r z y p a d k o w e g o p o s t r z e l e n i a s i ę: ta ewentualność wyłączyć się nie da, gdyż przy manipulowaniu nabitą i niezabezpieczoną bronią, zwróconą lufą do ciała (t. zn. zbliska), przy nieostrożnem naciśnięciu spustu mógł paść strzał. W takim przypadku umiejscowienie wlotu kuli i kierunek strzału mógł być taki, jaki był w tym przypadku.

Postrzelenie z r ę k i o b c e j, oczywiście, nie da się wyłączyć, szczególnie, gdy strzelający zbliży broń do ciała i skieruje ją od góry ku dołowi, względnie, gdy denat był pochylony ku przodowi.

Reasumując, przychodzę do wniosku, że koncepcja samobójstwa wydaje się najmniej prawdopodobna; co zaś do wypadkowego postrzelenia się, względnie postrzelenia przez inną osobę, tego zróżniczkować i odróżnić się nie da, wykracza to poza możliwość lekarskiej ekspertyzy. Możliwa jest zarówno jedna, jak i druga ewentualność .

Sąd Apelacyjny potwierdził wyrok pierwszej instancji, t. zn. oskarżonego uniewinnił. W motywach wyroku Sąd Apelacyjny podał, co następuje (w streszczeniu):

Dane przewodu sądowego słuszność zaskarżonego wyroku w zupełności potwierdziły, nie dostarczając absolutnie żadnego nowego materjału, któryby mógł zasadność tego wyroku zachwiać.

Zgodna opinja biegłych lekarzy głosi, że na zasadzie wyników sekcji łącznie z innemi okolicznościami sprawy zabójstwo wypadkowe, czy samobójstwo ściśle ustalić się nie da. Występują w tym względzie trzy możliwości: 1. samobójstwo, jako możliwość w danym wypadku najmniej prawdopodobna (między innemi wobec braku, zdaniem biegłych, psychologicznych podstaw do samobójstwa), 2. wypadkowe postrzelenie się i 3. wypadkowe postrzelenie przez inną osobę. Te dwie ostatnie ewentualności w sprawie niniejszej wyłączyć się nie dadzą; z drugiej jednak strony lekarze eksperci nie mogą dać odpowiedzi na pytanie, która z tych dwuch ewentualności w danym wypadku w rzeczywistości zaszła, i dodają jedynie, że, o ile rzecz miała taki przebieg, jak go przedstawia oskarżony, wtenczas zachodziłby wypadek samopostrzelenia się.

Jeżeli do tej opinji biegłych - lekarzy doda się opinję biegłych - rusznikarzy, którzy orzekli, że stanowiący dowód rzeczowy rewolwer „lekko strzela, mając starty spust; troszeczkę pociągnąć i już spada", „dla strzału trzeba małego naciśnięcia cyngla", biegły zaś G. stwierdził ponadto, iż bardzo dużo osób, nie umiejących się obchodzić z bronią, naciska cyngiel dużym palcem i w takim wypadku lufa przeważnie jest skierowana wylotem do piersi — to przyjść należy do jedynego, zdaniem Sądu Apelacyjnego, logicznego wniosku, że wszelkie dalsze budowanie tych czy innych koncepcyj na temat, czy w danym wypadku było postrzelenie, czy samopostrzelenie, czy nawet nie wyłączone przez biegłych lekarzy samobójstwo, nie może doprowadzić do konkretnych wyników i nie zdoła wyjść z koła mglistych i jałowych dysput i niedopuszczalnych, bo zgoła dowolnych, sprzecznych z wynikami ekspertyz domniemań. Podkreślić jeszcze należy, że ów wyżej wysunięty przez biegłych lekarzy brak psychologicznych podstaw do samobójstwa niezupełnie odpowiada rzeczywistości skoro się zważy, iż denat na krótko przed śmiercią zdradzał rzucającą się w oczy zmianę usposobienia, o czem świadczą profesor J.; „w ciągu ostatnich dni chłopiec wydawał mi się trochę niezrównoważony: na dwa dni przed śmiercią spoglądał bezmyślnie przez okno na podwórze, a zapytany przezemnie wstał i bez odpowiedzi usiadł", i ksiądz prefekt: „B. był wzorowym uczniem; w ostatnich czasach dwukrotnie źle się przygotował z religji; w usposobieniu jego zauważyłem jakby rozdrażnienie; to zwracało uwagę". Niezbadaną jest również rzeczą, w jaki sposób i w jakim stopniu odbiła się na psychice denata wizyta u wróżbity na krótko przed katastrofą i przepowiednia gwałtownej śmierci.

Sprawę kradzieży portmonetki Sąd Apelacyjny na podstawie dokładnej analizy zeznań świadków rów-

www.dlibra.wum.edu.pl

nież uznał za nieudowodnioną. Zresztą, w sprawie niema danych, które stałyby na przeszkodzie domniemaniu, że kradzieży portmonetki (o ile kradzież ta wogóle miała miejsce) mógł się dopuścić ktoś z przechodzących drogą, prowadzącą w pobliżu miejsca, gdzie leżał trup. Przeciwnie, wspomniana topografja, jakoteż fakt, że w owym czasie drogą tą przechodzili wracający z fabryk robotnicy, czynią wysunięte przypuszczenie zupełnie uzasadnionem.

P r z y p a d e k 6. Śmierć pani J., lat 27, zmarłej wskutek rany postrzałowej czaszki dnia 8.2.1925 r.

Małżeństwo J., sądząc z zeznań świadków, nie żyło ze sobą zgodnie; mąż magazynier w jednej z fabryk, podobno zdradzał żonę, urządzał libacje z kolegami i kobietami i t. d., co doprowadzało do gwałtownych scen i sprzeczek małżeńskich.

Pewnego dnia (było to 8.2.25), jak zeznał J., zostali oni zaproszeni do G. na obiad. Rano, wychodząc do zajęcia, J. umówił się z żoną, aby przyszła ona do fabryki, skąd mieli pójść razem. Około godziny 3 żona przyszła do fabryki, odmówiła jednak pójścia na obiad, gdyż jest obrażona na G. — była zdania, że G. powinna ją prosić osobiście. J. postanowił czekać, gdyż wiedział, że żona jest nerwowa i po chwili może zmienić zdanie. Po dłuższym czasie zwrócił się do żony w tej sprawie, lecz ta kategorycznie oświadczyła, że do G. nie pójdzie. W tym momencie, t. j. około godz. 5½ pp., ktoś zapukał, i J. udał się do drzwi, otwierając G., który przyszedł się dowiedzieć, dlaczego nie przychodzą, i zwrócił się do J., mówiąc: „Dlaczego kumo, nie idziecie"? Co odpowiedziała żona, zeznający nie słyszał, gdyż uwaga jego była zwrócona na wchodzącego K.; w tym momencie rozległ się strzał, i wszyscy podbiegli do żony, która spadła z krzesła; zobaczyli krew na jej ustach i z ręki wylatujący rewolwer, wzięty, jak się okazało, z szuflady biurka zeznającego. Po chwili J. zadzwonił do Pogotowia Ratunkowego, które przybyło po 10 minutach. Pomimo ratunku J. zmarła przy lekarzu Pogotowia. Zeznający żył z żoną od 1913 r., i przez cały czas pożycie było bardzo dobre. W ostatnich czasach, t. j. po chorobie, którą żona przechodziła, i po operacji stała się „dziwna" i nosiła się z zamiarem samobójstwa z najbłahszych przyczyn.

G. zeznał ze swej strony co następuje:

W niedzielę 8 lutego, nie mogąc się doczekać J., pomiędzy godz. 5 a 6 przyszedł do magazynu. Po otworzeniu drzwi przez J. zapytał, dlaczego nie przychodzą, na co J. odpowiedział, że żona się nie zgadza. Wówczas odezwał się „miała kuma przyjść i nie przychodzi", J. odpowiedziała, że, jak przyjdzie żona zeznającego i poprosi, to pójdzie. W tym momencie zauważył wchodzącego K., i w tym samym czasie rozległ się strzał. Wszyscy razem podbiegli do J., która spadła z krzesła, trzymając rewolwer w ręce. J. żyli ze sobą bardzo dobrze.

Inaczej rzecz się przedstawiała ze słów innego pracownika fabryki, W. Podał on, co następuje:

W r. 1925, miesiąca dokładnie nie przypominam sobie, w godzinach popołudniowych, pracowałem wraz z G. Raptem wpadł do nas majster K., krzycząc: „Stało się nieszczęście". Pobiegłem do magazynu, tam zastałem J. pracującego przy biurku, jakby nic nie zaszło — pisał on coś ołówkiem; natomiast na podłodze, pomiędzy biurkiem a szafami leżała na ukos nogami w stronę biurka, głową zaś w stronę drzwi J.; położenie ciała było takie, że twarz obrócona była do góry, ręce rozrzucone, nogi, zdaje się, wyciągnięte. Podbiegłem do J., i uklęknąwszy, poruszałem jej rękę, pytając, co zrobiła. J. lekko uniosła rękę i, wskazując palcem oraz oczami w kierunku siedzącego J., wyrzekła przyciszonym głosem: „To on". Co się więcej działo nie wiem. Rewolwer, widziałem to dobrze, znajdował się nie w rękach umierającej, lecz leżał przy niej na ziemi. O ile wiem, ostatniemi czasy pożycie małżeńskie J. było b. złe. J. skarżyła się, że mąż ją opuszcza i że bił ją w stanie nietrzeźwym.

Na podstawie tych danych zostało wydane pozwolenie na pochowanie zwłok J. bez urzędowych oględzin sądowo-lekarskich, gdyż władze uznały, że J. sama pozbawiła się życia.

Po paru latach sprawa znów wypłynęła, gdyż władze prokuratorskie otrzymały anonim, w którym podano, że J. nie popełniła samobójstwa, lecz w sprzeczce z mężem została przez niego zastrzelona: podczas libacji w pomieszczeniu fabryki J. wpadła i zrobiła mężowi awanturę „widocznie o kobietę, która wówczas była obecna"; wówczas J. strzelił do żony i zabił ją.

Władze wobec tego zarządziły ekshumację zwłok J., która była dokonana 24.6.31, przytem stwierdzono, co następuje:

Zwłoki zostały przywiezione w drewnianej trumnie, w dużym stopniu zdezelowanej, tak, że wieko się zapadło. Po zdjęciu wieka stwierdzono, że ciało było przykryte warstwą ziemi i piasku. Po usunięciu tej warstwy stwierdzono, że zwłoki znajdują się w stanie znacznego rozkładu: poszczególne kości kończyn prawie nie zawierały miękkich części, połączenia stawowe znikły, kości luźno leżały wśród ziemi i wiórów. Tułów zachował się trochę lepiej, jednak powłoki brzuszne i skóra na klatce piersiowej tu i owdzie pozostały tylko w postaci mazistych strzępów. Narządów wewnętrznych odróżnić się nie dało. Żebra i kręgi luźno leżą wśród rozpadających się mas; kości miednicy w dużym stopniu obnażone i pozbawione części miękkich.

Czaszka: zachowały się częściowo tkanki miękkie na szczycie głowy, i w tem miejscu są długie pasma cienkich włosów. Twarz w zupełności uległa zeszkieletowaniu, jedynie na powierzchni kości tu i owdzie znajduje się warstwa mazistej treści. Czaszka łatwo oddziela się od kręgosłupa. Po obmyciu kości i czaszki stwierdzono, że kości szkieletu są koloru brunatno-żółtego i nie wykazują żadnych uszkodzeń urazowych. Na czaszce natomiast znaleziono następujące uszkodzenia:

1. W obrębie kości, ograniczających prawy oczodół, od wewnątrz i dołu rozległe braki, stąd jama nosowa połączona jest z prawym oczodołem, i prawa szczęka górna od góry otwarta. Poza tem strop prawego oczodołu również nie istnieje, zamiast niego otwór dług. 4,5 cm., szerokości ok. 3 cm., prowadzący do jamy czaszkowej. W obrębie stropu lewego oczodołu również znajduje się otwór, lecz mniejszy, o wymiarach 3 × 2 cm. Kostne brzegi opisanych ubytków są nierówne, lecz nie przedstawiają nic charakterystycznego. Po przepiłowaniu czaszki w odpowiedni sposób przystąpiono do opisu dalszych uszkodzeń.

2. W obrębie prawej kości ciemieniowej, w części przedniej, 2 cm. powyżej szwu ciemieniowo - skroniowego znajduje się owalny otwór o wymiarach 3 × 1 — 1,5 cm., przyczem górny brzeg otworu od strony zewnętrznej równy, dolny zaś przedstawia brak części kości, szerokości ok. 6 mm, dług. 12 mm, skośnie zniżający się ku opisanemu otworowi. Od tego otworu ku przodowi przechodzi pęknięcie dług. 17 cm., idące łukowato poziomo ku tyłowi również łukowato dług. ok. 5 cm. poza tem ku przodowi i tyłowi — dług. 5 cm., idące na kość skroniową i skrzydło kości klinowej. Od strony wewnętrznej opisany otwór posiada brzegi równe, bez wyłamania.

W obrębie prawej łuski skroniowej znajduje się otwór nieprawidłowych kształtów, średnicy ok. 2 × 1 — 1,5 cm., o brzegach równych od zewnątrz, od wewnątrz zlekka ściętych, lecz nie wyłamanych. Brzegi kości w tem miejscu są bardzo cienkie.

W obrębie łuski lewej kości skroniowej znajduje się otwór dług. 2,5 cm., szerokości ok 1 cm. Brzegi tego otworu są nierówne, znacznie ścieńczałe, miękkie. Otwór ten znajduje się mniej więcej w miejscu symetrycznem w stosunku do opisanego poprzednio otworu w prawej kości skroniowej. Oba otwory opisane w łuskach kości skroniowych są pochodzenia chorobowego (wady kostnienia). Kość potyliczna tuż ku tyłowi od otworu potylicznego znacznie ścieńczała, grubość tych

www.dlibra.wum.edu.pl

miejsc odpowiada grubości grubego papieru, w kości zaś po stronie prawej utworzyły się 2 okrągłe otworki średnicy 0,5 i 1 cm. (opisane ścieńczenia kości są w związku z jakąś przebytą sprawą chorobową).

Poza opisanemi innych uszkodzeń w czaszce nie znaleziono, a w szczególności niema uszkodzeń zębów; zęby są dobrze utrzymane, mocne, nie widać na nich żadnych śladów sadzy i t. d. Również nie stwierdzono uszkodzeń kości podniebienia, ani szczęki dolnej .

3. W jamie czaszkowej wśród mazistych resztek tkanki mózgowej znaleziono zniekształcony płaszcz kuli kalibru ok. 7 mm i pozatem kawałek ołowiu średnicy ok. 3 mm.

Na tem oględziny zakończono.

Opinja.

1. Opisany otwór na czaszce w okolicy prawej kości ciemieniowej powstał wskutek działania kuli. Jest to otwór wylotowy; otwór wlotowy znajdował się w obrębie ściany prawego oczodołu.

Strzelano od przodu ku tyłowi i od strony lewej ku prawej. Kula uszkodziła kości oczodołu, weszła do czaszki przebiła mózg, uderzyła w kość ciemieniową prawą, powodując powstanie opisanego otworu, i cofnęła się do jamy czaszki, gdzie była znaleziona (jej płaszcz i część ołowiu). Strzelano z broni palnej krótkiej kal. 6,5 mm, jak za tem przemawia kaliber znalezionych resztek kuli.

2. Z jakiej odległości strzelano — obecnie z zupełną pewnością ustalić się nie da, mając jednak na względzie, że znaleziono rozległe pęknięcia kości czaszki, stojące w łączności z otworem postrzałowym, i uwzględniając kaliber broni, przychodzę do wniosku, że strzał padł z b. bliskiej odległości, ponieważ powstanie wspomnianych pęknięć należy sobie tłomaczyć przedewszystkiem tem, że do jamy czaszkowej dostały się gazy, powstające przy strzale.

3. Umiejscowienie i kierunek rany postrzałowej nie są typowe dla samobójstwa, jednak odrzucić ewent. strzału z ręki własnej się nie da, gdyż czasami spotykamy tego rodzaju nietypowe zranienie w pewnych przypadkach samobójstw.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

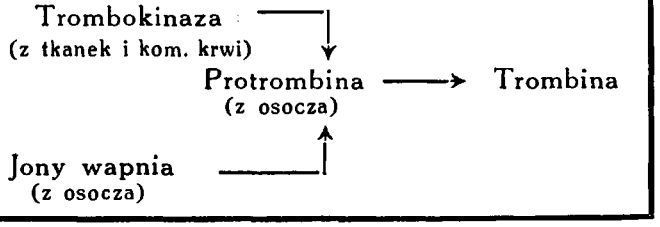
Krzepnienie krwi a zjawiska serologiczne.

Podał

Dr. med. Herman MAKOWER (Łódź).

Mechanizm krzepnienia krwi nie jest jeszcze ostatecznie wyświetlony. Ogólnie przyjmuje się, że krzepnienie jest spowodowane przez koagulację fibrynogenu (frakcja globulinów osocza, wypadająca w do połowy nasyconym rozczynie NaCl), ale mechanizm tej koagulacji tłómaczony jest różnie. Według Morawitza fibrynogen jest strącany przez zaczyn, powstający w osoczu po wydostaniu się krwi z naczyń, nazwany trombiną. W osoczu krwi krążącej trombiny niema, istnieje natomiast proferment — protrombina (wzgl. trombogen). Aktywatorem protrombiny (w obecności soli wapnia) jest trombokinaza, obecna w komórkach krwi i tkankach; dużo jej jest w soku przyrannym. Morawitz uważa, że zarówno protrombina jak i trombokinaza są rozpuszczalne w wodzie i ciepłochwiejne.

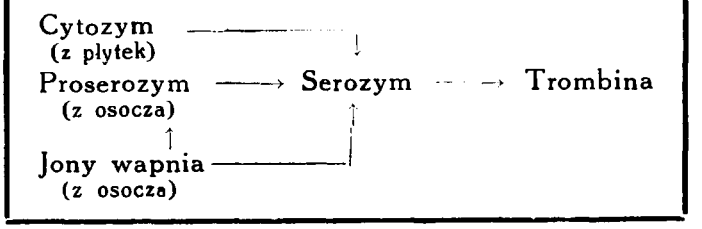
Schemat krzepnienia krwi według Morawitza



Według Bordeta (1), którego teorja jest może najbardziej przyjęta, trombina powstaje również z zadziałania na siebie w obecności jonów wapnia ciała, zawartego w osoczu, nazwanego serozymem, i ciała, zawartego w elementach morfotycznych krwi (a mianowicie w płytkach), nazwanego cytozymem. Nazwy te nie przesądzają zaczynowej istoty wchodzących w grę czynników.

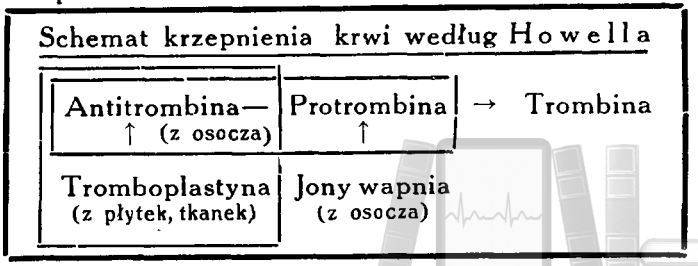
Cytozym jest rozpuszczalny w alkoholu, ciepłotrwały; poza płytkami znajduje się również w tkankach. Uwalnia się z płytek po ich rozpadnięciu, przyczem dużą rolę odgrywa tu kontakt z powierzchniami szorstkiemi. Serozym znajduje się w osoczu w postaci nieczynnej, jako t. zw. proserozym; aktywuje się pod wpływem jonów wapnia i powierzchni szorstkich.

Schemat krzepnienia krwi według Bordeta



Według Howella (2) jony wapnia i protrombina wystarczają do powstawania trombiny. We krwi krążącej nie powstaje ona dlatego, ponieważ inaktywowana jest przez swego antagonistę fizjologicznego—antitrombinę, wydzielaną przez wątrobę. Ciała o charakterze trombokinazy (zwane przez Howella tromboplastyną) neutralizują antitrombinę, a przez to uwalniają protrombinę. Duże ilości antitrombiny hamują nawet wytworzoną już trombinę. Z wątroby udało się uzyskać Howellowi wyciąg, heparynę, mający wybitne własności antitrombiny; pod względem chemicznym czynny składnik heparyny jest zbliżony do kwasu glukoronowego. Dużo antitrombiny zjawia się w krwiobiegu po wstrzyknięciu peptonu, przez co krew traci zdolność krzepnienia.

Schemat krzepnienia krwi według Howella



www.dlibra.wum.edu.pl

Między serozymem, wzgl. protrombiną a dopełniaczem (komplementem) istnieją pewne analogje, które były już dość dawno spostrzegane. Działanie serozymu zostaje zniszczone przez ½-godzinne ogrzewanie w temp. 56°C (Bordet i Delange), co jest również charakterystyczną cechą dla dopełniacza. Sole baru (v. Dungern i Coca), izotoniczne rozczyny soli magnezu i wapnia, hipertoniczne rozczyny soli kuchennej niszczą działanie dopełniacza i serozymu (v. Dungern i Hirszfeld, Hirszfeld i Klinger). Krzepliwość krwi i miano dopełniacza zmniejsza się przez zatrucie (psów) fosforem (Ehrlich i Morgenroth) i chloroformem (Dick). Podobnie działa wycięcie wątroby (Friedberger i Seelig — u żaby; Nolf, Muller — u królika; Rosenthal, Melchior i Licht — u psa). We wstrząsie anafilaktycznym jest również zmniejszenie krzepliwości (Biedl i Kraus, Sirensky) i dopełniacza (Friedberger i Hartoch).

Otóż dopełniacz — podobnie jak i trombina — nie jest ciałem jednolitem. Przez dializę (Ferrata), zadziałanie rozcieńczonym kwasem solnym (Sachs i Altmann), dwutlenkiem węgla (Liefmann i Cohn) można dopełniacz rozdzielić na t. zw. część środkową, zawartą we frakcji globulinowej, i część końcową, zawartą we frakcji albuminowej. Uczulone przez odpowiedni amboceptor krwinki czerwone mogą się obładować częścią środkową dopełniacza (persensybilizacja), po dodaniu części końcowej ulegają rozpuszczeniu. Część środkowa i końcowa dopełniacza są ciepłochwiejne. Jad kobry unieczynnia surowicę, która może być zreaktywowana przez część środkową lub końcową surowicy zwykłej lub też przez surowicę ogrzaną (Sachs i Ritz); Ritz przyjmuje, że mamy tu do czynienia z „trzecim składnikiem" dopełniacza.

Wreszcie Browning i Mackie, Whitehead przypuszczają, że istnieje jeszcze czwarty składnik, również ciepłotrwały, niszczony przez amoniak (trzeci składnik jest oporny na zadziałanie amoniaku) (3).

Pierwsze systematyczne badania nad związkiem między zjawiskami krzepnienia krwi i problemami odpornościowemi przeprowadzili Hirszfeld i Klinger (4 — 12) w latach 1913 — 1915.*)

Wykazali oni (5), że rozkład surowicy na frakcje globulinową i albuminową, przy którym dopełniacz zostaje rozdzielony na część środkową i część końcową, powoduje przejście przeważnej części cytozymu do globulin, serozymu do albumin. Cytozymu we frakcji albuminowej albo niema, albo jest bardzo mało. Albuminy często hamują cytozym zawarty w globulinach, niekiedy jednakże wzmacniają, co częściowo zależy od stosunków przy rozkładaniu surowicy na frakcje. Przez taki rozkład może powstawać trombina z surowicy, w której przed rozkładem wykazać jej nie było można. Chodzi tu o tworzenie się trombiny, które w nierozłożonej surowicy było hamowane.

Globuliny, uzyskane z surowicy inaktywowanej, mają słabsze działanie cytozymu. Natomiast inaktywowanie globulin powoduje w pewnych przypadkach słabszą, w innych silniejszą czynność cytozymu.

Bakterje posiadają zdolność absorbowania cytozymu z surowicy, przez co same nabierają własności cytozymu. Hirszfeld i Klinger (7) nazwali to zjawisko „cytozymowaniem bakteryj". Umożliwia ono m. inn. określanie ilości cytozymu w osoczu, surowicy i t. d.

Cytozymowanie nie odbywa się w surowicy nieczynnej, w 2% rozczynie NaCl, izotonicznych rozczynach $CaCl_2$, $MgCl_2$, $BaCl_2$. Podobnie zachowują się wobec tych czynników działanie dopełniacza, serozymu i powstawanie anafilatoksyny (pod wpływem kontaktu bakteryj z surowicą). Otóż dopełniacz, serozym, anafilatoksyna, cytozymowanie związane są z globulinami surowicy. Według Hirszfelda i Klingera (8—9) ciepło, hipertonja, sole baru wywołują stabilizację globulin, która uniemożliwia czynności od globulin zależne. Dlatego też nie chodzi według Hirszfelda i Klingera przy inaktywizacji o niszczenie przez ciepło jakichś specjalnie czułych ciał specyficznych, ale o zupełną zmianę własności surowicy przez alterację jej fizyczno - chemicznej budowy. Ilustracją tego jest cytozymowanie: cytozym nie zostaje niszczony przez ogrzewanie, jednak funkcja jego, badana przy pomocy bakteryj, zostaje przez ogrzanie surowicy zahamowana. A więc ogrzewanie zniszczyło funkcję ciała ciepłostałego.

W dalszych badaniach udało się Hirszfeldowi i Klingerowi (10—12) stworzyć reakcję serologiczną na kiłę przez niszczenie działania cytozymu pod wpływem surowicy luetycznej („odchylanie cytozymu"). Reakcję tę nazwali autorzy „koagulo-reakcją luetyczną". Polega ona na zmieszaniu 0,1 cm^3 nieczynnej surowicy badanej z rozcieńczeniem cytozymu w stosunku 1/40, 1/80 i 1/160, pozostawienie przez godzinę w temp. pokojowej, dodanie 1 cm^3 rozczynu 0.9% NaCl — 0.05% $CaCl_2$ i 0.5 cm^3 serozymu, pozostawienie przez 15 min. w temp. pokojowej, wreszcie dodanie 1 cm^3 rozczynu fibrynogenu, jako odczynnika na trombinę. Jako cytozymu używano wyciągu, analogicznego do używanych w reakcji Bordet - Wassermanna; jako serozymu — surowicy baraniej, uzyskanej po skrzepnięciu bardzo mocno odwirowanego osocza szczawianowego (a więc pozbawionego prawie zupełnie płytek), w której trombina została zniszczona przez godzinne przebywanie w cieplarce; jako rozczyn fibrynogenu — osocze szczawianowe. W surowicach kiłowych z odpowiedniem rozcieńczeniem cytozymu następowało bardzo wybitne zwolnienie krzepnienia. W pewnych przypadkach reakcja ta była czulsza od odczynu Wassermanna.

Autorzy zbadali swoją metodą 250 surowic z bardzo dobrym wynikiem. Brandt (13) na 500 badanych surowic miał w 94% zgodność z WaR, Uemura (14) również na 500 w 92,75%. Fränkel i Thiele zbadali 70 surowic, również z wynikiem dobrym.

Z licznych badań Hirszfelda i Klingera da się wyciągnąć wniosek, że między pewnemi funkcjami odpornościowemi a funkcjami krzepnienia krwi istnieje analogja, nie polegająca jednakże na identyczności materjalnej wchodzących w grę składników, lecz — zgodnie z poglądami ogólnemi autorów — na swoistej fizyczno - chemicznej budowie surowicy, wzgl. osocza, od której wszystkie te funkcje są w dużym stopniu zależne.

Prace Hirszfelda i Klingera zo-

*) Ze starszych badań przytoczę jeszcze pracę Grubera i Futaki (M. m. W. 1907), którzy znaleźli, że osocze królika prawie nie posiada własności zabijania laseczek wąglika, gdy surowica posiada je w stopniu bardzo znacznym. Źródłem tych ciał „antrakocydycznych" są według tych autorów płytki. Badania te zostały potwierdzone w pracowni Hirszfelda w Zurychu tuż przed wojną (doświadczenia nieogłoszone).

www.dlibra.wum.edu.pl

stały zakończone w r. 1915, w r. zaś 1926 zostały podjęte badania nad temi samemi problemami przez Fuchsa, który wraz z v. Falkenhausenem i inn. współpracownikami ogłosił dotychczas około 30 prac na ten temat.*).

Punktem wyjścia dla prac Fuchsa były badania nad fibrynazami surowicy (16—22). Wykazał on, że surowica końska, bydlęca, barania rozkłada włóknik obcogatunkowy, a nie rozkłada własnogatunkowego. (16). U królików ta specyficzność fibrynaz rozciąga się nawet na rasy. (17).

U gruźlików, u chorych na kiłę, raka można było również wykazać podobne zachowanie się. (18). Np. surowica luetyka rozkłada włóknik zdrowy, gruźliczy, rakowy, nie rozkłada włóknika luetycznego. Podobnie zachowują się inne patologiczne surowice w stosunku do włóknika normalnego i do włóknika ludzi chorych na inne choroby. Stosując frakcję tuberkuliny, odpowiadającą włóknikowi, otrzymał Fuchs podobne, a nawet lepsze wyniki z „fibryną tuberkulinową", niż z „fibryną gruźliczą". Chorzy na rzeżączkę ostrą zachowywali się jak ludzie normalni (19), natomiast chorzy na wiewiórowe zapalenie stawów lub wsierdzia (a więc gdzie gonokok musiał się znajdować — przez pewien czas — we krwi) mieli zróżniczkowanie serologiczno - włóknikowe swoiste. Fuchs twierdzi, że przy pomocy metodyki zaczynowej mógł stawiać zupełnie trafne rozpoznania chemiczne.

Olbrzymia doniosłość praktyczna tych badań, o ileby zostały potwierdzone, każe się zdumiewać, że od r. 1926 Fuchs więcej nad temi kwestjami klinicznemi nie pracował. Inni autorzy otrzymali wyniki różne (Wright i Wolf dodatnie, Montemartini ujemne).

Dalsze badania (20) — przy użyciu podobnej techniki — były poświęcone zachowaniu się azotu pozabiałkowego przy działaniu na siebie toksyny i antytoksyny. Okazało się, że ilość jego się zmniejsza, muszą więc powstawać jakieś większe kompleksy drobinowe z części azotu pozabiałkowego. To samo zjawisko daje surowica konia uodpornionego z włóknikiem normalnym, lub pochodzącym od konia, uodpornionego na inną toksynę). (21). Natomiast normalna surowica rozkłada włóknik koni uodpornionych, jakby był to włóknik zwierząt obcogatunkowych, wzgl. chorych.

Surowica starszych kijanek żaby i ropuchy (22) zachowuje się w stosunku do włóknika z młodszych okresów rozwojowych, jak surowica odpornościowa do włóknika normalnego (zmniejszenie azotu pozabiałkowego); surowica młodszych kijanek do włóknika starszych okresów rozwojowych — jak surowica normalna do włóknika odpornościowego (rozkład). Stąd v. Falkenhausen, Fuchs i Schubert wyciągają wniosek, że w trakcie rozwoju odbywa się uodparnianie na pewne własne grupy komórkowe, ulegające zniszczeniu.

Surowica larw żaby z fibryną człowieka zdrowego nie daje rozkładu, jakby się tego spodziewać należało, ale zmniejszenie azotu pozabiałkowego. To samo dzieje się przy zadziałaniu surowicy końskiej przeciwbłoniczej lub przeciwtężcowej na włóknik ludzki normalny. Zjawisk tych autorzy nie są w stanie wytłómaczyć.

Howell wykazał, że po skrzepnieniu trombina znajduje się i w surowicy i we włóknik, z którego może zostać oddzielona przez dłuższe zadziałanie 8% rozczynem NaCl. Przerabiając podobną próbę z krwią odpornościową, Fuchs (23) wykazał obok trombiny obecność amboceptora we włóknik. Jeżeli doświadczenie przeprowadzane było w ten sposób, że używano rozczynu fibrynogenu normalnego, a serozymu odpornościowego, amboceptor był we włóknik, natomiast przy systemie fibrynogen odpornościowy — serozym normalny we włóknik amboceptora nie było. Doświadczenia te wykazują, że serozym odgrywa pewną rolę w procesie rozdzielania się amboceptora między surowicę i włóknik. Ważniejszą jednak rzeczą jest sam fakt mniejszej ilości amboceptora w surowicy, niż w osoczu. Podobne wyniki w odniesieniu do dopełniacza otrzymał Klopstock, który znalazł, że w osoczu szczawianowem jest więcej dopełniacza, niż w odpowiedniej surowicy, i że dopełniacz ten dłużej może się w osoczu konserwować.

Dalsze prace Fuchsa poświęcone były roli dopełniacza przy krzepnieniu krwi. Wielki nacisk w tych badaniach kładzie Fuchs na kwestje metodyki i techniki (25). W niedostatecznie opracowanej i opanowanej technice widzi źródło błędów wielu prac poprzednich.

Dla izolacji czynników, biorących udział w wytwarzaniu włóknika, stosował Fuchs (26) technikę Bordeta. Koloidalna zawiesina trójfosforanu wapnia absorbuje w osoczu proserozym*), który następnie zostaje uwolniony z odwirowanej zawiesiny przez przepuszczanie prądu dwutlenku węgla, który jednocześnie rozpuszcza trójfosforan wapnia; przez oddializowanie rozpuszczonych soli wapnia otrzymuje się rozczyn serozymu. Osocze pozostałe po odwirowaniu zawiesiny $Ca_3(PO_4)_2$ stanowi rozczyn fibrynogenu w środowisku naturalnem, prawie nie zawierający cytozymu, jeżeli się uprzednio energicznie odwirowało płytki. Ponieważ ta metodyka uległa krytyce przez Wadswortha, Maltaner i Maltaner, Fuchs (27) w badaniach specjalnych wykrył, że dwutlenek magnezu lepiej jeszcze i prędzej wyosabnia serozym, przyczem nie posiada słabych stron trójfosforanu wapnia (zresztą, Fuchs uważa, że krytyka metodyki Bordeta nie jest słuszna).

Niezmiernie ważny jest sposób pobierania krwi, ażeby ulegała ona możliwie najmniejszym zmianom poza ustrojem. Naczynie krwionośne należy wyizolować bez narkozy, możliwie szybko i dokładnie. Odcinek naczynia należy uchwycić między dwa ściskacze, pokryte od wewnątrz gumą dla ochrony od urazów mechanicznych. Cienką parafinową kaniulą szklaną wypuścić krew, przemyć wyizolowany odcinek naczynia nujolem, poczem dopiero zwolnić ściskacz (dystalny w żyle, proksymalny w tętnicy) i parafinowaną, wypełnioną całkowicie nujolem kaniulą wpuszczać krew do parafinowanego naczynia, zawierającego warstwę nujolu i ochłodzonego do 0°C. W ten sposób krew zostaje przelana do naczynia bez żadnego kontaktu z powietrzem i z po-

*) Jest rzeczą zdumiewającą, że w żadnej z oryginalnych prac autorzy nie cytują Hirszfelda i Klingera, aczkolwiek przytaczają bogatą literaturę. Jedynie w pracy syntetycznej (51) Fuchs umieszcza w piśmiennictwie prace H. i K., w tekście cytuje prawie wyłącznie prace, tyczące się „koaguloreakcji" luetycznej.

*) wzgl. serozym, wzgl. protrombinę: nieustalenie istoty rzeczy i nomenklatury spowodowało, że Fuchs w trakcie swych prac zmieniał używane przez siebie terminy, co w znacznym stopniu utrudnia zreferowanie jego prac. Dla uproszczenia będę używał stale nazw: cytozym, serozym, antytrombina.

www.dlibra.wum.edu.pl

wierzchniami szorstkiemi. Krew królicza, w ten sposób pobrana, jest płynna w temp. pokojowej często w przeciągu 2 godzin.

Pozatem udało się Fuchsowi (28) zbudować wirówkę o szybkości 14000 obrotów na minutę. Wirując w niej krew królika w ciągu 2 min., otrzymywał osocze zupełnie wolne od płytek i nie posiadające więcej zdolności do samoistnego krzepnienia (29), analogicznie do odwirowanego w zwykły sposób osocza ptaków, płazów i ryb (Delezenne), które wogóle nie zawiera płytek. Inne sprawy techniczne: (30 — 32).

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyńcze i oceny książek

Patologja kliniczna i doświadczalna.

H. KAHLER. **W sprawie zagadnienia patogenezy nadciśnienia tętniczego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 40. 1931).

Należy uważać za pewnik, że większość przypadków nadciśnienia nie ma nic wspólnego z nerkami. Mechanizm podniesienia ciśnienia krwi polega niezawsze na pierwotnem zwężeniu arteriol z wtórnem wzmożeniem pracy serca; oba czynniki mogą istnieć współrzędnie. Rzadko tylko organiczne zmiany tętniczek są przyczyną nadciśnienia, przeważnie istnieje wzmożone nastawienie napięcia nerwów naczynioruchowych, hipertonja, t. j. stan wzmożonego napięcia mięśniówki naczyń. Ośrodki, zawiadujące napięciem mięśniówki naczyniowej, leżą w podwzgórzu i są kierowane przez wyżej położone ośrodki w ciele prążkowanem, lecz również pierwotnie w mięśniówce naczyniowej powstałe zmiany w stanie koloidal'ym mogą prowadzić do hipertonji. Autor wydziela pewną grupę przypadków jako ośrodkowo-toksyczną hipertensję. Chorzy tacy skarżą się na ogólne zdenerwowanie, ranne bóle głowy, zawroty głowy, ucisk jest najsilniejszy rano, przemiana podstawowa jest wzmożona. Najbardziej istotnem w tej ośrodkowo-toksycznej postaci nadciśnienia jest uwarunkowana konstytucyjnie nienormalna zdolność reagowania ośrodków podkorowych na tonizujące ciała we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym. Inną ośrodkową postać nadciśnienia stanowi postać ośrodkowo-urazowa nadciśnienia, uwarunkowana prawdopodobnie przez uszkodzenie nadrzędnych regulujących napięcie ośrodków w ciele prążkowanem przez miażdżycę mózgową. Jeśli dyspozycja polega na zmianach w stanie koloidalnym mięśniówki naczyniowej, to już normalne bodźce wystarczają do wywołania obwodowo-toksycznej postaci nadciśnienia.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

J. DUMONT. **Zmiany w ograniczonej hepatitis i działanie cytolityczne żółci.** (Paris Méd. Nr. 48. 1931).

Przewlekłym zapaleniom woreczka żółciowego towarzyszą zawsze zmiany w miąższu wątroby bez różnicy, czy jest żółtaczka czy jej niema. *Hepatitis* jest bądź ograniczona, cechuje się przejaśnieniem komórkowem i zwyrodnieniem zanikowem, bądź jest ona bardziej rozlana i głęboka, mogąc osiągnąć stopień tych zmian, jakie się spostrzega w ostrym zaniku żółtym. Autor poddawał tkankę wątrobową działaniu rozcieńczonej żółci; zmiany w niej występowały bardzo szybko, osiągały znaczny stopień i sięgały wgłąb na 1—2 mm. Po 2 godzinach zasadochłonna zaródź stawała się przejrzysta, mitochondrja ulegały rozpuszczeniu, jądro ulegało rozlanej pyknozie. Zmiany w ograniczonej *hepatitis*, które opisywano w zakaźnej lub toksycznej wątrobie, są podobne do tych, które otrzymuje się doświadczalnie zapomocą impregnacji żółcią; można przypuszczać, że są one poczęści zależne od działania miejscowego żółci. Pod wpływem czynnika bakteryjnego lub toksycznego wydzielanie wątrobowe ulega zbyt silnej aktywacji w samych zrazikach wątrobowych i prowadzi do homogenizacji zarodzi, zmian mitochondrjów i jądra komórkowego. Wysepki *hepatitis* możnaby w ten sposób porównywać pod względem patogenetycznym z martwicą tłuszczową zrazików trzustkowych, będącą wynikiem miejscowej aktywacji zaczynów tryptycznych i lipolitycznych.

Henryk J. Landau.

Lecznictwo.

NONNENBRUCH. **Przeciwwskazania do stosowania klimatu górskiego jako środka leczniczego.** (D. m. W. Nr. 49. 1931).

Od dość dawna zauważono dodatni wpływ klimatu zimnego, średnio- i wysokogórskiego, na różne stany chorobowe, specjalnie zaś na cierpienia płuc. Czynnik wzmacniający klimatu górskiego działa odświeżająco na psychikę i ciało ludzkie, oddech pogłębia się, wzmaga się przemiana materji, dzięki wspólnemu działaniu promieni słońca i wysokości. Ogólnie biorąc, klimat górski posiada działanie przestrajające ustrój, do czego przyczynia się: czystość i suchość powietrza, duża zawartość promieni pozafiołkowych, działanie wiatrów i rozrzedzenie powietrza. W rezultacie możemy osiągnąć lepsze samopoczucie chorych, dobry sen, odprężenie nerwowe, uregulowanie i wzmocnienie wszystkich czynności wegetatywnych ustroju. Dotychczas głównie w okolice górskie kierowano gruźlików. Istotnych przeciwwskazań niema tutaj. Jedynie osobnicy bardzo wyniszczeni z ogniskami postępującej sprawy wysiękowej, lepiej winni udawać się w okolice o średnim klimacie. Chorzy z świeżemi naciekami dobrze znoszą wysokości od 600 do 1000 mtr., zwłaszcza na początku leczenia. Astmatycy czują się w czystem powietrzu sanatorjów górskich oczywiście o wiele lepiej. Można to wytłómaczyć zmniejszonem działaniem allergenów oraz pomyślnym wpływem psychicznym. Dobre wyniki można także otrzymać przy leczeniu klimatycznem stanów nadczynności tarczycy. Wybitnie poprawiają się w klimacie wysokogórskim ludzie nerwowi, o chwiejnym układzie roślinnym, rekonwalescenci. Chętnie także wysyłamy w góry djabetyków, otyłych, osobników z zaburzeniami żołądkowemi. Niema przeciwwskazań do stosowania leczenia klimatycznego w górach u ludzi skłonnych do przeziębień i cierpień gośćcowych. Rzadsze przeziębianie się w suchem powietrzu górskiem i dodatni wpływ promieni, właśnie pomyślnie wpływa na zahartowanie tych chorych. Pomimo wskazówek teoretycznych, wiemy z praktyki, jaki dobry wpływ wywiera klimat górski w przypadkach *hypertonia essentialis*, przebiegających bez powikłań, jak również nie spostrzegano ujemnych skutków w czasie pobytu chorych z bladem nadciśnieniem w górach. Bardzo wielu tak zwanych „sercowo" chorych wyśmienicie znosi klimat górski, odzyskując sprawność fizyczną. Wzmacniające działanie gór odbija się także na regeneracji krwi, z wyjątkiem niedokrewności złośliwej, która ulega raczej pogorszeniu.

St. Luxenburg.

G. AYMES. **Zastrzykiwania gazowe podoponowe.** (Monde Méd. Nr. 801. 1931).

W uzupełnieniu metody Cordiera, który leczy rwę kulszową zastrzykiwaniami gazu (filtrowanego powietrza, tlenu z balonów aseptycznych) w okolicę nerwu, autor uzupełnia ją zastrzykiwaniami nadoponowemi gazu. Metoda więc autora polega na: 1) zastrzyknięciu podskórnem 50—200 cm^3 tlenu na poziomie łydki lub główki piszczeli; 2) zastrzyknięciu głębokiem w okolicę pnia nerwu (najczęściej w okolicy pośladka) 30—80 cm^3 tlenu; 3) zastrzyknięciu nadoponowem 30—40 cm^3 mleka. Bardzo często w rwie kulszowej autor ogranicza się do samego zastrzykiwania nadoponowego. Z 11 przypadków, leczonych tą metodą, w 8 osiągnięto wyleczenie. Autor rozszerzył wskazania

www.dlibra.wum.edu.pl

do tej metody na: 1) *lumbago*, w którem na 5 przypadków osiągnął w 4 znaczną poprawę oraz 2) na nietrzymanie moczu u dzieci: w 2 przypadkach, w których atropina, kwas fosforowy, zastrzykiwania nadoponowe soli fizjologicznej pozostały bez wyniku, osiągnięto wyleczenie jednem zastrzyknięciem 10 cm^3 tlenu. Autor podaje dokładne szczegóły techniczne zastrzykiwania. Henryk J. L a n d a u.

Ch. RICHET syn i F. JOLY. **Leczenie delirjów trójbromometanolem (awertyną).** (Paris Méd. Nr. 44. 1931).

Autorzy podają awertynę w następujący sposób: dawka wynosi 0,10 gr. na kilogram wagi, średnio więc 6,5—7,5 gr.; tę całą ilość rozpuszcza się w 260 cm^3 wody o utrzymywanej stale ciepłocie 40°, poczem dla kontroli środka dodaje się kroplę czerwieni konga, która powinna barwić rozczyn na różowo (niebieskie zabarwienie dowodzi, że produkt jest nie do użycia). Ten rozczyn wlewa się do irygatora uprzednio tak ogrzanego, aby ciepłota utrzymywała się stale przez cały czas lawatywy na tym samym stopniu. Lawatywę leczniczą powinna poprzedzać lawatywa oczyszczająca. Jedyna niedogodność polega na tem, że bredzący może natychmiast wydalić awertynę. Próby podawania drogą wśródżylną o tyle zawiodły, że podana w ten sposób awertyna działa 7 minut (w tym czasie ciśnienie krwi znacznie się obniża). Autor stosował awertynę w *delirium tremens*, w padaczce, w bredzeniach podczas zapalenia opon mózgowych, wszędzie z doskonałym wynikiem. W żadnym przypadku nie występowały niepożądane uboczne działania. U alkoholików po awertynie wykrywano w moczu ślady acetonu i ciała redukujące, nie skręcające płaszczyzny polaryzacji. Czynność wątroby i nerek nie ulegała upośledzeniu. Henryk J. L a n d a u.

Choroby zakaźne.

A. A. SOŁOMIN. **O leczeniu zimnicy małemi dawkami chininy.** (Wracz. Gaz. Nr. 18. 1931).

Każdy organizm zwalcza pasorzyty malarji na swój sposób. Przy zakażeniu tym samym pasorzytem w identycznych warunkach jeden z członków rodziny może wyzdrowieć bardzo szybko, inny dopiero po długotrwałem leczeniu. Szczepiąc malarję dla celów leczniczych w *neurolues*, wybieramy osobników, którzy miewają silne napady, natomiast zaszczepiony choruje b. lekko lub wcale nie zapada na malarję. Obserwowano również zjawisko odwrotne. Ciężkość zachorowania nie jest zależna od zjadliwości, odporności mikroorganizmu, tylko od makroorganizmu (organizmu ludzkiego). Wychodząc z założenia, że chinina nie jest bakterjobójcza dla pasorzytów malarji, że stężenie chininy w organizmie ludzkim nie ma istotnego znaczenia, zaczęto stosować w leczeniu malarji małe dawki chininy (dla dorosłych najwyższa dawka dożylnie 0.2 *pro die* i *per os* 0.3—0.5 *pro die*) i otrzymano takie same wyniki, jak przy leczeniu dużemi dawkami. Nawroty przy leczeniu małemi dawkami chininy są rzadsze, aniżeli przy stosowaniu dawek średnich. Ogólna ilość chininy, potrzebna do wyleczenia malarji, nie daje się zgóry określić; zależy to od organizmu, stanu odżywiania i innych warunków życiowych. M. S e g a ł.

A. FAURE i J. SALUCKI. **Przypadek ostrego tężca z wyzdrowieniem.** (Monde Méd. Nr. 798. 1931).

Autorzy podają opis przypadku ostrego tężca, choroby o bardzo wątpliwem rokowaniu, która jeszcze dziś, niestety, znajduje tyle ofiar wśród klasy robotniczej i włościańskiej; ten przypadek zakończył się wyzdrowieniem. Autorzy pragną zwrócić uwagę na pewien punkt, który uważają za bardzo ważny. Chodzi, mianowicie, o leczenie mieszane. Jest rzeczą bardzo ważną łączyć leczenie tężca surowicą w dużych dawkach z metodą B a c c e l l i e g o, t. j. z codziennemi zastrzyknięciami podskórnemi 2% rozczynu kwasu fenolowego w ilości 20 lub 25 cm^3 dziennie. Autorzy doradzają również podawanie dużych ilości tlenu i stosowanie bardzo gorących kąpieli.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

Georges PORTMANN. **Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique.** (Masson et Cie. Paris. 1932. 1 vol. 900 p. 467 fig. et 2 pl. en couleur).

Profesor P o r t m a n n, godnie i z pietyzmem pielęgnujący tradycję swego mistrza M o u r e a, jednego z najwybitniejszych twórców szkoły oto-laryngologicznej w Bordeaux, powziął szczęśliwą myśl wydania podręcznika techniki operacyjnej, stosowanej przez siebie w klinice. Napisał kapitalne dzieło, jedno może z najprzedniejszych, jakie z omawianej dziedziny zjawiło się w ostatniem dwudziestoleciu w Europie. W książce swej dał autor kwintesencję i całokształt wszystkich niemal zabiegów chirurgicznych w oto-laryngologji. Nie wdając się w ocenę krytyczną i wyliczanie różnorodnych metod operacyjnych, stosowanych przez rozmaite szkoły spółczesne, P o r t m a n n, jak w pięknym kalejdoskopie, przesuwa przed okiem i myślą czytelnika z nadzwyczajną ścisłością, w jasnym, krótkim, przejrzystym wykładzie wszystkie zewnętrzne operacje ucha, nosa, krtani, tchawicy, operacje wewnątrznosowe, gardzielowe, posługując się pięknemi ilustracjami. Każda faza operacji, najdrobniejszy nawet szczegół ma swój rysunek z objaśnieniami. Ilustracje te są arcydziełem tak z punktu widzenia artystycznego, jak i anatomicznego. Wystarczy przejrzeć kolejno rysunki i objaśnienia poszczególnego zabiegu, by odrazu mieć przed oczyma całokształt operacji. Z każdej stronicy wyziera anatom-chirurg i doskonały praktyk. Przed każdym zabiegiem autor przytacza: wskazania, przeciwwskazania, sposób przygotowania chorego, sposób znieczulania, rozmieszczenie asystentów, przedstawia na ilustracji narzędzia potrzebne, wykłada technikę oraz wszystkie fazy zabiegu, wreszcie leczenie pooperacyjne i możliwe powikłania. Wszystko to jest wyłożone zwięźle, krótko, stylem „telegraficznym", jak się wyraża sam autor w przedmowie. Dzieło P o r t m a n n a stanowi przeto doskonały konspekt z którego laryngolog, traktujący swą specjalność, jako szeroki odłam chirurgji, wielu rzeczy nauczyć się może. Aczkolwiek autor zamierzał tylko wyłożyć sposób operowania w klinice w Bordeaux, czyni jednak w niektórych rozdziałach wyjątki. Tak np. operację M o u r e a guzów jamy nosowo-gardłowej ilustruje i objaśnia ze szczególną precyzją, a ilustrując sposób wykonywania rozszczepienia krtani, zwraca się ku metodzie S a i n t - C l a i r T h o m s o n a, omawia ją szeroko i radzi ją stosować, a przecież przekracza ona ramki typowego rozszczepienia krtani, stając się nieraz: „à la demande des lésions" hemilaryngektomją. Całość książki jest piękna i czyta się lekko, jak romans. Zewnętrzna szata książki jest wspaniała i bogata. Dzieło P o r t m a n n a, jak ongi dzieło Moritza S c h m i d t a, powinno znaleźć się w księgozbiorze każdego laryngologa.

M. K o e n i g s t e i n.

PAESZLER. **Rozpoznawanie przewlekłych ognisk infekcyjnych w jamie ustnej.** (Münch. med. Woch. Nr. 45 i 46. 1931).

Powtarzające się w migdałkach infekcje powstają na tle zarazków obecnych w nich od czasu pierwszego zakażenia; przewlekłe zakażenia, które dają nawet dłuższe okresy wyzdrowienia, nie goją się prawie nigdy samoistnie. Wobec tego w każdym przypadku anginy, leczonej konserwatywnie, można być pewnym istnienia przewlekłej infekcji. Tam, gdzie wywiady nie wskazują przyczyny istniejących zmian w migdałkach, czas wystąpienia anginy należy odnieść do wczesnego dzieciństwa. Na tem tle powstaje cały szereg zapaleń w migdałkach, tak zw. „z zaziębienia", w okresach niegrypowych, lub dla których nie znajduje się ogniska zarażenia w otoczeniu. Przewlekłe infekcje mogą

www.dlibra.wum.edu.pl

pozostawać w głęboko położonych resztkach amputowanych migdałków. Blizny pooperacyjne zwężają, a nawet zamykają światło przewodów wyprowadzających migdałków i ich rowków. Chorzy często mieszają pojęcie tonsillotomji i tonsillektomji. Badanie migdałków powinno się odbywać specjalnym szpatelkiem przez odchylenie przednich łuków podniebiennych, przyczem migdałki ukazują się najlepiej, a wraz z niemi fałdy, rowki i wyloty okołomigdałkowe. Znacznie powiększone migdałki wskazują z wielką pewnością na infekcję. Tak zw. migdałki hiperplastyczne u dzieci są w znacznej liczbie przypadków pochodzenia zapalnego. Praktycznie w braku innego ogniska można przyjąć za ognisko pierwotne infekcyj narządowych lub ustrojowych przerośnięte migdałki. Im starszy jest osobnik z przerosłemi migdałkami, tem pewniejsza jest infekcja, gdyż migdałki maleją z wiekiem. Małe migdałki są przerosłe tkanką łączną, co wskazuje na toczący się w nich przewlekły proces zapalny. Są one czasami chrząstkowej spoistości. Takie migdałki są najczęściej źródłem wtórnych infekcyj. Migdałki mogą mieć ukrwione otoczenie; małe i twarde są blade. Zresztą zabarwienie nie ma większego znaczenia dla rozpoznania. Powierzchnia migdałków, w których toczy się proces zapalny, jest nierówna. Brzegi krypt takich migdałków są zgrubiałe. Dalszym dowodem zmian infekcyjnych jest obecność ropy w rowkach i zatokach okołomigdałkowych. W niektórych przypadkach przy lekkim ucisku na migdałki z krypt wydziela się ropa. Czasami należy uciskać w kilku miejscach, a brak ropy w kryptach nie wyłącza jeszcze infekcji. Ropa bywa gęsta, rzadka i śluzowa. O ile wydzielina jest pochodzenia zapalnego, badanie mikroskopowe wykazuje ciałka ropne. Czopy w migdałkach niezawsze są ropne; często składają się z nabłonków, detrytu, soli wapniowych i również powstają na tle zapalnem. Zrosty migdałków z otoczeniem powstają po operacjach i po przebiciu się ropni okołomigdałkowych. Znaczenie rozpoznawcze ma nieco bolesne powiększenie okolicznych gruczołów limfatycznych, zwłaszcza w bocznych częściach szyi, czasami znacznie dalszych. Badanie bakterjologiczne nalotu jest, zdaniem autora, zbędne. Rozpoznawanie przewlekłych ognisk zapalnych zgryzu uważają lekarze za należące do stomatologów, w wielu przypadkach należy jednak do internisty. Brak próchnicy wyłącza możliwość zmian w korzeniu i wierzchołku zębowym. Po stwierdzeniu próchnicy należy sprawdzić, czy są bóle zębów, bolesność na ciepło i zimno, przy opukiwaniu, obejrzeć dziąsła co do ich zabarwienia, obrzęków, umocowanie zęba w szczęce, poszukać, czy niema przetok. Przetoki zębowe dowodzą przebicia się ropnia zębodołowego. Stwierdzenie wymienionych objawów wymaga dalej rentgenogramu odpowiedniego zęba. Martwy ząb jest zawsze podejrzany, jako ognisko infekcyjne. W przypadkach niejasnych należy prześwietlać odcinki szczęki, pozbawione zębów, dla wyłączenia ognisk w resztkach korzeni. O ile rentgenogram nie daje wyjaśnienia, należy chorego skierować do dentysty dla zbadania prądem faradycznym. W poszukiwaniu procesów okołowierzchołkowych należy pamiętać o możliwości *pyorrhea alveolaris*, której objawami są: rozluźnienie się zębów, tworzenie się kieszonek między dziąsłem a szyjką zęba, gromadzenie się ropy w wymienionych kieszonkach, obrzęk dziąseł, krwawienie przy nieznacznym urazie, zesinienie lub zaczerwienienie dziąseł. Uzupełnieniem badania jest rentgenogram. F. Turyn.

WIRTH i LACHENIT. **Czy następstwa tonsillektomji są szkodliwe.** (Münch. med. Woch. Nr. 45. 1931).

Podobna opinja jest dość rozpowszechniona. Po usunięciu migdałków mają łatwo występować infekcje dróg oddechowych, przewlekłe zapalenia gardzieli, zaburzenia w głosie i w mowie. Z tego względu przewlekłe zapalenia migdałków u śpiewaków i mówców leczone bywają zachowawczo. Autorzy zbadali 200-tu chorych w dłuższym czasie po operacji usunięcia migdałków. 92 z tej liczby nie miało żadnych dolegliwości. Wielu podawało mniejszą skłonność do zaziębień. Tylko 28 badanych skarżyło się na częste katary, chrypki, nieżyt oskrzeli, suchość gardła; u części — dolegliwości te wynikały ze zmian w budowie lub w śluzówce nosa, u kilku zjawiły się po operacji, zamiast dawniejszych częstych angin. Autorzy wyjaśniają, że migdałki, jako utkanie wrażliwsze, częściej zachorowują na skutek infekcji, niż śluzówka nosa lub oskrzela. Najczęściej na początku infekcji niewiadomo, czy wywiąże się katar, czy angina. Jednocześnie obydwie sprawy utrzymują się rzadko. Silny odczyn ze strony migdałków jakgdyby osłabia gotowość pobliskich śluzówek do stanu zapalnego. Zjawiska tego nie należy jednak tłumaczyć, że wynika z roli ochronnej migdałków, które w przewlekłem zapaleniu i tak spada do zera. Suchość w gardle miała za podłoże zmiany w nosie, a u jednego z badanych istniała i przed operacją. Podobnie było u innych chorych z zapaleniem gardzieli. Zaburzenia mowy powstały u 2 operowanych z powodu rozległych blizn na łukach podniebiennych. W tych przypadkach usunięcie migdałków było już utrudnione przez silne zrosty, które więc istniały przedtem. Autorzy sądzą, że w żadnym ze zbadanych przypadków poszczególne dolegliwości nie wiązały się przyczynowo z faktem usunięcia, wzgl. braku migdałków. Stwierdzone zaburzenia wynikały ze zmian, które istniały przedtem, a 70% operowanych nie podawało żadnych skarg.

F. Turyn.

HANSEN. **Leczenie gorączki siennej za pomocą odczulenia.** (D. m. W. Nr. 51. 1931).

Podstawy teoretyczne, na których opiera się tego rodzaju leczenie, polega na wstrzykiwaniu b. małych ilości patologicznych wywoływaczy wyciągów z różnych traw w dawkach wzrastających, aż do wywoływania niewrażliwości czasowej. Zrozumiałe jest, że dzięki różnorodności wywoływaczy i osobniczych własności, trudno jest znaleźć uniwersalny skład wyciągu. W roku bieżącym autor stosował mieszaninę wyciągów, Helisen, z pyłków następujących traw: *agrostis, alopecurus, authoxanthum, arrhenatherum, bromus, cynosurus, dactylis, pestuca, holucus, lolium, phalaris, phleum, poa, tricetum. Socale* nie było wprowadzone do tych wyciągów. Stosowanie Helisenu w praktyce zwróciło uwagę na konieczność dodania *Secale*, które obecnie stale znajduje się w wyciągu. Dzięki temu leczeniu uzyskano: w 40% — b. znaczną poprawę, w 20% — mierne polepszenie, w 24% — brak poprawy. Autor jest zdania, że wyciąg z wyżej wskazanych traw nadaje się do leczenia gorączki siennej u większości chorych. Uwzględnienie ścisłe warunków indywidualnych potrzebne jest wtedy, gdy w grę wchodzą pyłki, niepochodzące z traw, względnie takich, których niema w składzie stosowanego wyciągu, a które znajdują się w otoczeniu chorego. W przypadkach opornych godne polecenia jest odczulenie za pomocą dużych dawek, względnie t. zw. chroniczne odczulenie.

St. Luxenburg.

Choroby płuc.

WELTMAN i TSCHILOW. **O wpływie salirganu na retencję chlorków w pneumonji.** (Münch. med. Woch. Nr. 43. 1931).

Miejsce zatrzymania chlorków w przebiegu zapalenia płuc nie jest ustalone. Jedni uważają, że gromadzenie chlorków odbywa się w płucach, inni — w skórze, tkance podskórnej, mięśniach i t. p. Zjawisko to wiązane jest również z progiem nerkowym. Autorzy starali się sprawdzić, czy salirgan, uruchamiający chlorki tkanek, wpłynie na ich wydalanie w przebiegu pneumonji. Z ilości chlorków w moczu po wstrzyknięciu salirganu 6-ciu chorym na zapalenie płuc wynika, że ilość wydalonych chlorków jest tu mniejsza, niż np. po salirganie u chorych z obrzękami sercowymi, większa jednak, niż przed wstrzyknięciem. Po uderzeniu wodnem wzmożona diureza nie idzie w parze z większem wydalaniem chlorków. Po salirganie wzrasta odsetek chlorków w moczu. Z tego wynika, że między wydalaniem chlor-

www.dlibra.wum.edu.pl

ków a wody istnieje pewna niezależność. Doświadczenia te pokazują, że w przebiegu zapalenia płuc ma miejsce sucha retencja chlorków, prawdopodobnie dla zachowania równowagi w stanie rozpuszczalności pewnych frakcyj białkowych, które w chorobie tej zjawiają się w większej ilości. F. T u r y n.

MAYER - LIST i LORE KAUFFMANN. **Astma bronchiale i diathesis vasoneurotica.** (Med. Klinik. Nr. 48. 1931).

Przyczynę astmy widzimy obecnie w działaniu ciał pobudzających, drażniących, tak zwanych allergenów. Przez allergję rozumiemy specyficzne oddziaływanie ustroju na pewne ciała (allergeny), obojętne dla ustroju zdrowego, oddziaływanie częściowo wrodzone *(idiosyncrasia)*, częściowo nabyte *(anaphylaxia)*. Pod usposobieniem allergicznem rozumiemy odziedziczoną skłonność do stanów allergicznych, przejawiających się w t. zw. narządach wstrząsowych. Naczem jednak polega to usposobienie, tego dokładnie nie wiemy. Według jednych główną rolę odgrywa tutaj zachwianie równowagi układu mimowolnego, według innych — dołącza się tutaj także nadmierna przepuszczalność naczyń włosowatych. W konsekwencji tych zapatrywań nie sposób pominąć udziału gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i znaczenia czynnika psychicznego. Wszystkie te zapatrywania mają pewną dozę słuszności, należy je tylko uporządkować. Możemy przyjąć za O. M ü l l e r e m, że podłożem do powstawania astmy jest *diathesis vasoneurotica* zwłaszcza błon śluzowych; skaza zaś i objawy naczyniowe układu mimowolnego ze swej strony uwarunkowane są odpowiednią konstytucją ustroju. Pod nazwą *„diathesis vasoneurotica"*, rozumie O. M ü l l e r dysergję w zakresie naczyń obwodowych, stan spastyczno - atoniczny, ułatwiający zastoje, po drugie — dysproporcję w budowie anatomicznej. Dysergja to — dysfunkcja w grze nerwów układu roslinnego, gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, zaburzenia równowagi kwasowej pomiędzy krwią i tkankami. Autorzy w badaniach swoich starali się wykryć istnienie skazy. jako podstawy astmy, zwłaszcza zaś astmy allergicznej. Zbadano ogółem 50 przypadków: 22 kobiety i 28 mężczyzn w wieku od 17 do 60 lat. Stwierdzenie obecności *diathesis vasoneurotica* opierało się na badaniu makroskopowem: zimne i wilgotne ręce, *cutis marmorata*, dermografizm, oraz mikroskopowem: badania podstawy paznogcia i błony śluzowej wargi dolnej, części wyprostnej przedramienia. Wynik dodatni otrzymano w 30 przypadkach; t. j. 60%, ujemny w 7 (14%), silnie dodatni w 13 (26%). Z badań tych widzimy, jak duża stosunkowo liczba ludzi, obciążaonych skazą, znajduje się pośród astmatyków. Trudniej jest odpowiedzieć na pytanie, czy w tych przypadkach znajdujemy allergję, i czy to usposobienie allergiczne ma swój podkład w *diathesis vasoneurotica*. Analizując siedem przypadków w których otrzymano wynik ujemny, można stwierdzić, że allergję raczej spotykamy w przypadkach, gdzie stwierdzono obecność skazy, w przypadkach z wynikiem ujemnym więcej w grę wchodziły wpływy psychiczne. Jednak przy braku obecności cech skazy czynnik allergiczny nie może być tak łatwo wyeliminowany. Astma allergiczna może istnieć bez obecności *diathesis vasoneurotica*, a wtedy spotykamy objawy stygmatyzacji układu wegetatywnego. Zaburzenia w krążeniu krwi, powstałe na podłożu *diathesis vasoneurotica*, doprowadzają łącznie lub też bez odczynu allergicznego, do powstawania obrzęku i zaburzeń wydzielniczych. Wtórne zaś do skurczów oskrzelowych. W drugiej grupie, bez udziału skazy, mechanizm powstawania astmy wytłomaczyć można dawną teorją o pierwotnie powstałym skurczu oskrzeli, do którego przyłącza się stan zapalny błony śluzowej, a w następstwie typowa astma. St. L u x e n b u r g.

SEYFFARTH S. **O tworzeniu się przetok po ropniakach opłucny.** (Monatschr. f. Kinderheilk. Tom. 51 zesz. 1).

Na zasadzie własnych spostrzeżeń autorka twierdzi, iż przetoki, po metapneumonicznych ropniakach opłucny, leczonych za pomocą sączkowania gumowym drenem, powstają nietyle naskutek przyczyn anatomicznych, ile bakterjologicznych. Mianowicie, długotrwałe przetoki występują prawie wyłącznie u dzieci, zakażonych gruźlicą. Przetoki są, jak wykazuje pewna liczba przypadków, wynikiem infekcji mieszanej przy współistnieniu zakażenia gruźliczego. Wanda G r u n d g a n d.

LANDAU. **Nierozpoznane zwężenie oskrzela.** (D. m. W. Nr. 47. 1931).

Mężczyzna, lat 52, został skierowany do zakładu rentgenowskiego, celem prześwietlenia klatki piersiowej, z rozpoznaniem odmy samoistnej. Badanie stwierdziło istnienie b. znacznego stopnia zwężenia lewego oskrzela na tle szybko rosnącego nowotworu złośliwego. Bronchoskopja potwierdziła to rozpoznanie. Bóle klatki piersiowej, jakie istniały w tym przypadku, mogą zależeć, rzecz prosta, od sprawy reumatycznej względnie neuralgji, jednak ich uporczywość, towarzyszący kaszel i stale wzrastająca liczba nowotworów złośliwych oskrzeli winna była zwrócić uwagę w kierunku tej ostatniej możliwości. Nagłe wystąpienie duszności, przy braku objawów nieżytu oskrzelowego i eozynofilji nie upoważniało do rozpoznawania w tym przypadku dusznicy oskrzelowej, taksamo, jak brak charakterystycznych objawów wypukowych i wysłuchowych czynił wielce wątpliwem istnienie odmy piersiowej. Prześwietlenie w płaszczyźnie strzałkowej i zdjęcie w skośnem ustawieniu klatki piersiowej pozwoliło ustalić istotne rozpoznanie. St. L u x e n b u r g.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

H. SCHULTEN. **Obraz krwi niedokrewności złośliwej w remis jach wątrobowych.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 1).

W przypadkach niedokrewności złośliwej, które badano na wysokości choroby, obraz krwi był zawsze typowy, to znaczy liczne objawy hematologiczne były zawsze obecne prawie w pełnej liczbie. Są to, obok zwiększonej zawartości hemoglobiny w poszczególnych komórkach (wskaźnik barwnikowy), większa przeciętna średnica czerwonych ciałek krwi, wzmożona anizocytoza, większa przeciętna objętość i większa owalność komórek; poikilocytoza i mikrocytoza bywają często, choć niezawsze obecne. W białym obrazie krwi istniała leukopenja ze względną limfocytozą, ezynopenją, monocytopenją, a przedewszystkiem z hipersegmentacją objętnochłonnych (przesunięcie obrazu A r n e t h a naprawo). Płytki były przeważnie znacznie zmniejszone w swej liczbie. W surowicy zawartość bilirubiny była zawsze zwiększona, często znajdowano w niej hematynę. Z postępującą poprawą pod wpływem leczenia wątrobowego zwiększone liczby zbliżały się do normy, rzadko jednak obniżały się poniżej górnej granicy normy. Przedewszystkiem widział autor nawet po dobrej, utrzymującej się latami remisji prawie zawsze zwiększoną przeciętną średnicę czerwonych ciałek krwi i anizocytozę. Nie tak regularnie znajdowano (uszeregowane w porządku zmniejszającej się częstości) zwiększony wskaźnik barwnikowy, zwiększoną przeciętną objętość, hipersegmentację obojętnochłonnych, względną limfocytozą, mikrocytozą i zwiększoną owalność. Natomiast w dobrej remisji zawsze znikała leukopenja, monocytopenja, eozynopenja, trombocytopenja, hematynemja i patologiczna bilirubinemja. Opadanie czerwonych ciałek krwi było przeważnie nawet przy normalnej zawartości hemoglobiny przyśpieszone. Obraz krwi był więc we wszystkich przypadkach mniej lub więcej patologiczny, a mianowicie przeważnie w tak charakterystycznej postaci, że nawet w zupełnej remisji rozpoznanie można było postawić przynajmniej bardzo prawdopodobne. W schorzeniach wątroby z żółtaczką znajduje się również częściowo te same zmiany hematologiczne (zwiększony wskaźnik barwnikowy, zwiększona objętość, zwiększona średnica). Zasada B ü r k e r a o równomiernem stężeniu hemoglobiny na powierzchni ludzkich i zwierzęcych czerwonych ciałek krwi nie ma znaczenia

www.dlibra.wum.edu.pl

w patologji ludzkiej, przynajmniej we wtórnych niedokrewnościach. Autorowi nie udało się ani w okresie pełnego rozwoju, ani też w czasie remisji różniczkować w obrazach krwi chorych z niedokrewnością złośliwą między megalocytami, ani makrocytami (N a e g e l i). Henryk J. L a n d a u.

ESSENFELD. **O agranulocytozie po leczeniu neosalwarsanem.** (Münch. med. Woch. Nr. 48, 1931).

Poza niedokrewnością w kile wrodzonej i pojedyńczemi przypadkami aleukji i anemji aplastycznej w przebiegu kiły, wzgl. kuracji przeciwkiłowej luetycy nie przedstawiają szczególnych uszkodzeń obrazu krwi. Dotychczasowe przypadki agranulocytozy u luetyków tłumaczone są działaniem preparatów arsenobenzolowych. Zarówno działanie arsenobenzolu, jak agranulocytoza są mało zbadane. Wrażliwość na arsenobenzol jest b. rzadka, przeważnie przemijająca, agranulocytoza w tych przypadkach nie była jednak notowana. Doniesień o agranulocytozie u luetyków nieleczonych arsenobenzolem dotąd niema, jak również nie spostrzegano agranulocytozy u luetyków leczonych innemi preparatami. Obraz kliniczny agranulocytozy niezawsze jest tak pełny, jak to podał S c h u l z, występuje czasami pierwotnie. Nietypowy przebieg chorobowy nie uprawnia jeszcze do rozpoznania wtórnej agranulocytozy, gdyż w pierwotnej agranulocytozie niezawsze objawy wyrażone są w pełni. Powstawania agranulocytozy po kuracji arsenobenzolowej dowodzą 2 przypadki, obserwowane przez autora. Jednocześnie chory poczuł bóle w jamie ustnej, podwyższoną t°, a po dniu stwierdzono owrzodzenia w jamie ustnej i na podniebieniu. Ze krwi wyhodowano *staphyloc. aur.*, a z owrzodzeń *spirilli* i *b. fusiform.* We krwi leukopenja (2000) z limfocytozą (85%). Chora zmarła. W II przypadku po 12-ej injekcji neosalwarsanu chory dostał bólów w gardle z utrudnieniem połykania i podwyższonej t°. Następnie powiększyły się gruczoły podszczękowe. We krwi leukopenja (1700), limfocytoza (66%) i monocytoza (30%). Zmiany w jamie ustnej przeszły dalej na gardziel, nagłośnię. Ogólny stan chorobowy stawał się coraz cięższy. Chory zmarł. W obydwu przypadkach brak było żółtaczki, trombopenji i objawów skazy krwotocznej. F. T u r y n.

H. G. KRAINICK. **Eozynofilja i przemiana białkowa w przypadku subleukemicznej myelozy.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 1).

W przypadku subleukemicznej myelozy z eozynofilją wysokiego stopnia, dochodzącą do 46%, przeprowadzono systematyczne badania chemiczne i hematologiczne, których wyniki wykazały paralelizm między zwiększeniem się i zmniejszeniem wydalania kwasu moczowego (i wydalaniem azotu całkowitego) z jednej a zwiększeniem się i zmniejszeniem względnej eozynofilji z drugiej strony. Autor wyciąga z tego wniosek, że możliwem jest, iż eozynofilja może znajdować się w biologicznej zależności od rozpadu leukocytów. Mechanizmu tej zależności doszukuje się autor w istnieniu autoantygenów, które się uwalniają przy rozpadzie komórkowym i wywołują allergiczny antygeno - przeciwciałowy odczyn powodujący eozynofilję. Z drugiej strony możliwem jest, że podczas rozpadu komórkowego powstają pierwotne ciała eozynotaktyczne bez allergicznego mechanizmu odczynowego. Henryk J. L a n d a u.

Choroby dzieci.

A. COUVELAIRE, P. LEREBOULLET i LACOMME. **Przyczyny śmiertelności w pierwszych 10 dniach życia.** (Paris Med. Nr. 45. 1931).

Statystyka autorów obejmuje 772.000 dzieci, żywo urodzonych, z których w ciągu pierwszych 10 dni życia zmarło około 15.000, t. j. 19%. W przeciwieństwie do martwych płodów śmiertelność w pierwszych dniach życia jest większa na wsi, niż w miastach. Od roku 1920 do 1928 zarówno odsetek martwych porodów, jak i przedwczesnej śmiertelności stale maleje. Przedwczesna śmierć noworodków jest uwarunkowana przez dwa czynniki zasadnicze: 1) brak witalności noworodka w samej chwili urodzenia się, 2) schorzenia nabyte po urodzeniu się. Przyczyny śmierci przedurodzeniowe mogą zależeć: 1) od czynnika patologicznego, związanego z warunkami zapłodnienia i ciąży, 2) od czynnika urazowego, związanego z warunkami porodu. Analiza statystyczna wykazuje, że czynnik patologiczny ma zasadnicze znaczenie. Czynnik urazowy, przeciwnie, ma obecnie, przynajmniej w ośrodkach, zorganizowanych pod względem położniczym, znaczenie tylko drugorzędne. Statystyka wykazuje, że śmiertelność w pierwszych 10 dniach życia jest śmiertelnością dzieci o niskiej wadze. Najistotniejszą więc przyczyną śmiertelności jest słabość wrodzona. Anomalje wrodzone płodowe mają znaczenie istotne, choć ograniczone (7%). Słabość wrodzona może być skutkiem przedwczesnego przerwania ciąży, zależnego od miejscowej nieprawidłowości położniczej (bliźniactwo, krwawienia, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, urazy, *endometritis* i t. p.). Około trzeciej części słabych dzieci, umierających w ciągu pierwszych 10 dni życia, należy do tej grupy. Zapobiegać temu można w dużym stopniu przez zapewnienie kobiecie ciężarnej spokoju. Druga kategorja słabości zależy od chorób płodu, zakażeń lub zatruć drogą transplacentarną. W pewnej liczbie przypadków choroba płodu jest wynikiem dziedziczenia bezpośredniego po ojcu. W większości przypadków słabości, należące do tej kategorji, mają przyczynę w chorobie matki. Najważniejszemi chorobami, prowadzącemi do słabości płodu, są: kiła wrodzona (20%), toksemje ciążowe (białkomocz, rzucawka), schorzenia serca i nerek, gruźlica, ostre zakażenia i zatrucia (w sumie 20%). Uraz porodowy zależy od zwężeń miednicy, zwłaszcza nierozpoznanych, nieprawidłowej kurczliwości macicy i t. p. Jeśli chodzi o przyczyny pourodzeniowe, odróżnić można wśród nich 3 kategorje: 1) ściśle scharakteryzowane choroby, nabyte z pewnością po urodzeniu; 2) choroba lub słabość wrodzona, które przy odpowiednich staraniach po urodzeniu nie musiałyby prowadzić do śmierci; 3) bardziej lub mniej scharakteryzowane choroby, o których pochodzeniu przed- lub pourodzeniowem dałoby się dyskutować (liczne krwotoki, ciężkie żółtaczki i t. p.). Środkami, które pozwoliłyby ograniczyć przedwczesną śmiertelność, są z punktu widzenia lekarskiego: 1) badanie i w miarę potrzeby leczenie rodziców przed zapłodnieniem; 2) badanie lekarskie ogólne i akuszeryjne kobiet w ciąży; 3) nadzór podczas porodu; 4) nadzór troskliwy nad noworodkiem, a szczególnie nad noworodkiem słabym w pierwszych dniach życia, zapewniający mu odpowiednie żywienie, ciepłotę, zabezpieczający go od zakażeń, szczególnie pępkowych, skórnych, oddechowych i przewodu pokarmowego. Wprowadzenie tych środków w życie wymaga, oczywiście, odpowiednich posunięć w zakresie opieki społecznej, jak: prawa do bezpłatnej opieki lekarskiej, ochrony matki i noworodka i t. d. Henryk J. L a n d a u.

HENER G. i C. VOGT. **Guzy mózgu u dziecka.** (Pediatrie Nr. 10. 1931).

Cechy kliniczne guzów mózgu u dzieci różnią się od kliniki tych guzów u dorosłych. U dzieci w obrazie chorobowym dominuje zespół wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, natomiast objawy ogniskowe są zwykle dyskretne. Symptomatologja ogólna jest przeważnie jednakowa, niezależna od lokalizacji guza, a typowa dla wieku dziecięcego. Początek wyjątkowo bywa ostry, zwykle jest postępujący, przyczem pierwszym objawem jest zmiana usposobienia dziecka. Dalej, jedne z pierwszych zjawiają się oznaki wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Bóle głowy są zupełnie niepodobne do uporczywych bólów u dorosłego, bywają niewielkie, nawet przy dużem ciśnieniu, niekiedy brak ich zupełnie; występują okresowo, przypominając napady migreny. Niekiedy zastępują je bóle w innych narządach, zwłaszcza trzewiowe. Wymioty zjawiają się również okresowo, nie-

www.dlibra.wum.edu.pl

kiedy imitują banalne postacie wymiotów dziecięcych. Drgawki występują w 50% przypadków lub częściej i są zależne od wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego. Bywają podobne do napadów padaczkowych, z przewagą jednak fazy skurczów tonicznych. Objawy oczne są wyraźne. Najczęstsze u dzieci jest porażenie 6-ej pary nerwów czaszkowych. Ambliopja zjawia się podstępnie, przerywanemi napadami. Niekiedy zupełna ślepota ustala się nagle w ciągu jednej doby do 15 dni; jest to typowe dla wieku dziecięcego. Przebieg może być początkowo monosymptomatyczny, w późniejszym okresie jednak objawy wzmożonego ciśnienia grupują się i zjawiają się okresowo, kilkudniowemi napadami; w międzyczasie dziecko robi wrażenie zdrowego. W końcu zjawia się wodogłowie, które wraz ze ślepotą charakteryzuje 2 okres choroby. Klasyczny objaw zwolnienia tętna i oddechu jest bardzo niestały, natomiast stałą cechą guzów mózgu wieku dziecięcego jest zwolniona przemiana podstawowa. W III okresie dołączają się porażenia z przykurczami, zaburzenia czynności zwieraczy, dziecko jest już zupełnym kaleką. W razie wcześnie dokonanej trepanacji dekompresyjnej objawy subjektywne zostają złagodzone, przedmiotowe jednak są w pełni rozwoju. Dzieci te poza tem reprezentują zwykle zespół niedorozwoju przysadkowego częściowy i wtórny — są małe, otyłe, o wyglądzie młodszym od rzeczywistego wieku, nie wykazują cech dojrzewania płciowego. W przeciwstawieniu do zmian cielesnych zaburzeń psychiki zwykle brak, jakkolwiek u dorosłych są one częste. Oprócz powyższych cech klinicznych, rozpoznanie ułatwia wziernikowanie dna oka, radjografja kostna czaszki, encefalografja oraz nakłucie lędźwiowe lub, w przypadkach guzów podejrzanych o umiejscowienie w okolicy wodociągu S y l w j u s'z a, lepiej komorowe. Cenne wskazówki może dać próba Q u e c k e n s t e d t - S t o o k e y a. W płynie mózgowo-rdzeniowym zwykle stwierdza się typową niewspółmierność białkowo-cytologiczną, jednak u dzieci hiperalbuminoza, zdaje się, nie dosięga nigdy dużych rozmiarów.

W. G r u n d g a n d.

BERNFELD W. **Badania doświadczalne nad odpornością ścian naczyń włosowatych u młodych niemowląt, zwłaszcza wcześniaków.** (Monatschr. f. Kinderheilk. Tom. 51 zesz. 1).

Skłonność do krwawień, zależna od stopnia łamliwości ścian naczyń włosowatych skóry, została zbadana przez autora na materjale 111 niemowląt za pomocą specjalnie skonstruowanego przyrządu, wytwarzającego, po przyłożeniu do skóry, ciśnienie ujemne, kontrolowane manometrem. Zaobserwowana przez innych autorów zależność między wagą przy urodzeniu a skłonnością do krwawień nie została, na zasadzie powyższych badań, potwierdzona. Wbrew mniemaniu B a y e r a, przebieg porodu nie wpływa na zmniejszenie odporności ścian naczyń włosowatych. Również zaobserwowanej przez B a y e r a wzmożonej skłonności do krwawień w pierwszych 4 dniach życia nie udało się wykazać na małym materjale. Natomiast, zgodnie ze zdaniem Y l l p ö s a, stwierdzono wzrastającą z wiekiem odporność naczyń u pewnej liczby wcześniaków. Naogół jednak, po przejrzeniu całego materjału, wydaje się, że skłonność do krwawień z wiekiem wzrasta — u noworodków wystąpił odczyn dodatni (zwiększona łamliwość naczyń) w 47%, u niemowląt w 1 kwartale — w 59%, w drugim kwartale — w 60%. Do podobnych wyników doszli i inni badacze. Stwierdzono również kilka przypadków o wybitnie wzmożonej skłonności do krwawień, co odpowiadałoby stanowi, określanemu przez B a y e r a jako astenja śródbłonkowa. Przed śmiercią odporność naczyń słabnie i jest tem słabsza, im bliżej zgonu. Podawanie preparatów wapnia *(calcium* - S a n d o s domięśniowo) nie wpływa na skłonność do krwawień.

W. G r u n d g a n d.

Choroby oczu.

A. ELSCHNIG. **Usunięcie zaćmy w torebce przy stożku rogówki.** (Klin. Monatsblät. f. Augen. Styczeń 1931).

E l s c h n i g podaje, że w piśmiennictwie znalazł tylko 2 przypadki operacji zaćmy w przypadkach stożka rogówki, to też ogłasza swój, uważając go za rzadki. Dotyczy on 65-letniego mężczyzny, ogólnie zdrowego, u którego stwierdził w oku prawem stożek rogówki dużego stopnia z nieznacznem zmętnieniem rogówki na szczycie stożka, zmętniałą soczewkę, zez rozbieżny z ostrością wzroku = palec z 1 m.; na lewem oku nieduży stożek rogówki bez zmętnień, tylko jądrową zaćmę z ostrością wzroku po wyrównaniu szkłami (— 4.0D) — $^1/_{36}$. Autor dokonał jednego dnia zabiegu w obu oczach, usuwając zaćmy w torebkach bez iridektomji; przebieg pooperacyjny był normalny i chory wypisał się z kliniki z ostrością wzroku po wyrównaniu szkłami kombinowanemi $^6/_{24}$ i $^6/_8$. Jak widać z tego przypadku, można bezpiecznie i z dobrym wynikiem wykonać zabieg nawet przy stożku wysokiego stopnia, lecz nie posuwającym się w rozwoju.

N. E s s i g m a n.

KUNZ E. **O zmianach we wczesnym okresie jaglicy.** (Zentralbl. f. die ges. Ophthalm. T. 124 zesz. 4).

Do najwcześniejszych zmian należą zmiany naczyniowe, mianowicie, rozszerzenie naczyń, szczególnie powierzchownych, które tworzą brodaweczki. Zmiany te dają wczesny przerost brodawkowy. Główną rolę odgrywa jednak drobnokomórkowy naciek składający się głównie z komórek plazmatycznych, z początku dookoła naczyń. Wślad za komórkami plazmatycznemi następuje skupianie się komórek limfatycznych. Komórki plazmatyczne nie są jednak tylko okresem wczesnym nacieku limfatycznego. Pochodzą one prawdopodobnie ze śródbłonka naczyń. Grudki, utworzone z komórek limfatycznych, niczem nie różnią się od grudek, powstałych w innych schorzeniach: są wyrazem chronicznego podrażnienia. W dalszym ciągu autor omawia sprawę istnienia specjalnej otoczki łącznotkankowej dookoła grudki i na zasadzie własnych badań dochodzi do wniosku, że otoczka, jako taka, nie istnieje, a następuje jedynie uszczelnienie włókien tkanki łącznej wskutek ucisku grudki. W dalszym ciągu następuje bujanie nabłonka z wytworzeniem się jakby nowych gruczołów, dochodzących aż do przednich części tarczki. W samej grudce następują zmiany w wyglądzie poszczególnych komórek. Zjawiają się komórki zarówno z dużem, jak i małem jądrem, fagocyty, leukocyty wielojądrzaste. W grudce znajdują się prócz tego naczynia krwionośne i chłonne. Grudka może się całkowicie wessać. Najczęściej jednak następuje rozpad grudki ze zmianami łącznotkankowemi.

W. A r k i n.

M. PROCKSCH. **O leczeniu schorzeń dna ocznego za pomocą amylnitrytu podług Imre.** (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1930, grudzień).

Autor opiera się na badaniach I m r e g o nad działaniem amylnitrytu w schorzeniach dna oka, w zanikach nerwu wzrokowego, naczyniówki i siatkówki. Leczenie polegało na wdychaniu amylnitrytu. Autor stosował tę metodę leczniczą z wyjątkiem chorych, u których stwierdzał wzmożone ciśnienie tętnicze, powyżej 150 mm. RR. Poza przemijającemi bólami głowy u niektórych, nie spostrzegano żadnych ujemnych skutków. Leczenie okazało się mało skuteczne w zanikach nerwu wzrokowego. Natomiast dobre wyniki zanotowano w *retinitis pigmentosa*. W dwuch przypadkach ostrość wzroku podniosła się, rozszerzyło się pole widzenia. W zanikach naczyniówki wynik leczenia był różny. W niektórych przypadkach ostrość wzroku wcale się nie zwiększyła, w innych podniosła się dwu- i nawet trójkrotnie. W 2-ch przypadkach po drugiem wdychaniu amylnitr. nastąpiło nagłe pogorszenie, chorzy skarżyli się na mgłę. Myślano o krwotoku, lecz wziernikiem nie wykryto zmian. Następnego dnia wzrok powracał do normy. Naogół stosowano wdychania 1 — 2 kropel A. przez 5 kolejnych dni. O ile pierwsze wdychanie nie dawało poprawy, leczenie przerywano. Środka tego chorym do rąk nie dawano, lecz polecano im zgłaszać się po pewnym czasie do kliniki. Niektórzy chorzy podawali, że

www.dlibra.wum.edu.pl

widzą przedmioty w jaśniejszem oświetleniu, co naprowadziło autora na myśl, że poprawa jest uwarunkowana lepszą adaptacją światła. W. Arkin.

Van der STRAETEN. **O zapobieganiu ropotokowi u noworodków.** (Archiwes d'ophtalmologie, wrzesień 1930 r.).

Van der Straeten twierdzi, że zakraplanie 2% lapisu do worka spojówkowego nie jest najważniejszym czynnikiem w zapobieganiu ropotokowi u noworodków, kładzie natomiast nacisk na dwa inne czynniki, odsunięte po wprowadzeniu zabiegu Credégo na plan drugi. Są to: 1) odkażanie dróg rodnych podczas ciąży i porodu, 2) następnie jaknajdokładniejsze oczyszczanie powiek noworodka natychmiast po urodzeniu nawet jeszcze przed przewiązaniem pępowiny. Podczas gdy działanie wyżej przytoczonych zabiegów jest łatwo zrozumiałe autor nie potrafi dokładnie zdać sobie sprawy z działania zabiegu Credégo. Credé wychodził z założenia, że gonokoki przedostają się między powieki podczas porodu. Van der Straeten zaś uważa, że ma to miejsce tylko wyjątkowo; zazwyczaj przedostają się po urodzeniu, gdy dziecko otwiera oczy, z brzegów powiek wskutek niedokładnego ich oczyszczenia. Gdy drobnoustroje znajdują się już w worku spojówkowym, trudno zrozumieć, aby mogły być zniszczone przez jednę kroplę lapisu, wpuszczoną na rogówkę i wylewającą się w znacznej mierze na brzegi powiek. Ponieważ jednak mamy do czynienia z tak przebiegłym wrogiem, jakim jest gonokok, należy, zdaniem van der Straetena, walczyć wszelkiemi środkami, jakiemi rozporządzamy, nie zaniedbując jednego na korzyść drugiego.

W. Frenkiel-Zamenhofowa.

Wskazówki praktyczne

G. W. Parade i K. Volt stosują w ostrym napadzie *choroby Adams - Stockesa adrenalinę* podskórnie lub domięśniowo. Zastrzykiwania podskórne 0,001 adrenaliny są środkiem, ratującym życie, w ostateczności zastrzyknięcie dosercowe. W razie istniejącej gotowości do napadów — zapobiegawczo efedryna. (D. m. W. 1931 N. 15).

—o—

Przeciwko wstrząsowi idjosynkrazyjnemu poleca E. Schott natychmiastowe zastrzyknięcie *adrenaliny, gorące zawijania, kamforę* lub *kardiasol*, ewentualnie jeszcze digipurat lub digalen, albo strofantynę (0,5 — 0,75 dożylnie) oraz energiczne masowanie kończyn. (Fortschr. d. Therap. 1931, N. 7).

—o—

Według E. Romberga stosowanie *naparu naparstnicy powinno być zaniechane* na korzyść proszku, który wywiera działanie w dawkach mniejszych, niż napar. Prócz tego napar po upływie 24 godzin traci połowę swojej siły leczniczej. Jako metodę wyboru poleca R. stosowanie doustne. Tylko w razie poważnych zaburzeń żołądkowych i w przypadkach nagłych— zastrzykiwania dożylne strofantyny. (D. m. W. 1931, N. 17).

Seligmann, opierając się na wynikach stosowania rozmaitych sposobów *czynnego uodparniania przeciwko błonicy*, dochodzi do wniosku, że z 3-ch sposobów: anatoksyna, TA i maść Loewensteina, największy procent ujemnego odczynu Schicka, największą zawartość anatoksyny we krwi i najmniejszy procent zachorowań na błonicę daje anatoksyna. (D. m. W. 1931. N. 37).

—o—

Burghard uważa za najwłaściwszy termin *szczepienia błonicy* koniec pierwszego roku życia. Podczas masowego panowania błonicy szczepić nie należy. Przeciwwskazanie do szczepienia stanowią: gruźlica, wybitna skaza wysiękowa, astma, usposobienie neuropatyczne i spazmofilja. Wobec tego, że szczepienie nie jest absolutnie bezpieczne, przymusu szczepienia nie należy stosować; pożądane jest szczepienie w razie nawrotów błonicy, przed przyjęciem do przytułków dla dzieci, domów sierot i t. d., jak również dla personelu pielęgniarskiego i lekarskiego na oddziałach błoniczych. (Kinderärztl. Praxis 1931. N. 9).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dn. 19. XI. 1931 r.

Przewodniczący: Dr. Kopczyński, sekretarz Dr. Piotrowska W.

Osób obecnych 62.

Przewodniczący poświęca słów kilka pamięci zmarłego lekarza szkolnego ś. p. d-ra Trenknera.

Zebrani przez powstanie uczcili pamięć zmarłego. Następnie prof. dr. Hirszfeld wygłasza odczyt: *„W sprawie szczepień zapobiegawczych przeciwbłoniczych na terenie międzynarodowym"*.

Prelegent referuje sprawę badań, zainicjowanych przez Komitet Ligi Narodów w sprawie szczepień przeciwbłoniczych. Na Kongresie w Paryżu w r. 1929 zapadła uchwała, aby przebadać porównawczo na dużym materjale wszystkie szczepionki przeciwbłonicze i ich skuteczność. Badania te były prowadzone w ciągu 2 lat na terenie międzynarodowym i dały ogromny materjał kazuistyczny, przedstawiony na Kongresie w Londynie w 1931 r. Jako najlepsza ze wszystkich szczepionek, została uznana anatoksyna. Należy dążyć jednak do uzyskania szczepionek o większej sile antygennej i dających mniejsze odczyny. Referent omawia kazuistykę szczepienną poszczególnych państw, specjalnie nieogłoszone sprawozdanie amerykańskie, podkreślając znaczenie szczepień w mniejszych środowiskach, narażonych na zakażenie. W myśl uchwały Komisji w akcji masowej odczyny Schicka mogą nie być wykonywane.

Odczyt prof. Hirszfelda uzupełnia p. Dr. H. Sparrow i Dr. R. Kaczyński, przedstawiając sprawę szczepień zapobiegawczych przeciwbłoniczych na terenie Warszawy.

Akcję szczepień przeciwbłoniczych rozpoczęto w Warszawie 15. I. 30. W ciągu 15 miesięcy pracy do 1. IV. 31. nagromadził się materjał, który podajemy w zestawieniu.

Odczyny Schicka — zbadano u 18.829 dzieci (kolumny lotne i przychodnia Państwowego Zakładu Higjeny), w tem dodatnich odczynów było 7.100. Wrażliwość ogólna wynosi 37,7%. W obliczeniach, zrobionych według grup wieku, widzimy, że dziewczynki, poczynając od 5 lat, są znacznie wrażliwsze od chłopców. Stopień wrażliwości stoi w bezpośredniej zależności od środowiska, w którem dzieci wzrastają. Dzieci proletarjatu żydowskiego są mniej wrażliwe, niż dzieci aryjskie, a wrażliwość tych w różnych okolicach miasta nie jest jednakowa.

W okresie sprawozdawczym w kolumnach lotnych (w 50 szkołach powszechnych, 8 przedszkolach, 9 gimnazjach, 6 żłobkach i 10 zakładach wychowawczych) i w przychodni P. Z. H. 3-krotnie szczepiono 590 dzieci, 2-krotnie 3.585 i jednokrotnie 1.671. Wyniki uodparniania zależą od wieku i płci szczepionych. Jednokrotne szczepienie zmieniło odczyn Schicka z dodatniego na ujemny tylko u 47 z 97, co stanowi 47.5%. Po dwukrotnem z liczby 928 dzieci zbadanych odpornych okazało się 738, co stanowi 79.5%. Po 3 szczepieniach wynik jest znacznie lepszy, tu na 189 zbadanych okazało się 177 odpornych, czyli 93,7%.

Wyniki szczepienia zależą od wieku (im dziecko starsze, tem łatwiej się uodparnia), od płci (chłopcy uodparniają się

www.dlibra.wum.edu.pl

łatwiej, niż dziewczynki), od liczby szczepień (im więcej szczepień, tem wynik jest lepszy) i wreszcie od stopnia wrażliwości pierwotnej (im wrażliwość jest większa, a odczyn Schicka silniejszy, tem odsetek uodpornionych jest niższy).

W okresie sprawozdawczym stwierdzono 31 przypadków zachorowań na błonicę u dzieci szczepionych: w tem 3 po 3-ch szczepieniach, 12 po ukończeniu 2 szczepień, 16 w toku szczepienia.

Liczba zachorowań zmniejsza się w zależności od liczby szczepień. Dzieci, szczepione 2-krotnie, chorowały 2 razy rzadziej, niż dzieci szczepione 1 raz, a przebieg choroby był u nich naogół lżejszy.

Prelegenci nalegają na konieczność masowej akcji szczepień bez wyłączania z niej osobników odpornych na błonicę (t. j. Schick ujemnych).

W dyskusji:

Dr. Korsakówna kwestjonuje możność przeprowadzenia szczepień masowych na terenie szkół średnich, seminarjów ze względu na bardzo nieznaczną liczbę przypadków błonicy na terenie szkół i ograniczony czas lekarzy szkolnych. Za bardziej wydajne uważa propagandę i przeprowadzenie szczepień przez lekarzy sanitarnych dzieci młodszych, w wieku przedszkolnym. Propaganda szczepień przeciwbłoniczych winna być robiona na terenie wszystkich instytucyj opieki nad dzieckiem.

Dr. Balicka wypowiada się radykalnie przeciwko szczepieniom masowym na terenie szkoły, gdyż dzieci szkolne, zwłaszcza starszych oddziałów, znajdują się poza linją niebezpieczeństwa błonicy.

Dr. Bejlis wypowiada się za szczepieniem na terenie szkoły tylko podatnych na błonicę (Schick dodatnich).

Dr. Miklaszewska zaznacza, że w statystyce, na którą powołują się prelegenci, zmniejszenie chorobowości na błonicę zależne jest nietylko wyłącznie od szczepień zapobiegawczych, lecz i od rozwoju opieki sanitarno-lekarskiej.

Dr. Jurjewiczówna zapytuje, jakie wyniki daje szczepienie przez zakraplanie szczepionek do nosa.

Dr. Uliński stwierdza bardzo nieznaczną liczbę przypadków błonicy na terenie szkoły średniej i zapytuje, czy należy przed szczepieniem wykonywać badanie moczu.

Dr. Piotrowska podkreśla państwową skalę proponowanej akcji. Przypuszczając, że całkowite zniknięcie błonicy jako choroby zależne jest od: 1) masowości szczepień, 2) trzykrotności (obecna szczepionka), 3) od ponawiania szczepień, zapytuje prof. Hirszfelda, w jakim czasie można się spodziewać owych nadzwyczajnych pomyślnych wyników, jakie osiągnęły niektóre miasta Ameryki.

W odpowiedzi swej prof. Dr. Hirszfeld broni idei szczepień masowych, jako leżących w dobrze zrozumianym interesie państwa. Stwierdza, że, jakkolwiek błonica szerzy mniejsze spustoszenia, niż inne choroby zakaźne, to jednak, wobec posiadania dla jej całkowitego zniszczenia pewnego i dostępnego środka należy go zastosować. Ponieważ odporność, nabyta drogą szczepienia, nie jest dziedziczna, jako cecha nabyta, szczepienia winny być ponawiane.

Pani Dr. Sparrow wyjaśnia interpelantom: Dr. Balickiej, że odczyny poszczepienne są zjawiskiem rzadkiem, że naogół przebiegają łagodnie i nie mogą być przeciwwskazaniem do proponowanej masowej akcji szczepień, Dr. Jurjewiczównie: szczepienia przez nos są mozolne, wymagają częstszych, niż trzykrotne, powtarzań i nie dadzą się stosować masowo; Dr. Ulińskiemu: Ilość formaliny w szczepionce jest tak niewielką, że obawy jakichkolwiek powikłań ze strony nerek są płonne, a więc poprzedzające szczepienie badanie moczu zbędne.

Prelegentka radzi stosować za przykładem Łodzi szczepienie przeciwbłonicze podczas szczepienia ospy.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 m. 40.

Posiedzenie z dnia 17. XII. 1931 r.

Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński, sekretarz Dr. Mucho. Osób obecnych 42.

1) Przewodniczący oznajmia, że na konkursie im. G. Piramowicza w Tow. Lekarskiem Warszawskiem nagrodę otrzymał Dr. J. Bogdanowicz za pracę p. t. „Zarys rozwoju dziecka" i za całokształt działalności higjeniczno-szkolnej. Przewodniczący składa mu powinszowania, a obecni witają to oklaskami.

2) Przewodniczący przypomina o cyklu odczytów p. t.: „*Niebezpieczeństwa wielkiego miasta*", jakie się odbywają w Warszawskiem Towarzystwie Higjenicznem i zachęca obecnych, by polecali uczęszczanie na te odczyty młodzieży męskiej klasy ostatniej.

3) Przed porządkiem dziennym inż. Okoński zademonstrował *model higjenicznego obuwia i skarpetek własnego pomysłu*. Zaleta przedstawionego modelu polega na tem, że jest on ściśle dostosowany do kształtu stopy.

4) W związku z nieprzybyciem na posiedzenie z powodu choroby Dr. Piotrowskiej, zapowiedziany przez nią odczyt nie doszedł do skutku, natomiast Dr. W. Goździcki wygłosił odczyt p. t. „*O etycznych walorach wychowawczych, zawartych w grach ruchowych i sporcie*". Zdaniem prelegenta, walory te są następujące:

1) W grach ruchowych i sporcie króluje równość broni.

2) W grach ruchowych i sporcie liczba walczących z każdej strony jest jednakowa. Korzystają oni z jednakowych pozycyj i stanowisk i mają jednakowe prawa na zasadzie wspólnej umowy regulaminu.

3) Uczestnicy gier i sportów w charakterze sędziów ćwiczą się w wydawaniu wyroków na zasadzie kodeksu, obowiązującego związki sportowe.

4) Gry i sporty uczą chłopców przezwyciężać pierwotne popędy, uczą ich bowiem wspaniałomyślności i rycerskości zarówno zwycięzców, jak i zwyciężonych.

5) Gry i sporty urabiają poczucie sprawiedliwości nietylko w uczestnikach rozgrywek, ale i w widzach.

6) Gry i sporty są terenem szlachetnej emulacji.

7) Gry i sporty wyrabiają poczucie godności osobistej, karności, solidarności i przygotowują do dźwigania odpowiedzialności osobistej w imię zasady: „Jeden za wszystkich, wszyscy za jednego".

W końcu swego przemówienia prelegent popiera swe wywody przykładami, zaczerpniętemi z życia społecznego stojących na wysokim stopniu kultury cielesnej, przedewszystkiem Anglików. Wreszcie nawołuje nauczycieli gimnastyki i kierowników wychowania fizycznego w Polsce, aby mieli zawsze przed oczyma ideał umysłowo-moralny, który winien być scentralizowany z rozwojem fizycznym.

W dyskusji: Dr. Fr. Ks. Cieszyński podnosi doniosłość poruszonego tematu, zwłaszcza w dobie obecnej. Sporty i gry ruchowe — to najlepszy sposób walki z alkoholizmem, nikotynizmem, grą w karty i rozpustą. Mówca przeciwny jest obdarzaniu zwycięzców puharami, jako symbolem pijaństwa, radzi dawać zwycięzcom książki lub dzieła sztuki.

Dr. Raszpiehler zachęca kolegów do ubiegania się o państwową odznakę sportową i o propagowanie jej wśród młodzieży.

Dr. Tomaszewski z oburzeniem wspomina o stosowaniu w pewnych klubach dla członków, biorących udział w rekordach, środków podniecających.

Przewodniczący wspomina o niebezpieczeństwach, płynących ze zwyrodnienia sportu.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21,35 wiecz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dnia 12. XII. 1931 (Paris Méd. Nr. 52) F. Ramoudi D. Popovici referowali o wynikach swych badań nad *własnościami wydzielania gazów śluzówki żołądkowej królika i psa*. Zemulgowany eter, zastrzyknięty podskórnie, wydziela się poczęści w żołądku, który szybko rozdyma. Tak samo tlen, azot, kwas węglowy, zastrzyknięte podskórnie, wydzielają się w ciągu kilku minut poprzez śluzówkę pustego żołądka, którego wpust i odźwiernik są zamknięte. To wydzielanie zwiększa się o 30%, jeśli uprzednio przepłukać żołądek rozczynem fizjologicznym z alkoholem. Wydzielanie gazów zwiększa się więc, gdy wydzielanie śluzówki jest pobudzone. Aerogastrja może więc być poczęści skutkiem wydzielania się gazów krwi poprzez śluzówkę żołądka. To samo dotyczy śluzówki jelit.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 11. XII. 1931 (Paris Méd. Nr. 51) Pasteur Vallery-Radot i P. Blamontier przedstawili 10-letnie dziecko, które dostawało *pokrzywki za każdym razem, gdy zanurzało pewną część ciała do zimnej wody lub gdy wychodziło na mróz*. Skropienie chlorkiem etylu wywołało pokrzywkę tak, jak zastosowanie zimnej wody. Pokrzywka ta jest pochodzenia naczynioruchowego i nie ma nic wspólnego ze zjawiskami humoralnemi. Autorzy próbowali leczyć dziecko przyzwyczajeniem do niskich temperatur. Rzeczywiście, kilkakrotne zanurzanie w ciągu dnia rąk do zimnej wody przyniosło wyleczenie, tak, że dziecko znosi bez pokrzywki zanurzenie rąk do wody z lodem, skrapianie chlorkiem etylu. Pewne zaburzenia naczynioruchowe, zależne od czynników fizycznych, mogą więc być zwalczane skutecznie prostem przyzwyczajeniem, zamiast uciekania się do skomplikowanego leczenia farmakologicznego, przeważnie bezskutecznego.

www.dlibra.wum.edu.pl

Krytyka lekarska

Lekarze a przemysł chemiczno-farmaceutyczny.

(Uwagi na marginesie odczytu dr. D o m i n i k i e w i c z a).

Podał

Dr. St. KRAMSZTYK (Warszawa).

Wśród różnych gałęzi przemysłu przemysł chemiczno - farmaceutyczny zajmuje szczególne, osobliwe zupełnie miejsce. Z charakteru swojego nie podlega on, być może, nawet tak zasadniczym prawom, rządzącym przemysłem, jak sprawa popytu i podaży. Służąc tak wzniosłemu celowi, jak zdrowie ludzkie, i czerpiąc swe wytyczne ze ścisłych danych nauk doświadczalnych oraz spostrzeżeń klinicznych, musi przemysł chemiczno - farmaceutyczny inaczej zgoła być traktowany.

Toteż słusznie twierdzi w swoim odczycie dr. D o m i n i k i e w i c z, że w każdym kraju sprawa specyfików, a więc sprawa przemysłu chemiczno-farmaceutycznego jest „zagadnieniem państwowem natury politycznej i gospodarczo - ekonomicznej, a wszędzie łączy się w jedno zagadnienie tylko na płaszczyźnie naukowej, względnie lekarskiej".

Wzmiankowany powyżej autor w niezmiernie cennych swych uwagach dotyka również i sprawy stosunku świata lekarskiego do zagadnień, związanych z wytwórczością chemiczno - farmaceutyczną. Powiada on, że „lekarz musi się interesować specyfikiem, poczynając od jego podstaw naukowych aż do zastosowania praktycznego i jego wyników".

Sprawa ogromnego w ostatnich latach wzrostu liczby specyfików była już parę lat temu roztrząsana na łamach „Warsz. Czasopisma Lekarskiego". Rozlegały się wówczas głosy, że nadmierny rozrost tej gałęzi lecznictwa jest sprzeczny z istotnemi interesami tego ostatniego, że jest on jedynie wynikiem spekulacyjnych czysto posunięć przemysłu i związanej z niemi nierzetelnej często reklamy.

Tego rodzaju objekcyj nie spotykamy już wcale w referacie dr. D o m i n i k i e w i c z a. Przeciwnie, wzrastającą produkcję specyfików uważa on za rzecz zupełnie naturalną, rozumując, że rozwoju przemysłu chemiczno - farmaceutycznego nic już powstrzymać nie zdoła. Jeżeli jeszcze tu i owdzie aptekarstwo usiłuje przeciwstawić się temu stanowi rzeczy, a nawet popierane jest w tem przez niektórych lekarzy, to należy powiedzieć, że są to objawy nierozumienia postępu istotnego. Dr. D o m i n i k i e w i c z twierdzi, że specyfiki lecznicze są właściwie wytworem tego stanu rzeczy, są konsekwencją rozwoju przemysłu chemicznego i jego szerokiej penetracji w życiu codziennem, i to jest naturalnym objawem rozwoju wiedzy chemicznej, której medycyna nowoczesna, bądź co bądź, coraz więcej ma do zawdzięczenia. Ale równocześnie autor ten dowodzi, że źródłem specyfiku leczniczego jest niezaprzeczenie recepta lekarska, gdyż lekarstwo, powstałe bez koncepcji medycznej i doświadczenia lekarskiego, jest nie do pomyślenia.

A jednak niezawsze powyższe, kardynalne, zdawałoby się, warunki są istotnie wypełniane. Tak np. bardzo znaczna część z pomiędzy 50.000 specyfików francuskich wyrabiana jest przez apteki często bez udziału lekarskiego.

Tymczasem nie ulega wątpliwości, że specyfiki lecznicze są nietylko konsekwencją rozwoju przemysłu chemicznego, ale również i przedewszystkiem tych kierunków naukowych, jakie obecnie coraz więcej zaczynają dominować w medycynie. Wszak w czasach olbrzymich przeobrażeń, jakie zachodzą we wszystkich dziedzinach tej gałęzi wiedzy, w czasach, o których Hans M u c h powiedział niedawno, że biologja ludzka dopiero się teraz zaczyna, i że wszędzie właściwie stoimy u progu rzeczy nowych, i lecznictwo nie może poprzestać na dotychczasowej recepcie aptecznej, a szukać musi dla siebie nowych dróg i skomplikowanych postaci.

Lecznictwo współczesne jest wykładnikiem tych ogromnych zdobyczy w zakresie doświadczalnym i klinicznym, w jakie tak obfituje teraźniejszość, i każdy, kto zdaje sobie sprawę z tych postępów, pojmuje, że lecznictwo musi z kolei odpowiadać wielkim, niespotykanym dawniej wymaganiom. Stąd wynika ten coraz ściślejszy kontakt, jaki łączyć musi lekarza z wytwórczością chemiczno - farmaceutyczną. Jak dalece współpraca lekarza z przemysłem może być celowa i owocna — tego dowodem są choćby te liczne prace kliniczne i doświadczalne, jakie ukazują się coraz to częściej w czasopismach lekarskich niemieckich, a które bez pomniejszenia ich wartości naukowej są przeprowadzone przy wydatnej pomocy finansowej przemysłu. Wiadomo jest, że wszyscy prawie farmakolodzy niemieccy ściśle związani są z przemysłem. Że to nie jest uważane za coś uwłaczającego, tego dowodzą liczne referaty naukowe, wygłaszane na Zjazdach chemików niemieckich przez stałych współpracowników wielkich firm chemiczno - farmaceutycznych; w tem miejscu można też wskazać na fakt, że obaj tegoroczni laureaci N o b l a w dziedzinie chemji należą do składu I. G. Farbenindustrie. Z natury rzeczy lekarz odgrywać zaczyna coraz to większą rolę w samej wytwórni, a następuje to wskutek tego, że wytwórnia wymaga coraz większego i bezpośredniego zasilania jej z najnowszego dorobku medycyny naukowej, oraz że dla należytego poziomu naukowego wypuszczanych przetworów konieczne jest ścisłe badanie na drodze biologicznej. Że wytwórnie z racji tej podnoszą się do poziomu istotnych pracowni naukowych, tego dowodem są odnośne prace, jakie ukazują się z tych warsztatów.

Dzięki ścisłej i stałej współpracy lekarza, którego umysłowość nastawiona jest na ciągłe postępy terapji, produkcja danej wytwórni znajduje się w stanie energji potencjalnej i szybko może reagować na każdorazowy impuls.

W tem miejscu należy zaznaczyć, że stosownie do obecnych, tak niezmiernie wielostronnych wymagań terapji, wytwórnia przemysłowa, pracująca dla celów lecznictwa nie jest li tylko wytwórnią chemiczną; musi ona łączyć w sobie również i zakres produkcji hermonów, witamin i t. d. — jednem słowem, pracować pod szeroko ujętym biologicznym punktem widzenia.

A teraz zagadnienie pierwszorzędnej wagi. Jak dalece przemysł chemiczno - farmaceutyczny polski stoi na wysokości zadania, jak dalece potrafi on odpowiedzieć współczesnym wymaganiom i wytrzymać z powodzeniem konkurencję z przemysłem zagranicznym. Dr. D o m i n i k i e w i c z w odczycie swoim wiele miejsca i dużo cennych uwag poświęca tej sprawie, uznając, jak to powyżej było już wspomniane, że jest to zagadnienie państwowe natury politycznej i gospodarczo - ekonomicznej. Autor ten stwierdza, że „słaby rozwój przemysłu chemicznego u nas, graniczący z zupełnym brakiem wytwórczości w wielu dziedzinach, stanowi mo-

www.dlibra.wum.edu.pl

ment gospodarczy i polityczny niesłychanej doniosłości". „Stanowimy korzystny rynek zbytu dla wielu surowców, związków chemicznych prostych i wyrobów gotowych. Toteż przemysł bliższych i dalszych sąsiadów naszych szuka sobie u nas możności zbytu i w dużym zakresie go znajduje".

A jednak, jak to w innem miejscu stwierdza dr. Dominkiewicz, przemysł nasz może się już nawet i w zakresie syntezy poszczycić przetworami, w niczem nieustępującemi renomowanym zagranicznym, nie mówiąc już o innych dziedzinach, gdzie potrafiliśmy się zdobyć na oryginalne pomysły, oparte na dokładnych wynikach doświadczalnych i sprawdzone na drodze obserwacyj klinicznych.

Ale polski przemysł chemiczno - farmaceutyczny ma na swej drodze kilka szczególnego rodzaju trudności, na które muszę wskazać, opierając się na kilkoletniem doświadczeniu osobistem.

O ile przemysł niemiecki, francuski czy angielski nie jest skrępowany prawie żadnemi przepisami, w Niemczech np. niema żadnych ograniczeń przy wytwarzaniu i obrocie specyfików, to w Polsce sprawę tego wyrobu reguluje zasadniczo rozporządzenie Misterstwa Zdrowia Publicznego z dnia 8 października 1921 r. W rozporządzeniu tem zawarte są wymagania, aby specyfik nie ulegał rozkładowi przy dłuższem przechowywaniu, aby składem swym różnił się od mieszanin, objętych farmakopeą krajową lub obcą, zaś pod względem leczniczym odpowiadał celowi, wskazanemu przez wytwórcę, oraz był nowością, znamionującą postęp w lecznictwie. Pozwolenia wydawane są na podstawie badania specyfików, dokonanego w Państwowym Zakładzie Higjeny w dziale chemicznym, względnie biologicznym. Takie skrępowanie warunków produkcji i rozpowszechnienia specyfików ma oczywiście swoją stronę dodatnią, bo chroni spożywców od rzeczy bezwartościowych i podnosi jakość specyfików.

Jednakże istnieje i odwrotna strona medalu. Warunek co do nowości, znamionującej postęp w lecznictwie, jest pojęciem ogromnie elastycznem i dającem pole do licznych możliwości. Znane mi są konkretne przykłady, że jedna z chemiczno - farmaceutycznych firm polskich nie otrzymała z tego powodu pozwolenia na pewien, na nowej koncepcji oparty preparat przeciwkiłowy, a wkrótce później w kilku krajach Europy ukazały się podobne przetwory. Tej samej wytwórni krajowej nie udzielono pozwolenia na złożony preparat, zawierający między innemi składnik organoterapeutyczny, a w jakiś czas później firma berlińska wprowadziła na rynek polski prawie identyczny preparat. Dr. Dominkiewicz słusznie powstaje przeciwko „wszelkim reklamowanym specyfikom ziołowym, polecanym na wszelkie choroby", uważając, że „sprzyja to zarówno partactwu leczniczemu, jakoteż niepożądanemu samolecznictwu". A jednak już przed trzema laty ukazał się w naszej prasie lekarskiej głos „W sprawie specyfików" (Por. Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 43, 1928), wskazujący na fakt zarejestrowania przez Departament Zdrowia specyfików ziołowych, takich, jak „Cancerol", — specyfik „przeciwko wrzodom i nowotworom na kiszkach", „Tizan" — specyfik „przeciwko niedomaganiom skrofulicznym", które wraz z kilkoma innemi produkowane są w wytwórni Oskara Wojnowskiego. Jeżeli nawet nowowprowadzony specyfik nie przedstawia nic absolutnie nowego w lecznictwie, jeżeli jest mieszaniną rzeczy znanych, to i tak może on reprezentować takie walory wobec zwykłej recepty aptecznej, że mimo wszystko powinien być uwzględniony. Chodzi tu o takie zalety specyfiku, jak dokładność i subtelność wykonania, jak dobór postaci, jak wygoda lekarza co do dawkowania, zapamiętywania składu i przepisywania. Lekarz nie jest dziś absolutnie w stanie mieć stale w pamięci dawek setek i tysięcy środków, i omyłki są na porządku dziennym. Gotowa forma specyfiku łatwo wdraża się w pamięć lekarza i usuwa wszelkie związane z przepisywaniem recepty trudności. Jest to jedna z najważniejszych przyczyn tak szerokiego rozpowszechnienia się specyfików na zachodzie, i z faktem tym niepotrzebnie dziś jeszcze walczy odnośne ustawodawstwo polskie. Wytwórnia przemysłowa, rozporządzając rozległemi środkami technicznemi, musi, oczywiście, dawać daleko wyższą rękojmię jednolitości i składu swoich wyrobów, aniżeli apteka, która nigdy nie będzie w stanie uciekać się do badań analitycznych, biologicznych i fizjologicznych w tym zakresie, jak to czynią wielkie wytwórnie. Racjonalne ograniczenia co do wyżej wspomnianych mieszanin powinny, oczywiście, zawsze być stosowane.

Drugą trudnością, z którą musi się borykać przemysł polski, jest oporne dość stanowisko większości klinik i oddziałów szpitalnych, gdy idzie o wypróbowanie nowego środka, a zwłaszcza, gdy z tem związana jest odnośna publikacja. Wręcz przeciwnie ma się rzecz w Niemczech. Kto czytuje pisma lekarskie niemieckie, ten nie mógł nie zauważyć, że coraz więcej prac poświęconych jest nowym środkom lekarskim, i że często prace takie wychodzą z najpierwszych klinik i podpisywane są przez głośne w medycynie nazwiska. Przytem wobec braku trudności w otrzymywaniu pozwolenia na specyfik często jednocześnie z pracą kliniczną, wykazującą celowość i skuteczność nowego preparatu, zbudowanego według danej koncepcji, ukazuje się i wzmianka o wprowadzeniu na rynek tegoż przetworu. Jeżeli chodzi o zdolności konkurencyjne z przemysłem polskim, to w ten sposób przemysł niemiecki zyskuje bardzo znaczne ułatwienia i przywileje. Minęły już czasy, gdy na oddziałach klinicznych odnoszono się sceptycznie do lecznictwa; obecnie przeżywamy okres wzmożonej produkcji właśnie w zakresie terapji, i zagadnienia, z nią związane, powinny zajmować wybitne miejsce w działalności naukowej klinik.

Przemysł krajowy walczyć musi z jeszcze jedną przeszkodą. Przeszkodą tą jest ogromne rozpowszechnienie się przetworów pochodzenia zagranicznego, o czem wzmiankowane było już powyżej. Oczywiście, że są preparaty, których produkcja krajowa dotychczas zastąpić nie może, i muszą one znajdować się na rynku i to w liczbie pokaźnej. Na około 700 specyfików krajowych, nie wliczając w to preparatów organoterapeutycznych, przypada około 850 specyfików zagranicznych, łącznie z temi preparatami. Jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że sama Francja liczy obecnie około 50.000 specyfików, to pojmiemy, jak wielkie możliwości leżą jeszcze przed przemysłem polskim przy najpoważniejszem i najwybredniejszem możliwie traktowaniu zagadnienia.

Nie ulega wątpliwości, że wśród tej nawet liczby preparatów przemysł polski posiada takie, które w zupełności zastąpić mogą odpowiednie specyfiki zagraniczne, z drugiej zaś strony przemysł ten zdobył się już i na przetwory, oparte na oryginalnej koncepcji. Z faktem tym jednakże często nie liczy się świat lekarski, ale przedewszystkiem nie liczą się Kasy Chorych. Tak np. w Urzędowym Spisie środków leczniczych Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych znajdujemy cały

www.dlibra.wum.edu.pl

szereg przetworów pochodzenia zagranicznego, których odpowiedniki wyrabiane są również w kraju, a które co do swej jakości w niczem absolutnie nie ustępują rzeczonym przetworom zagranicznym. Wzmiankowane preparaty krajowe mają już za sobą wypróbowaną przeszłość, przeważna ich część była już przedmiotem prac klinicznych i doświadczalnych, mogą przeto być uważane w każdym razie za równoznaczne z zagranicznemi, a nawet niektóre je przewyższają.

Obok tego przemysł farmaceutyczny krajowy posiada, jak to powyżej było już zaznaczone, i takie przetwory, które stanowią jego oryginalny dorobek, które wynikły z oryginalnych koncepcyj i posiadają za sobą podstawy doświadczalne i bogate wyniki kliniczne. A jednakże przetwory te nie znalazły miejsca w Urzędowym Spisie Związku Kas Chorych.

Jeżeli Zarządy Kas stoją na stanowisku, że leczenie specyfikami jest pewnego rodzaju zbytkiem, to mogę w tem miejscu przytoczyć znowu przykład Niemiec, gdzie wszystkie prawie specyfiki wypuszczane są również i w t. zw. „opakowaniu kasowem" i są w powszechnem w Kasach użyciu. Właśnie niektóre ze specyfików szczególnie nadają się do użytku kasowego, gdyż dzięki swej budowie daleko szybciej zapewniają działanie w cierpieniach przewlekłych.

Odrębne miejsce zajmują np. organopreparaty, które, o ile odpowiadają kardynalnym warunkom, nie powinny być w żadnym razie faworyzowane kosztem krajowych. O jakości organopreparatu stanowi materjał, z którego jest on otrzymywany, staranność i precyzyjność techniki oraz dokładność standaryzacji przy użyciu odpowiedniego probierza. Z chwilą, gdy dla danego organopreparatu został zdobyty odnośny probierz bądź biologicznej, bądź chemicznej natury, tylko ten ostatni decyduje o wartości przetworu. O ile preparat krajowy odpowiada wymaganemu wzorcowi, kwestja jego zupełnej pełnowartościowości musi być uważana za absolutnie bezsporną.

Powyższe wywody w sposób aż nadto przejrzysty wykazują, jak wielkie znaczenie posiada dla lecznictwa przemysł chemiczno - farmaceutyczny i wyrób specyfików. Ale w oczach lekarza za specyfik uchodzić będzie zawsze tylko taki, który może być uznany jako forma lecznicza, która została pierwotnie przepisana i wypróbowana przez lekarza, która istotnie jest wykorzystaniem jego spostrzeżeń i doświadczenia. I dlatego, im ściślejszy jest kontakt lekarza z przemysłem, tem lepsze są wyniki i dla obu stron i przedewszystkiem dla dobra lecznictwa.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O higjenie i zawodzie higjenisty.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 5).

Jeżeli na higjenę spojrzymy okiem bardziej współczesnem, zabaczymy, iż zakres jej działania jest tak rozległy i obejmujący zagadnienia tak specjalne, że bez fachowego wyszkolenia można sprawie wyrządzić więcej krzywdy, niż korzyści, a za błędy w tej dziedzinie płaci się niezawsze widocznie, ale zawsze znacznie ciężej, niż w lecznictwie. Znany teoretyk amerykański prof. W i n s l o w z Yale tak określa zadania higjeny: „Jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, rozwoju zdrowia fizycznego i sprawności jednostki. Do osiągnięcia tego celu higjena dąży przez zespolenie wysiłków, zmierzających do sanacji otoczenia i walki z chorobami zakaźnemi, przez wychowanie jednostki w zasadach higjeny, przez odpowiednią organizację pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej, co pozwala na wczesne rozpoznanie i lecznictwo zapobiegawcze i przez rozwój organizacji społecznej, która zapewni każdej jednostce poziom życia, sprzyjający utrzymaniu zdrowia".

Zrozumiałą jest rzeczą, że, aby prowadzić pracę w takim zakresie, trzeba umieć coś więcej, niż posiada słuchacz po ukończeniu wydziału lekarskiego, a nawet, niż znakomity lekarz-praktyk. Wskazywanie, że ten lub ów wybitny higjenista nie posiada żadnego specjalnego wyszkolenia, bynajmniej nie obala zasady, gdyż dla ludzi niezwykłych szkoły nie są konieczne, ale nie może się bez nich obyć przeciętny dobry fachowiec w żadnej dziedzinie, a więc i w dziedzinie higjeny. Zresztą, utożsamiamy często zgoła błędnie zdolność do administracji z wybitnością na polu higjeny, ściślej biorąc, ze znajomością przedmiotu. Szczególnie obecnie, w okresie powojennym, niezwykle podatnym do rozwoju talentów organizacyjnych i jednostek silnych, spotykamy wśród lekarzy, zajmujących stanowiska higjenistów, jednostki wybitne, błędnie uznawane za teoretyków, czy choćby znawców higjeny (podobnie jak kiedyś za takich znawców higjeny uznawano bakterjologów). Są to najczęściej urodzeni działacze administratorzy, którzy tylko przypadkowo, powiedziałbym przez zbieg okoliczności stali się lekarzami, którzy z natury rzeczy muszą rządzić, a w higjenie to jest łatwiejsze do zastosowania, niż w lecznictwie, tembardziej, że sam aparat służby zdrowia jest dopiero w stadjum tworzenia. Im wszystko jedno, czem rządzić, higjena jest tylko przypadkowym terenem zastosowania ich talentów, skłonności, są to więc higjeniści pośrednio, z działania, a nie z myślenia, myśleć higjenicznie musi za nich ktoś inny. Naturalnie, ten rodzaj higjenistów spotykamy nietylko na wysokich stanowiskach, ale i na bardzo przeciętnych, no i w praktyce pociąga to za sobą wiele fatalnych błędów. Nie neguję znaczenia zdolności administracyjnych dla higjenisty, tak samo, jak nie przeczę, że wykształcenie ogólnolekarskie jest bardzo pożądane, niezbędne nawet dla administratora, mającego pod swoją opieką całą służbę zdrowia, ale samo przez się jest to niewystarczające. Można być i jest się z ogólnem wykształceniem, a nawet bez wykształcenia higjenistą dla siebie samego (to jest pierwsza linja obronna), można być z wykształceniem lekarskiem, w którem, jak należy, jest uwzględniona higjena, a wszystkie przedmioty przepojone są medycyną zapobiegawczą, dobrym higjenistą dla swoich pacjentów, a *eo ipso* i dla ogółu (to jest druga linja obronna); higjenistą jednak w pełnem znaczeniu tego wyrazu, higjenistą, biorącym na siebie troskę o zdrowie społeczne (trzecia linja obronna), ma prawo być tylko ten, kto jest odpowiednio wykwalifikowany. Wobec roz-

www.dlibra.wum.edu.pl

rostu wiedzy i wymagań, stawianych przez życie, dziś i higjenistą-szeregowcem i higjenistą-wodzem może być tylko lekarz *), odpowiednio wyszkolony, albo wyjątkowo utalentowany samouk.

I to nas odrazu wprowadza w drugi dział dzisiejszego odczytu, a mianowicie, kim być powinien higjenista, jakie warunki stawiamy temu zawodowi. Przedewszystkiem więc **wykształcenie.** Doświadczenie mówi, że dzisiejsze szkolenie budzi wiele zastrzeżeń ze strony słuchaczy. Najpierw drobny epizod z naszego już doświadczenia. Kiedy odbywaliśmy w Państwowej Szkole Higjeny pierwsze kursy przeszkolenia, na które przybyło z własnej woli zgórą dwudziestu lekarzy, naogół do higjeny usposobionych przychylnie, zapytaliśmy ich przy końcu studjów, jakie braki widzą w urządzeniu samego kursu, w wykładach, w zajęciach praktycznych. Ze zdziwieniem usłyszeliśmy z ust przedstawicieli kursu, że, owszem, kurs dał im dużo, jedno tylko mają do zarzucenia, że za mało było higjeny. W dalszej rozmowie wyjaśniło się, że higjenę wyobrażali oni sobie tak, jak ją ujmowały zawsze podręczniki, które zaczynały się zawsze, w imię H i p p o k r a t e s a, od powietrza i gleby, a kończyły na cmentarzach. Nasze wykłady z inżynierji sanitarnej, statystyki, epidemjologji, higjeny społecznej wydawały się słuchaczom ciekawe, ale nie łączyły się w ich umysłach z higjeną, do której przywykli. Nie zdołaliśmy wpoić w ich umysły, że to jest właśnie nowa higjena, ta, która ma być przedmiotem ich przyszłej działalności. Nasze nauczanie, dające przetasowanie dawnego materjału, duży dodatek nowego i nowe oświetlenie całości, wywołało dezorjentację, ale widocznie nie wytworzyło jednolitego światopoglądu higjenicznego, jak pragnęliśmy. Podobną sytuację, choć mniej jaskrawo wyrażoną, spotykaliśmy i później.

Koledzy przybywają do nas już z pewnemi wiadomościami z dziedziny higjeny, choć zazwyczaj niedokładnemi, z poglądem na sam przedmiot już wyrobionym, ale niezawsze zgodnym z tem, co tu słyszą, i to sytuację naszą bardzo utrudnia. Szkoła obowiązana jest przedewszystkiem dać swoim słuchaczom nowoczesną koncepcję higjeny, nauczyć ich myśleć higjenicznie i społecznie i, ażeby ten cel osiągnąć, musi zburzyć wiele starych przesądów. Dalej koledzy często domagają się wiadomości jaknajbardziej praktycznych, uważając, iż teorja jest zupełnie zbyteczna, bo w szkole ma się odbywać nie kształcenie, lecz uzupełnianie wiadomości technicznych. Punkt widzenia zupełnie błędny. My nie szkolimy techników, lecz przygotowujemy kierowników, lekarzy-działaczy społecznych, którym potrzebne są różne wiadomości i z dziedziny higjeny i z dziedziny życia społecznego. Mowa może być tylko o wiadomościach podstawowych, ułatwiających orjentację i zabezpieczających od popełniania rażących błędów. My mamy za obowiązek przedewszystkiem wprowadzić słuchacza na dobrą drogę, pokazać mu cel, zachęcić do wytrwałego i konsekwentnego zdążania do tego celu, dać niezbędne wskazówki, jak orjentować się w każdej chwili, jak krytycznie oceniać sytuację, ale my widzimy drogę tylko w głównych zarysach i nie możemy przewidzieć wszystkich perypetyj, przeciwności i wątpliwości, jakie mogą się nastręczyć. Rozwiązanie tych trudności, umiejętne znalezienie się w każdym konkretnym przypadku należy do samego podróżnika, jego zdolności orjentacyjnych, zdrowego rozsądku i t. p. Ten kierunek studjów nie jest właściwy tylko higjenie. Nie uczy się prawnika bronić spraw, jakie mu życie nasunie w przyszłości, uczy się go prawodawstwa, lekarza także nie można nauczyć, jak ma leczyć wszystkie choroby, a tem mniej wszystkich chorych, jakimi mu wypadnie zająć się, bo tego nikt przewidzieć nie jest w stanie. To samo można powiedzieć o inżynierji, o rolnictwie, wszędzie dajemy tylko reguły ogólne, a ich zastosowanie pozostawia się każdemu wykonawcy zosobna. Tak samo przedstawia się sprawa i z higjenistą. Życie społeczne jest niezmiernie skomplikowane, i jakie problemy do rozwiązania będzie miał higjenista jutro czy pojutrze w tem morzu najrozmaitszych możliwości, nikt nie wie, nikt przewidzieć nie zdoła. My, kierujący szkoleniem, możemy tylko pokazać, czem jest higjena i jakie jest jej zastosowanie w życiu społecznem, możemy to ilustrować przykładami z różnych dziedzin, przykładami, które traktujemy jako typowe, my jednak wszystkich przykładów przytoczyć nie jesteśmy w stanie i całości ich nigdy nie wyczerpiemy, bo jutro będą przykłady nowe, pojutrze jeszcze inne i t. d.

Nie możemy także ograniczać się do samej higjeny, strona społeczna winna odgrywać w tem dużą bardzo rolę, może nawet większą, niż my tu dotąd byliśmy w stanie wprowadzić. Dobrze wyraził potrzebę zmiany w tej dziedzinie pisarz niemiecki S e l t e r. Oto jego słowa: „To, czego dziś uczymy, jako higjeny, należy do dziedziny wiadomości naukowo-przyrodniczych o glebie, wodzie, powietrzu, mieszkaniu, odżywianiu, do bakterjologji, ale to nie stanowi nauki o społeczeństwie, która się zajmuje wpływem środowiska społecznego na człowieka i stawia sobie za cel zwalczanie tych szkodliwych wpływów". Niestety, w tym kierunku jest jeszcze wszystko prawie do zrobienia, i to tak u nas, jak i na całym świecie. Stąd wypływa drugie nasze zadanie w urabianiu higjenisty zawodowca, jego **społeczne nastawienie.** Higjenista, jeżeli nie jest specjalistą-teoretykiem w jakiejś wąskiej dziedzinie, musi być człowiekiem, który umie myśleć kategorjami społecznemi, umie patrzeć na świat z punktu widzenia interesów społecznych, umie wczuć się w nie, obserwować życie społeczne ze strony higjeny, jak lekarz, leczący człowieka, dotkniętego chorobą ze strony patologji jednostki. Tego zaś sama wiedza nie da, potrzebne tu jest urobienie, pewne zamiłowanie, a może nawet pewne skłonności naturalne.

Skłonności, szczególnie u ludzi już dojrzałych, nie są do nabycia, tu potrzebna byłaby pewna selekcja, zamiłowanie jednak może się wytworzyć. Otóż urobieniu lekarza-higjenisty, a z pewnością i selekcji na przeszkodzie stoi system studjów uniwersyteckich. Nie wiem, czy trzeba gdziekolwiek szukać lepszych, wyraźniejszych dowodów wpływu studjów na sposób myślenia i całe nastawienie psychiczne, niż te, jakich nam dostarcza medycyna klasyczna, bardzo powoli ulegająca nowym prądom. Możnaby nawet tak powiedzieć: nie dlatego jest nam tak trudno dostać bardziej przedsiębiorczych, zdolnych, rzutkich lekarzy do służby zdrowia, że w czasie studjów tak mało ich uczono higjeny, ale dlatego, że ich uczono medycyny w oderwaniu od środowiska, że tak po lekarsku powiedziałbym często wąsko farmaceutycznie myślą. Laików znacznie łatwiej przyciągnąć do pracy na polu higjeny, niż lekarzy, szczególnie tych, którzy cokolwiek próbowali praktyki. Zdarza się, nawet niejednokrotnie, że lekarz, objąwszy z konieczności stanowisko higjenisty, nie chce porzucić praktyki już nie ze względów finansowych, lecz aby nie zerwać z lecznictwem, do którego czuje niekłamany pociąg. Mówiąc językiem utartym, trudno mu się obyć bez chorego, na którego patrzy laboratoryjnie, podkreślam — w szlachetnem znaczeniu

*) O innych fachowcach, pracujących na polu higjeny i o personelu pomocniczym patrz: M. Kacprzak, W sprawie szkolenia personelu Służby Zdrowia, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 30 listopada 1926 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

tego wyrazu. Nie zwalczając lecznictwa w żadnej mierze, nie możemy zwalczać i tego przejawu zamiłowania do sztuki lekarskiej, myślę jednak, że przez rozszerzenie punktu widzenia lekarza praktyka (słuchacza medycyny), przez jego nieco inne nastawienie, przez uwzględnienie w czasie studjów na wszystkich katedrach medycyny zapobiegawczej, będącej pomostem między lecznictwem i higjeną, nie straciłby nic ani chory, ani lekarz, ich wzajemny stosunek pozostałby i powinien pozostać nadal ten sam, społeczeństwo zaś, a co nas w tej chwili obchodzi, zdrowie publiczne na tem zyskałoby. Próby w tej dziedzinie są prowadzone już w różnych krajach i są aprobowane przez najbardziej autorytatywne instytucje. Jestem głęboko przekonany, że obecnie z rozwojem lecznictwa o charakterze społecznym, wraz ze zdobywającą coraz nowe dziedziny medycyną zapobiegawczą musi nastąpić radykalna zmiana i w szkoleniu lekarzy na uniwersytetach, a to ułatwi nietylko rekrutację, ale i późniejsze przygotowanie higjenistów. To postawi także pracę higjenisty na innych zupełnie podstawach, to zespoli higjenistę z lekarzem praktykiem, co kiedyś musi nastąpić, co powinno być naszem gorącem pragnieniem. Jestem głęboko przekonany, że zmiana poglądów na istotę higjeny, jej zadania, odpowiednie podniesienie zawodu higjenisty bardzo się również przyczynią do zespolenia higjeny z lecznictwem.

Ale wiedza fachowa i nastawienie społeczne nie wystarczą jeszcze, aby uczynić higjenistę tak, jak my go sobie wyobrażamy. Do całości niezbędny jest trzeci czynnik — **ideologja i ideowość zawodowa.**

My tu w Szkole Higjeny w programie naszej działalności pragnęlibyśmy nie ograniczać się tylko do nauczania, ewentualnie nawet umysłowego nastawiania, urabiania, nie chcemy być tylko szkołą i kuźnią poglądów higjenicznych, chcielibyśmy jednocześnie być ośrodkiem ideowo-duchowym powstającego dopiero do życia ruchu higjenicznego. Naszemu światu higjenistów brak jest bowiem przedewszystkiem ideologji, któraby zespalała wszystkich pracujących na tem polu, podnosiła poziom ogólny, wysuwała na czoło najlepszych, któraby nadawała zbiorowości całej tętno i barwę. Bez pierwiastków idealistycznych trudno jest cokolwiek przy życiu długo utrzymać, a jeszcze trudniej do życia powołać, stworzyć od początku, rozwijać. Dopóki świat higjenistów nie zdoła wytworzyć życia o takiem natężeniu, ażeby ono mogło tworzyć ciągłość i samo przez się duchowo niejako przekazywać się, być siłą atrakcyjno-twórczą, nie zaś zbiorowiskiem ludzi od innych specjalności odchodzących, nie będzie higjeny w kraju, a służba zdrowia będzie chromała.

W naszej dziedzinie jest o ideologję łatwiej, niż w wielu innych, bo jest to praca nawskroś społeczna, dobru ogólnemu służąca. Nasz zawód bowiem w założeniu swem ma pewne pierwiastki, które go wyróżniają od innych zawodów, gdzie poza zarobkiem nic więcej nie widać. Każdy człowiek, wykonywający uczciwie swój zawód, służy sprawie społecznej — to rzecz pewna, ale jest też pewna różnica między szewcem, robiącym buty, inżynierem, budującym mosty, i higjenistą, walczącym o zdrowie społeczne, jak jest między wyrabiającym materjały opatrunkowe i rany opatrującym. W jednym przypadku jest pewne zbliżenie się do cierpiącego człowieka, w drugim tego brak. Nie chodzi tu o stwarzanie jakiegoś posłannictwa, nie mam zamiaru bronić romantyzmu niewłaściwego duchowi czasu, ale nie mogą oprzeć wszystkiego tylko na rachunku opłacalności. Idee, wspólne dążenia silniej łączą ludzi, niż interesy zawodowe, a każdy okres w rozwoju ludzkości ma pewne hasła, które nie starzeją się, nie zużywają i dziś tak samo są na czasie, jak były przed wielu laty, prawdopodobnie jak będą i po nas. Trzeba tylko, aby tym hasłom odpowiadała zawsze treść współczesna.

Ideologja, o której mówię, nie powinna przytem nas pozbawiać zdrowego egoizmu. Służąc sprawie publicznej, musimy bronić i interesów własnych, chodzi tylko o to, by ta obrona była umiejętna i właściwa.

Przedewszystkiem istnieje konieczność obrony interesów wspólnych na drodze organizacji, obejmującej wszystkich zainteresowanych nie według przynależności służbowej, lecz spełnianych funkcyj. Lepiej znacznie będzie, jeżeli higjeniści będą tworzyli wspólne ciało, niezależnie od tego, skąd otrzymują pobory, aniżeli, jeśli higjeniści będą należeli do związków urzędniczych, z higjeną nic wspólnego nie mających. Zresztą, jedno drugiego nie wyłącza, moją myślą przewodnią jest tylko, że trzeba przedewszystkiem bronić samej higjeny, dalej sprawy wspólnej wszystkich higjenistów, wreszcie swojej własnej, i to tak samo ze strony materjalnej, jak i moralnej.

Kiedy przyjrzymy się bliżej życiu higjenistów naszych, a ja to czynię bacznie już prawie 10 lat, musimy przyjść do wniosku, że to zrozumienie wspólnoty interesów prawie nie istnieje. Jest może pewne poczucie łączności wszystkich lekarzy rządowych między sobą, samorządowych między sobą, ale higjena jest tam najmniej działającem spoidłem. Nam jest konieczne wywyższenie samego przedmiotu, uczynienie z niego godnego zawodu, następnie pewne „esprit de corps", które ma w ideologji swej stać ponad interesami jednostki, bo odpowiednia organizacja podniesie wartość każdego jej członka. Musimy się nauczyć razem walczyć, razem wygrywać i razem przegrywać. Bo człowiek, który broni zawsze tylko interesów własnych, nigdy organizacji, nigdy instytucji, nigdy sprawy, której służy, jest, trywialnie mówiąc, tylko pływakiem, żyjącym na fali, częściej pasorzytującym, niż przynoszącym korzyść. Można przypadkowo tak przepłynąć całe, tak duże, jak i małe życie, można zebrać dużo oklasków, zwykle jednak najzręczniejsze manewry nie uratują pływaka, a któraś większa fala go pochłonie na zawsze i przekaże zapomnieniu. Dawno to już pięknie powiedział wielki nasz myśliciel i kaznodzieja: „Gdy okręt tonie, a wiatry go przewracają, głupi tłomoczki i skrzynki swoje opatruje i na nich leży, a do obrony okrętu nie idzie i mniema, że się sam miłuje, a on się sam gubi. Bo, gdy okręt obrony niema, i on ze wszystkiem, co zebrał, utonąć musi. A gdy swemi skrzynkami i majętnością, którą ma w okręcie, pogardzi, a z innemi się do obrony okrętu uda, swego wszystkiego zapomniawszy, dopiero swe wszystko pozyskał i sam zdrowie swoje zachował". (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— Członek gremjum „Warsz. Czas. Lek." kol. Adam Straszyński, otrzymał *veniam legendi* z zakresu dermatologji i syfilidologji na Wydziale lekarskim Uniw. Warsz.

— Wybory dokonane w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem, powołały na rok bieżący: na prezesa — prof. Witolda Orłowskiego (ponownie), na wiceprezesa —

www.dlibra.wum.edu.pl

Dra Zdzisława Sławińskiego, na skarbnika — Dra Marjana Rykę, na bibljotekarza — Dra Maksymiljana Zwejgbauma (ponownie), na sekretarza dorocznego— Dra Karola Chodkowskiego, na zastępcę sekretarza dorocznego — Dra M. Kruszównę.

— Wybory Zarządu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich na rok 1932.

1) Przewodniczący — Prof. Dr. A. Januszkiewicz.
2) Zastępca przewodniczącego — Dr. M. Gojdź.
3) Sekretarz — Dr. M. Świda.
4) Sekretarz II — Dr. S. Januszkiewicz.
Skarbnik — Dr. E. Salitówna.
6) Komisja Rewizyjna — Dr. W. Bądzyński, Dr. A. Kapłan, Dr. W. Łobza.

— W czasie od dn. 4 do 16 kwietnia r. b. Ministerstwo W. R. i O. P. w porozumieniu z Kierownikiem poradni wychowania fizycznego przy Klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego organizuje 12-dniowy Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych, zamieszkałych pod Warszawą.

Tematem Kursu będzie fizjologja i patologja wieku młodzieńczego. Oprócz wykładów teoretycznych odbywać się będą zajęcia praktyczne i seminarja dyskusyjne. Kurs ten stanowić będzie powtórzenie tego Kursu, jaki się odbył w kwietniu i w majau roku ubiegłego dla lekarzy szkolnych warszawskich. Szczegółowy program Kursu będzie podany później.

Uczestnicy Kursu będą mogli korzystać z internatu nauczycielskiego (Marszałkowska 4), płacąc za pokój wraz z całkowitem utrzymaniem 5 zł. 50 gr. dziennie.

Pewnej liczbie uczestników (około 30) zostaną udzielone stypendja w wysokości kosztów utrzymania w internacie oraz kosztów przejazdu.

Zgłoszenia należy nadsyłać do dn. 10 marca r. b. do Wydziału Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej Ministerstwa (Warszawa Aleja Szucha 25).

— Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji, Włoch i Francji. Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (20 — 25 marca 1932), a następnie Wenecję, San Remo, Mentonę, Monte Carlo, Monaco, Niceę (spotkanie z Dr. M. Faure, prezesem towarzystwa lekarskiego na Riwierze), odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa (znanego z operacji odmładzania) i pojadą do Marsylji i Paryża (Instytut Pasteura, Prof. Dr. Calmette). W drodze powrotnej zwiedzą Insbruck, Gastein, Solnogród. Z podróżą główną można połączyć podróż do francuskiej Afryki północnej (Algier, Biskra, Tunis) i do Hiszpanji.

— Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji i Skandynawji. Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (8. — 12.VIII.1932). Dnia 13.VIII. nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na Congrès de la Lumière (Kongres badań światła), a stąd do Oslo (Christianji) i Stokholmu. Z podróżą główną można połączyć podróż ze Stokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningrad, Moskwa, Kijów, Charków).

Lekarze (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biberstrasse 11. I. St.

— Wyszedł z druku Nr. 2 Tomu V. „Zagadnień Rasy", organu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, pod redakcją kol. Adama Straszyńskiego. Do komitetu redakcyjnego weszli Dr. Stanisława Adamowiczowa i Dr. Jan Mydlarski. Na treść zeszytu złożyły się prace z dziedziny eugeniki pióra znanych u nas na tem polu autorów: L. Hirszfelda—O dochodzeniu ojcostwa drogą badań biologicznych, L. Lorentowicz — O sposobach zapobiegania ciąży, J. Babeckiego — Próby reformy pożycia małżeńskiego, L. Wernica — Najnowsze wiadomości o ruchu eugenicznym w Polsce, Stanisławy Adamowiczowej — Polityka ludnościowa Mussoliniego i Hittlera. Tematy aktualne, doskonale opracowane, świadczą bardzo pochlebnie o wartości „Zagadnień Rasy".

— Nr. 1 miesięcznika „Wiedza i Życie" zawiera: Pierre Termier. Radość poznawania. Dr. Jan Gadomski. Rozszerzenie się wszechświata. Irena Drozdowicz-Jurgielewiczowa. O popularyzacji wiedzy. Włodzimierz Fiszer. Goethe, jako człowiek i poeta. Mieczysław Wallis-Walfisz. Pierwiastki pozaestetyczne w dziełach sztuki. Jerzy Barski. Problemy polskiego przemysłu naftowego. M. Vermont. Tomasz Alva Edison, genjusz pracy. Hanna Mortkowiczówna. Góry i doliny. Życie kulturalne. Wśród Książek. Z szerokiego świata.

SPROSTOWANIE.

W N. 1 „Warsz. Czas. Lek." na str. 6 w wierszach 10 i 11 zamiast: „Własności przeciwciał", powinno być: „własności antygenów".

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

18.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Zebranie walne.

1. Wiktor Borkowski. Wytyczne propagandy przeciwwenerycznej. 2. Sprawozdanie roczne Zarządu, skarbnika i komisji rewizyjnej. Wybory do Zarządu na miejsce ustępujących 3 członków i do komisji rewizyjnej. 3. Wniosek Zarządu w sprawie nowelizacji Ustawy Towarzystwa (rozszerzenia celów Towarzystwa i wprowadzenie godności Sekretarza Stałego). 4. Wolne wnioski.

TREŚĆ: M. BIRO. O zapaleniu rozsianem mózgu i rdzenia. (Dok). — W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Samobójstwo czy zabójstwo z krótkiej broni palnej. (Dok). — H. MAKOWER. Krzepnienie krwi a zjawiska serologiczne. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyńcze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. KRAMSZTYK. Lekarze a przemysł chemiczno-farmaceutyczny. — M. KACPRZAK. O higjenie i zawodzie higjenisty. (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Sur l'encéphalo-myélite. (fin). — W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Suicide ou meurtre causé par courte arme à feu. (fin.). — H. MAKOWER. La coagulation du sang et les phénomènes sérologiques. (Rev. gén.). — St. KRAMSZTYK. Les médecins et l'industrie pharmaceutique. — M. KACPRZAK. Sur l'hygiène et la profession d'hygiéniste. (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Drukarnia „SIŁA"; Warszawa; Marszałkowska 71. Tel. 8 34-48.

www.dlibra.wum.edu.pl