

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 10

WARSZAWA, 31 PAŹDZIERNIKA 1924 R.

Rok I

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Klinika zacczadzenia.

Podał

Prof. K. RZĘTKOWSKI (Warszawa).

Wypadki zatrucia tlenkiem węgla (zacczadzenia) należą w Warszawie do dość pospolitych. Jak widać ze sprawozdania z działalności Pogotowia Ratunkowego za lata 1897—1921, w latach 1900—1921 włącznie zanotowano ogółem 3386 wypadków zacczadzenia, z których 1280 (38%) przypada na mężczyzn, 1405 (45%) na kobiety i 701 (21%) na dzieci. Jeżeli zważywszy, że wypadki zacczadzenia wydarzają się niemal wyłącznie późną jesienią do wczesnej wiosny (listopad do marca) t. j. w 5 miesiącach zimnych, w których ogrzewa się mieszkania, to przyjąć możemy na ten okres czasu około 30—31 wypadków miesięcznie, t. j. średnio 1 wypadek dziennie. Widać też ze sprawozdania Pogotowia, że w latach wojennych, gdy skutkiem drożyzny opału trzeba się było obchodzić z ciepłem w izbach nader oszczędnie, liczba wypadków zacczadzenia znacznie wzrosła. Gdy bowiem w latach 1900 do 1914 włącznie liczba roczna wypadków tego rodzaju wahała się od 78 do 216, to w latach 1916 i 1917 wzrosła do 310 i 216, przyczem ofiarami padały tu w liczbie przeważającej kobiety (rok 1916 m. 28%, dz. 26%, kob. 46%; rok 1917 m. 32%, dz. 20%, kob. 48%). A przeto i w tym kierunku ponure lata wojny europejskiej zaznaczyły się u nas wyraźnie.

Wśród wypadków zacczadzenia ma się bardzo często do czynienia z wypadkami masowymi. Bardzo interesujące kroniki naszego Pogotowia notują stosunkowo dość liczne wydarzenia tego rodzaju. Tak np. pomiędzy innymi w r. 1902 zanotowano 23 zacczadzenia zbiorowe z liczbą ofiar 62, w roku 1912 jedno zacczadzenie z liczbą ofiar 11, w r. 1916 6 zacczadzeń zbiorowych z liczbą ofiar 39, w r. 1917 4 zacczadzenia zbiorowe z liczbą ofiar 14 i t. p. Oczywiście przyczyną tego jest istniejące w Warszawie przeludnienie mieszkań, zwłaszcza 1—2 izbowych. Takich mieszkań mamy w Warszawie 35%, na przedmieściach z górą 60%. Zaś w 1919 r. w mieszkaniach jednoizbowych przypadało około 3,7 osób na 1 izbę. Ta okoliczność poucza również, że zacczadzenie zdarza się w Warszawie jako wypadek, nie zaś jako celowe usiłowanie zbrodni.

W latach ostatnich kroniki Pogotowia notują inny rodzaj zacczadzenia, mianowicie zatrucia gazem oświetlającym, jako to: —

rok	liczba wypadków	liczba ofiar
1912	1	5
1913	5	12
1917	2	7
1919	1	5

I tu mamy do czynienia z wypadkami zatrucia zbiorowego o charakterze, wykluczającym zbrodnię celową. Jak

często ten rodzaj zatrucia stosowany bywa u nas w celach samobójczych, na to pytanie nie możemy odpowiedzieć; to pewna, że wypadki zatrucia gazem oświetlającym w tych celach nie należą u nas do rzadkości.

W jakich okolicznościach nastąpić może zacczadzenie?

Najczęściej bywa ono skutkiem wadliwie działających urządzeń i przyrządów do ogrzewania, zwłaszcza przenośnych, niezależnych (piecyki żelazne). Dalej dość często są zatrucia zawodowe (w pobliżu wielkich pieców, w kopalniach i t. p.). Zdarzają się też wypadki zatrucia skutkiem przenikania CO z sąsiedztwa poprzez rury i kanały („lufty“, wentylatory). Tego rodzaju wypadki, nierzadko w większych miastach, dają nieraz powód do nierozpoznania przyczyny zgonów lub zachorzeń i do omyłek sądowo-lekarskich. Należy o tem pamiętać. Katastrofalne zatrucia masowe zdarzają się nieraz podczas pożarów teatrów, gdzie zatruci, już po utracie przytomności, ulegają zgnieceniu lub zwęgleniu. Bardzo ostre gwałtowne zatrucia CO, jak wykazało doświadczenia ostatniej wojny, zdarza się nierzadko w następstwie wybuchów pocisków w przestrzeniach zamkniętych. Współczesne substancje wybuchowe wytwarzają średnio 1000 litrów CO na 1 kgm. Ta olbrzymia ilość CO przenika poprzez rowy, galerie i kanały podziemne na przestrzenie dalsze, a także ulegać może zatrzymaniu w przestrzeniach zamkniętych na czas pewien i przy nadarzającej się sposobności powodować zatrucie osro i masowe.

Zatrucie gazem oświetlającym sprowadza się do zatrucia CO, który stanowi istotną trującą składową część gazu, jak to widać z zestawienia poniższego.

Procentowy skład gazu oświetlającego:

	Wodór 42—54
	Metan 32—35
	Węglowodory ciężkie 3—5
CO	6,6—11, 93
CO ₂	1—3
N	3

Zawartość CO może tu znacznie wzrosnąć (Flandria) na skutek domieszki do gazu oświetlającego t. zw. gazu wodnego. Ten ostatni otrzymuje się, przepuszczając parę wodną przez rozpalony do czerwoności węgiel. Zawiera on 30—40% CO. Gaz ten, prawie zupełnie bezwonny, ze względów ekonomicznych miesza się z gazem oświetlającym zwykłym, przez co zawartość CO w gazie oświetlającym wzrasta znacznie i zwiększa się niebezpieczeństwo zatrucia. Jak wiadomo, gaz oświetlający posiada swoisty zapach, który daje się wyraźnie uczuć już przy zawartości 1 pro mille gazu w powietrzu, a zatem znacznie wcześniej, niż zawartość CO w powietrzu wzrośnie do ilości niebezpiecznej. Wypadki zatrucia gazem oświetlającym — o ile nie są celowe (samobójstwo) — zdarzają się na skutek pęknięcia rur i przewodników gazowych, przenikania z takich rur gazu poprzez ścianę i

ziemię (która pochłania aromatyczne części gazu) do izb zamieszkałych. Zaznaczyć tu należy, że obecność płomienia palącego się w izbie nie wyklucza możliwości zatrucia gazem oświetlającym, albowiem mieszanina z powietrzem wybuchu dopiero, gdy zawartość w niej gazu wyniesie 11%, co odpowiada zawartości w powietrzu około 1% CO, a więc już zabójczej (Balthazard).

Patogeneza zaczadzenia opiera się na tem, że CO wchodzi zamiast tlenu w połączenie z oksyhemoglobina krwi. Powstaje w ten sposób CO—hemoglobina, i krew przestaje przenosić tlen na potrzeby wewnętrznego oddychania tkanek. CO pod ciśnieniem zwykłym łączy się z hemoglobina 5 razy łatwiej, niż tlen, i daje połączenie dość stałe, skutkiem czego krążek czerwony, przechodząc przez płuca nie ładuje się tlenem, a przechodząc przez tkanki nie oddaje im tlenu. Część przeto krwi, w której hemoglobina jest w połączeniu z CO, przepada dla oddychania, co równa się utracie odnośnej ilości krwi dla ustroju.

Poniższa tablica Nicloux uwidacznia ilość hemoglobiny, związanej z CO, przy różnych zawartościach tlenku węgla w powietrzu.

Zawartość CO w powietrzu	Stosunek % hemoglobiny w połączeniu z CO
1:50000 0,002%	2,1%
1:20000 0,005%	5 %
1:10000 0,01%	9,5%
1:5000 0,02%	17,5%
1:3000 0,033%	26,1%
1:2500 0,04%	29,6%
1:1000 0,1%	52 %
1:500 0,2%	66 %
1:300 0,33%	76 %
1:200 0,5%	83,5%
1:100 1%	91 %

Znaczy to, że przy zawartości CO w powietrzu danej izby w stosunku np. 1:5000 (0,02%) 17,5% całej hemoglobiny krwi jest w połączeniu stałym z CO. Innymi słowy, jeżeli umieścimy człowieka w izbie pojemności 3 m. sześć., w której znajdzie się litr CO, to z górą czwarta część jego całej hemoglobiny będzie związana z CO (t. j. jak gdyby utracił on 25% swej krwi). Badania Haldana pouczają, że, gdy 20% hemoglobiny zostanie związane z CO, objawy zatrucia są bardzo nieznaczne i występują tylko, gdy chory się męczy, w postaci lekkiego zawrotu głowy i duszności. Przy związaniu 30% hemoglobiny objawy te będą mocniejsze, przy 50% — występuje chwianie się na nogach, i najmniejszy wysiłek już powoduje upadek. Śmierć następuje przy związaniu przez CO 80% hemoglobiny.

W celu oznaczenia stopnia „zatrucia“ Balthazard i Nicloux podali sposób określania t. zw. „wskaźnika zatrucia“ t. j. stosunku ilości CO we krwi badanej do całkowitej ilości CO, którą ta krew wogóle związać może. W tym celu Nicloux oznacza we krwi badanej ilość CO przy pomocy specjalnego przyrządu, w którym uwalnia z 25 ctm. sześć. krwi badanej CO przy pomocy mocnego kwasu fosforowego i oznacza go objętościowo. Badania Balthazarda i Nicloux w 15 przypadkach zatrucia śmiertelnego wykazały wielkość tego współczynnika już 0,66. Znaczy to, że związanie 66% hemoglobiny całej przez CO pociąga za sobą śmierć. Podobnie dość ściśle ocenę stopnia zatrucia daje sposób Acharda, Flandina i Desbousisa, polegający na oznaczaniu przy pomocy aparatu Haldana ilości tlenu, którą 100 grm. badanej krwi zatrutego może jeszcze pochłoniąć. Ze względu na to, że u człowieka zatrutego CO, który nie umarł i został uratowany, ilość CO we krwi dość szybko się zmniejsza, sposoby powyższe większego znaczenia klinicznego w warunkach zwykłych nie posiadają.

Symptomatologia zaczadzenia jest bardzo rozmaita i nie posiada naogół jakichś cech patognomonicznych (poza obecnością CO we krwi w przypadkach świeżych). Zależy ona nie tylko od ilości CO i od długości przebywania w atmosferze zabójczej, ale też i od wrażliwości osobniczej zatrutych, bardzo niejednakowej, od wrażliwości swoistej poszczególnych narządów (układ mózgowo nerwowy), wreszcie od zgoła przy-

padkowych warunków zewnętrznych. Zatrucie gwałtowne, spowodowane przez wetchnienie odrazu większej ilości CO, występuje w postaci nagłej utraty przytomności, częstokroć w postaci nagłej śmierci z zachowaniem pozycji przyżyciowej. Widziano np. ostre zatrucia CO w okopach, gdzie żołnierze i oficerowie zachowali po śmierci swą pozycję przyżyciową (np. trzymali w ręku szachy). W gwałtownych zatruciach w tunelach kopalnianych znajdowano górników z oskardami w ręku. Dwaj uczniowie Higginsa, którzy w celach doświadczeń wdychali czysty CO, już po 1—3 wdechach padli, jak rażeni piorunem. Po docuceniu mieli oni jeszcze przez całą dobę drgawki, zawroty głowy, bóle głowy i nieprzewycięzoną sennność. Zupełnie to samo widzi się w klinice u chorych, których udaje się docucić po zatruciu. Chorzy tacy po powrocie do przytomności, co się zdarza w najrozmaitszym czasie, zdradzają najczęściej niepamięć wsteczną i zadziwiającą obojętność duchową; popadają też oni nieraz w stan podniecenia szatawego, w którym bezwiednie dopuścić się mogą czynów karygodnych (patrz prof. Leon Wachholz Medycyna Sądowa 1919). Gdy zaczęli już zdawać sobie sprawę ze swego stanu i odpowiadać świadomie na pytania, skarżą się na bóle głowy, zwłaszcza skroniowe opasujące, zawroty głowy, mdłości. Czasem chorzy wymiotują. Przyczyną tego stanu rzeczy są zmiany w wewnętrznym oddychaniu układu mózgowego, zmiany w ukrwieniu ośrodków i jąder (soczewkowych i okolicy torebki wewnętrznej), zmiany wysiękowe w komorach mózgowych i t. p. Władza w kończynach bywa zachowana. Ta okoliczność świadczy, że człowiek potrafiłby ratować się ucieczką z zagrożonego miejsca zawczasu, gdyby tylko w porę zdołał sobie uświadomić niebezpieczeństwo. U przebywających w atmosferze CO występuje coraz większa sennność, uczucie obezwładnienia kończyn dolnych („nogi z waty“) i zapadają oni w sen, z którego mogą się nie obudzić, o ile nie zostaną w porę ocuceni. W okresach końcowych ciężkiego zatrucia stwierdzamy ze strony oddechu zwolnienie lub typ Cheyne-Stokesa, ze strony serca przyspieszenie bicia oraz obniżanie się parcia tętniczego. Objawy te zależą od pewnej mierze od pochłaniania CO przez hemoglobinę mięśniową mięśnia sercowego, mięśni ścian naczyń, oraz wogóle wskutek anoxaemii. Mocz, wydany nieraz w ilościach dość znacznych, zawiera może białko, cukier (subst. redukujące). Chorzy dość często wymiotują. Pamiętać należy, że CO znosi pobudliwość błon śluzowych, a więc błony śluzowej gardła i wejścia do krtani (Wachholz). To może być powodem zachłystywania się chorych masami wymiotnymi lub też lekami czy płynami, podawanymi chorym niebacznie. W przypadkach docucenia się chorych, gdy przychodzą oni powoli do zdrowia (co nie zawsze udaje się nawet po 20 minutowej utracie przytomności), chorzy w przeciągu kilku godzin zdradzają skłonność do drgawek, skarżą się na bardzo silne osłabienie, ból głowy, mdłości, zaburzenia równowagi przy usiłowaniu wstania. Takie objawy w przypadkach lekkich trwają nieraz b. krótko, i chory, który parę godzin temu robił wrażenie zatrutego beznadziejnie, po przyściu do przytomności czuje się niemal odrazu najzupełniej zdrowym. Taki przypadek mieliśmy sposobność obserwować w Klinice. Dotyczył on jednego z naszych posłów sejmowych, który uległ zaczadzeniu podczas snu w swym mieszkaniu w jednym z hoteli warszawskich. Chory został przywieziony do Kliniki w stanie bardzo ciężkim. Gdy go zbadał na drugi dzień rano podczas wizyty, chory twierdził, że czuje się najzupełniej zdrow. Diagnozę rozstrzygnęła tu okoliczność, że nie był to pierwszy wypadek w tym hotelu... W przypadkach ciężkich, chory, pomimo nasze zabiegów ratowniczych, pozostaje wciąż w stanie całkowitej nieprzytomności, pomimo wdychania tlenu, oddaje pod siebie kał i mocz, oddycha głośno i nieprawidłowo, ma tętno wciąż b. słabe. W płucach wysłuchujemy drobne rżnięcia wilgotne obrzękowe, niedomogowe, oraz często stwierdzamy objawy zawatu. Twarz chorego pozostaje obrzękniętą i zaczerwienioną. Odruchy ścięgnowe nie ujawniają w tych razach jakichś zmian stałych. Żrenice bywają zazwyczaj nieco rozszerzone. Na światło oddziałują. Zwężenie źrenic bywa w tych okresach signum mali ominis. W takim stanie chory bez odzyskania ani na chwilę przytomności umiera po upływie 1 — 3 dni. Niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia zaczadzonego nie kończy się z chwilą ocucenia go. Rozsiane zmiany w naczyniach pod wpływem zatrucia CO (anoxaemia, zatrucie?) są powodem najrozmaitszych zaburzeń, zwłaszcza ze strony układu naczyniowego, mózgowo-nerwowego i oddychania. Stwierdzamy więc tutaj szereg zmian odżywczych i naczyniowych w skórze

w postaci plam, obrzęków, odleżyn, wybroczyn, pęcherzykowych osutek. Dalej spostrzegamy cały szereg najrozmaitszych objawów ze strony układu nerwowego (psychozy, porażenia, znieczulenia, nerwobóle etc.), obrazy nieraz bardzo zbliżone do stwardnienia wieloogniskowego lub stanów poencefalitycznych, co może powodować niemałe trudności rozpoznawcze, tem bardziej, że, jak to podaje prof. Wachholz, wszystkie te objawy występować mogą dopiero po upływie pewnego czasu, w ciągu którego stan zdrowia był pozornie dobry. Objawy ze strony serca są również pochodzenia zakrzepowo-naczyniowego. Mogą te sprawy przebiegać też przez czas dłuższy skrycie. Tak np. prof. Wachholz podaje przypadek, dotyczący młodego człowieka, który zmarł w 2 tygodnie po zacczadzeniu na skutek obumarcia mięśnia sercowego z powodu zatoru lewej tętnicy wieńcowej serca w związku ze świeżym zakrzepem w lewym uszku sercowym. I wreszcie cały szereg spraw płucnych natury zachłystowej, zakrzepowej, zapalnej, martwicowej. Podobne zmiany w płucach stwierdzono dość świadczalnie i u zwierząt, zatrutych CO.

Jednym z ciekawszych problemów lekarskich współczesnego życia jest sprawa przewlekłego zatrucia CO. Człowiek nowoczesny — mieszkaniec miast — spędza prawie cały swój żywot w atmosferze, mniej lub więcej obfitującej w CO, który powstaje nieustannie, jako wytwór spalania węgla, nafty, ropy naftowej, benzyny, gazu etc. w silnikach spalinyowych, motorach samochodowych, oświetleniowych, przemysłowych i t. d. Tlenek węgla, jako lepszy od powietrza (C. g. 0,96 Fl. and in), unosi się swobodnie w górę, skutkiem czego następuje samooczyszczenie się powietrza. To też jeśli chodzi o zatrucie przewlekłe, to zatrucie owo może powstawać w przestrzeniach zamkniętych, nie zaś na powietrzu wolnem (kuchnie, pralownie, pralnie, izby motorowe, przy wyrobie form kapeluszy, papierowych i t. p.). Objawami tego zatrucia mają być przede wszystkim ból głowy z umiejscowieniem czołowym, stany pewnego odurzenia i zawrotu głowy, bezkrwistość, bicie serca, zeszytwnienie ścianek naczyń (H. Zangger) oraz zaburzenia psychiczne, jak brak energii, ochoty do pracy, brak pamięci, zaburzenia mowy. To wszystko w całej swej nietypowej rozmaitości ma występować zwłaszcza u młodych robotników. W jednym przypadku tego rodzaju Morel i Mouriquand zdołali przy pomocy spektroskopu wykryć we krwi obecność CO, zaś analiza powietrza ujawniła się w niem dość duża zawartość CO. Trudno oprzeć się wrażeniu, że w tych razach, o ile chodzi o przypadek pojedynczy, wchodzić może w grę wcale nie zatrucie CO, lecz zgoła coś innego, a więc neurastenja, bezkrwistość, blednica, początkowe okresy ciąży, gruźlica i w. inn. To pewna, że dotychczas nie rozporządzamy środkami, któreby pozwalały nam na stanowcze orzekanie w tej sprawie. W każdym razie bardzo na korzyść hipotezy rozpoznawczej zacczadzenia przewlekłego przemawiałyby takie okoliczności, jak masowe występowanie zachorowań w danej izbie, zmniejszenie się liczby wypadków w lecie przy otwartych oknach, podczas przerw w pracy (święta) i t. p. Te okoliczności winny zwrócić na siebie uwagę lekarza i skłonić go do oznaczenia CO w powietrzu podejrzanej izby i we krwi badanych (na świeżo).

Wogóle cała sprawa przewlekłego zatrucia CO oczekuje jeszcze na dalsze opracowanie diagnostyczne.

Rozpoznawanie zacczadzenia nie bywa trudne w tych razach, gdzie okoliczności zewnętrzne ujawniają to z dostateczną jasnością. Atoli bywa tak nie zawsze... Dlatego też omyłki rozpoznawcze bywają tu niewątpliwie częstsze, niż by się to zdawać mogło. Omyłki te prowadziły już nieraz do dramatycznych zająć o charakterze sądowym, o czem podaje literatura zacczadzenia... W każdym razie lekarz nigdy nie powinien zapominać o możliwości zacczadzenia, co przecież w warunkach naszego współczesnego życia wielkomiejskiego zdarzać się będzie coraz częściej. Zacczadzenie więc podejrzewać należy w każdym przypadku stwierdzenia utraty przytomności u człowieka, przebywającego dłużej w izbie zamkniętej, zwłaszcza wówczas, gdy chodzi o osobnika młodego, zawsze zdrowego, a oględziny chorego wykluczają możliwość ciężkiego urazu. Piorunujące wypadki zacczadzenia zdarzają się naogół rzadko i kończą się szybko śmiercią, tak, iż kli-

nicznego znaczenia nie posiadają. Za zacczadzeniem zwłaszcza przemawia fakt kilku osób uległych wypadkowi w jednej izbie na raz, lub powtarzanie się wypadków w tej samej izbie, lub w sąsiedztwie. Zapach gazu oświetlającego od razu ujawni przyczynę wypadku, chociaż, jak to już wiemy, gaz ten, przechodząc przez warstwę ziemi, traci swój charakterystyczny zapach, nie przestając być trującym. Mając do czynienia z pojedynczym wypadkiem, należy się liczyć z możliwością mocznicy drgawkowej, padaczki, śpiączki cukrzycowej, wylewów domózgowych lub doczaszkowych (pachymeningitis haemorrhag. int.). Skóra zacczadzonych, podobnie jak i skóra zatrutych wysokiemi, ma nieraz zabarwienie różowe, o ile jednocześnie zwiększenie się w powietrzu zawartości dwutlenku węgla nie nada jej sinawo-błędowego odcienia. Zrenice chorych często szerokie, jednakowe z obu stron, reagują na światło, podczas gdy w zatruciu atropiną są bardzo szerokie, a w zatruciu morfiną bardzo wąskie bez odczynu. W zatruciu strychniną stwierdzamy niesłychaną nadpobudliwość odruchową chorych i występowanie napadów tępcowych; w zatruciu wysokiemi b. częste są wymioty o kwaśno-alkoholowym zapachu. Pamiętać wszakże należy, że często ma się do czynienia z zatruciem mieszanem wysokiemi i CO. Badanie krwi chorego widmowe lub chemiczne należy niezwłocznie przedsięwziąć w każdym przypadku, gdzie rozpoznanie nie jest od razu pewne. Atoli badanie to winno być dokonane z krwią, pobraną natychmiast po znalezieniu chorego. Zuntz stwierdził, że ilość CO — Hb we krwi zacczadzonego spadła w przeciągu oddychania przez 3 godziny z 33 do 10% (w-g Wachholza). Z prób chemicznych chodzi tu przede wszystkim o zmodyfikowaną próbę Wachholza — Sieradzkiego, której szczegółowy opis znajduje czytelnik w podręczniku Wachholza (loc. cit. str. 308). Łatwa ta próba wykazuje CO we krwi przy obecności 5% CO — Hb. Jest ona przeto dostatecznie czuła na to, aby ją stosować i w klinice, gdy objawy pierwsze zacczadzenia występują przy zawartości 20% CO — Hb, a śmierć, jak to zaznaczyłem wyżej, dopiero przy 60% — 80% CO — Hb.

Wreszcie słów kilka o leczeniu zacczadzenia.

Chodzi tu przede wszystkim naturalnie o rozwinięcie energicznej i rozsądnej akcji ratowniczej, która, jak wiadomo, polega na usunięciu chorego z atmosfery zabójczej i na dostarczeniu mu powietrza oddechowego o dużej zawartości tlenu. Połączenie CO — hemoglobina nie jest nierozdzielne. W środowisku o dużem ciśnieniu O połączenie to rozszczepia się i krążki czerwone znowu poczynają chłonać i przenosić tlen do tkanek. Trzeba jednak, aby ciśnienie tlenu w pęcherzykach płucnych było możliwie największe, co się uzyskuje drogą umiejętnej inhalacji tlenu. Inhalacje tlenowe w tej postaci, jak się je u nas stosuje, nie mają żadnego sensu. Tlen podawać należy w dużej ilości i pod dużem ciśnieniem z bomby. O ile bomba nie posiada odpowiedniej maski, łączymy wylot wentyla z rurką gumową, grubości zgłębnika żołądkowego i wolny koniec tej rurki wprowadzamy choremu do jamy ustnej. W ten sposób nasycą się powietrze wdechowe tlenem. Robimy przy tem sztuczny oddech, podając tlen dopóty, dopóki chory sam nie zacznie oddychać prawidłowo. Taka akcja ratunkowa czyni nieraz prawdziwe cuda. Akcja ratunkowa bez bomby z tlenem nie ma żadnego znaczenia. To oddawna zrozumiano już na zachodzie, gdzie na stacjach ratowniczych (pogotowie, szpitale, straż ogniowa, komisariaty policyjne i t. p.) zawsze znajdują się bomby z tlenem. U nas pod tym względem nic się nie robi, poza mniej lub więcej kiepsko wykonywanym oddechem sztucznym i konwencjonalną szprycą kamfory... Byłbym szczęśliwy, gdybym się dowiedział, że nasze Pogotowie stosuje w tych razach tlen lege artis.

Z chwilą, kiedy chory zacznie prawidłowo oddychać, odstawiamy tlen i, poza koniecznymi zabiegami pielęgnarskimi, nie stosujemy żadnych leków. Chory winien być b. dobrze ogrzany i ma dostawać kilka razy na dzień do odbytnicy szklankę letniej wody słonej. Wszelkie podawanie leków i płynów doustnie jest wielce ryzykowne. Środki nasercowe są najczęściej zbędne, tak samo jak upust krwi, który zmniejsza w ustroju ilość krwinek i tak już zredukowanych czynnościowo. W cięższych przypadkach celowa wydaje się transfuzja sporej ilości krwi zdrowej, o ile jest na to czas. Dalsze leczenie prowadzi się stosownie do wymagań przypadku.

Z klinik, szpitali i pracowni.

O wpływie radjoterapii na guzy rdzenia, bez uprzedniego leczenia chirurgicznego.

Podał

Edward FLATAU.

W pracy swej o radjoterapii guzów układu nerwowego ośrodkowego, którą ogłosiłem w r. 1923, przytoczyłem 3 przypadki guzów kręgosłupa i rdzenia, w których, po dokonaniu zabiegu operacyjnego (przez kol. Sawickiego) oraz następczego naświetlania promieniami Roentgena, nastąpiła znakomita poprawa (Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, 1923, T. II, zesz. 4, Revue neurologique 1924 r. Nr. 1 i 2. Flatau-Sawicki: Przegląd chirurgiczny 1923).

Już wtedy postawione zostało pytanie, czy wyniku dodatniego nie należało, być może, przypisać wyłącznie zabiegowi operacyjnemu, t. j. czy w rzeczy samej odgrywało tutaj rolę zasadniczą również i naświetlanie. Odpowiedź na to mogą dać przypadki, w których leczenie promieniami zastosowano w sposób wyłączny, t. j. bez uprzedniego leczenia chirurgicznego. Kazyistyką odnośną jest jednak nader skąpa. Saenger (1917) wspomina krótko o 2 przypadkach guzów rdzenia, w których, po zastosowaniu radjoterapii, nastąpiła poprawa subiektywna (stan obiektywny pozostał bez zmiany). W r. 1922 O. Fischer opisał szczegółowo (Zeitschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. 1922. Bd 76, H. 1/2, p. 81) 7 przypadków guzów rdzenia, w których zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena. W pierwszych dwóch przypadkach miano do czynienia z przerzutami guzów złośliwych do rdzenia (struma retrosternalis, tumor abdominalis). Po zastosowaniu naświetlań nastąpiło z początku pogorszenie, a mianowicie osłabienie nóg przeszło w zupełne ich porażenie, również pogłębiło się znieczulenie, jednocześnie pogorszyła się czynność pęcherza. W obu przypadkach rozwinęła się w 24 godziny po naświetlaniu odleżyna. Pogorszenie to było w jednym przypadku tylko krótkotrwałe, albowiem po upływie pewnego czasu nastąpiła restytucja, przy której znieczulenie znikło niemal zupełnie. W drugim przypadku natomiast polepszenie obiektywne nie nastąpiło, i tylko bóle znikły. Fischer zwraca uwagę na to, że komórki, które w przypadkach tych stwierdził w płynie mózgoworodzeniowym, a które określa, jako komórki nowotworowe, uległy wybitnej zmianie pod wpływem promieni Roentgena. Obydwa te przypadki skończyły się śmiertelnie. W przypadku trzecim Fischer rozpoznał guz wewnątrzrdzeniowy na wysokości D₈₋₁₀ u 49-letniej kobiety. Stan był bardzo ciężki. Pod wpływem promieni Roentgena nastąpiło również z początku pogorszenie, następnie jednak stan się poprawił, tak że chora, która była prawie zupełnie sparaliżowana, mogła chodzić o własnych siłach i znikły zaburzenia czucia. Jeszcze lepszy rezultat został osiągnięty w przypadku czwartym, dotyczącym 25-letniego mężczyzny. Obraz kliniczny odpowiadał guzowi zewnątrzrdzeniowemu na wysokości środkowych odcinków grzbietowych. Zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena, i wszystkie objawy, zarówno ruchowe, jak i czuciowe, minęły; nastąpiło zupełne wyzdrowienie, już w 5 tygodni po pierwszym naświetlaniu. Fischer przypuszcza, że w przypadku tym miano do czynienia z mięsakiem, wychodzącym z opon. W V przypadku miano do czynienia z guzem kręgosłupa, uciskającym rdzeń. Naświetlanie promieniami Roentgena nie wpłynęło pomyślnie, i chora — 35-letnia kobieta zmarła (hypernephroma). Fischer nadmieniam krótko, że oprócz tych 5 miało sposobność naświetlania jeszcze 2 innych przypadków guzów rdzenia. W jednym z nich nastąpiło wyleczenie, w drugim — znaczne polepszenie.

W tymże 1922 r. Porges stosował naświetlanie w 3 przypadkach guzów rdzenia, przyczem w 2 wynik był doskonały. Trzeci przypadek (przerost rakowaty do kręgów) zakończył się śmiercią.

W r. 1924 Babiński oznajmił na kongresie w Paryżu, że stosował radjoterapię w 4 przypadkach. W jednym z nich (tumor vertebrae) nastąpiło polepszenie, później jednak zastosowano zabieg operacyjny; w drugim przypadku ustąpiły na pewien czas bóle, w trzecim (prawdopodobnie epi-

thelioma, jako przerost z guza piersi) zauważono również po naświetlaniu cofanie się objawów, zarówno ruchowych, jak i czuciowych; jednakowoż stan ogólny pogorszył się pod wpływem naświetlań głębokich. W przypadku 4 (guz w okolicy szyjnej) leczenie promieniami nie okazało żadnego wpływu.

Na tymże kongresie Belot i Tournay omawiali przypadek guza przerzutowego w okolicy grzbietowej rdzenia u 25-letniej dziewczyny, u której przed 3 laty stwierdzono guz śródpiersia. W przypadku tym nastąpiło zupełne wyleczenie pod wpływem promieni Roentgena, które stosowano serjami.

Jak widać, liczba przypadków guzów rdzenia (i kręgosłupa), w których stosowano radjoterapię bez uprzedniego (lub następczego) leczenia chirurgicznego jest bardzo szczupła. A jednak gromadzenie odnośnego materiału jest nader ważne, szczególnie, jeżeli zwrócić uwagę na to, że wynik leczenia operacyjnego guzów rdzenia bynajmniej nie jest świetny. Podług statystyki Oppenheima, dotyczącej guzów operowanych rdzenia, w 50% otrzymano wyleczenie lub znakomitą poprawę. Sick podaje 38% śmiertelności, Köhlisch—46%, Harte—47%. Ostatnio Martel podaje 23% śmiertelności w przypadkach guzów rdzenia, leczonych operacyjnie (Presse médicale 1924, Nr. 30, p. 329).

Zaznaczyć przytem należy, że statystyki te dotyczą guzów, leżących najpomyślniej dla operacji, a mianowicie wewnątrz kanału kręgowego. Dla guzów kręgowych oraz pozakręgowych i drążących do kanału kręgowego statystyka jest o wiele pomyślniejsza. Wreszcie w niektórych guzach, jak np. umiejscowionych w śródpiersiu i drążących do kanału kręgowego, zabieg operacyjny jest wprost niewykonalny.

Wydaje się więc wskazanem ogłaszanie przypadków, obserwowanych klinicznie przez czas dłuższy, w których było stosowane wyłącznie leczenie promieniami Roentgena. Dwa takie przypadki podaje w pracy niniejszej.

Przypadek I.

M. Z. 48 lat, kobieta, poczuła na wiosnę 1923 r. osłabienie nóg. Osłabienie to powoli się wzmacniało; w listopadzie 1923 mogła jeszcze przejść kilka wiorst do stacji kolejowej, doszedłszy jednak do tej stacji, upadła i nie mogła się już podnieść. Stwierdzono wtedy (na oddz. kol. A. Landaua) obraz Brown-Séquarda o typie spastycznym. Odczyn Wassermanna ze krwi i z płynu mózgoworodzeniowego ujemny. Płyn ten wskazywał ciśnienie słabe (5 na manometrze Claudea). Płyn był ksantochromiczny, nie zawierał komórek, natomiast globuliny (Nonne-Apelt +).

Status (w grudniu 1923). Nerwy czaszkowe, kończyny górne — nie zmienione. Co do kończyn dolnych, to unoszenie ich do góry zniesione, opuszczanie bardzo słabe, inne ruchy zniesione. Ruchy w lewym kolanie — zniesione; w prawym — nieznaczne zginanie i rozginanie. W stawach skokowych możliwe tylko minimalne zginanie. W palcach stopy prawej — ślad ruchów, w palcach stopy lewej — 0. Czucie bólowe i ciepłikowe zniesione od D₁₀ w dół na brzuchu i na prawej kończynie dolnej; co zaś do lewej, to czucia te były zachowane na przedniej powierzchni i osłabione na tylnej (w odcinkach krzyżowych +). Czucie dotykowe było również zniesione od linii pępkowej w dół. Odruchy brzuszne zniesione. Odruch rzepkowy +. Odruchy ze ścięgna Achillesa słabe (l. \ pr.) odruch stłocowy zniesiony. Odruchy obronne, wywoływane sposobem Babińskiego zniesione, sposobem Marie-Foix +, niezbyt wybitne. Czynność pęcherza i odbytnicy niezakłócona. Kręgosłup nie bolesny, brak zniekształcenia. Płyn mózgoworodzeniowy wypływał pod ciśnieniem=5, po naciśnięciu żył na szyi=10, po nacyleniu głowy=20—25, po wypuszczeniu 3 cm.³ — ciśnienie spadło do 0. Płyn był żółtawy, zawierał 20 limfocytów w 1 mm³, Nonne-Apelt wybitnie dodatni.

Już 24.XII zauważono odleżynę na prawym pośladku 28.XII rozpoczęto I serję naświetlań w okolicy kręgów grzbietowych (VI—X)*). Po naświetlaniu chora

*) Kol. Mesz H. F. — 26 cm., Kv. 115, MA 2½, F. 1½, Al. + 1/2 Zn., 30'.

czuła się niedobrze i kilkakrotnie wymiotowała. Nie stwierdzono jednak pogorszenia objawów rdzeniowych.

31.XII. Odleżyny zagojone.

5.I 1924. Nieznaczne ruchy w stawie biodrowym (abdukcja, addukcja, słabe opuszczanie), nieznaczne rozginanie lewego kolana, nieznaczne opuszczanie lewej stopy i ślad ruchów w palcach tejże stopy. Czucie bólowe, ciepłkowe na lewej nodze powróciło, lecz osłabione.

18.I. Unosi prawą nogę na kilka cent. ponad poziom i rozgina kolano; inne ruchy bez zmiany. Lewą kończynę dolną unosi znacznie mniej. Czucie w obrębie prawej nogi tak, jak dotąd, w lewej — niekiedy odczuwa dotyk; czucie bólowe i ciepłkowe +, lecz osłabione. Percepcje kinestetyczne w palcach — 0.

23.I. Ciśnienie płynu mózgowodzeniowego = 9, po naciśnięciu żył pozostało bez zmiany (objaw Quackenstedta +), kolor płynu żółtawy, pleocytoza 0, Nonne-Apel + + + + objaw Sicarda-Foix +.

13.III. Druga serja naświetlań.

14.III 1924. Przekłucie podpotyliczne (między I i II kręgiem szyjnym) i wlanie 1,0 lipiodolu w pozycji siedzącej. W pozycji tej chora przebywała przez 15 minut i wtedy dokonano zdjęcia Roentgena (kol. Mesz). Okazało się, że ślup lipiodolu zatrzymał się w rdzeniu grzbietowym, na wysokości, odpowiadającej rzutowo granicy między VI a VII kręgami grzbietowymi (Fig. 1). Na zdjęciu, dokonaniem po upływie godziny, ślup lipiodolu nieco się zmniejszył i widać było oddzielne krople lipiodolu, spływające (w spatium subarachnoidale) w dół i zbierając się w postaci cienkiego stożka w worku twardówkowym na wysokości I—II kręgów krzyżowych (Fig. 2). Roentgenogram, dokonany w 3 dni później (17 marca) wykazał, że ślup lipiodolowy pozostał prawie ten sam. W 47 dni (30 kwietnia) po iniekcji ślup lipiodolowy w części grzbietowej zmniejszył się (Fig. 3), jednocześnie stożek lipiodolowy na dnie worka twardówkowego znacznie się powiększył, i widać było tutaj promienie lipiodolowe, towarzyszące korzonkom rdzeniowym. W 84 dni po iniekcji — ślup szyjny stał się jeszcze mniejszy, natomiast stożek lipiodolowy na dnie worka twardówkowego znacznie się powiększył. Następnie na roentgenogramie, dokonany 20 czerwca (a więc w 99 dni po iniekcji) ślup górny zmalał jeszcze bardziej (Fig. 4), natomiast objętość stożka dolnego zwiększyła się.

Powracając do opisu dalszego przebiegu zjawisk klinicznych, zanotować należy przede wszystkim, że chora doskonale zniosła iniekcję lipiodolu, i tylko w 2 dni później (16.III) skarżyła się na bóle opasujące na wysokości pępka.

31.III. Percepcja kinestetyczna w dużych palcach stóp +, w innych palcach 0.

4.IV. Półpasiec tuż poniżej pępka z prawej strony, przechodzący na plecy. Prócz tego — mała grupka wykwitów na zewnętrznej górnej powierzchni prawego uda.

8—9.IV. Trzecia serja naświetlań.

22.IV. Mocz oddaje dobrze.

1 i 3.V. Unosi obydwie nogi en masse, czasami na kilkanaście cm. Ruch ten szybko się wyczerpuje. Doprowadzanie uda +, odprowadzanie +, słabe. Zginanie kolana +, szybko się wyczerpuje. Ruchy w stawach skokowych i w palcach +, słabe. Czucie bólowe, ciepłkowe, dotykowe +. PR, AR +, Rabiński +. Odruchy obronne bardzo wyraźne (ze stopy, goleni i dolnej części uda). Objaw zginania podążającego Goldflama wyraźny, szczególnie po stronie prawej, jakkolwiek objętość samego ruchu niezbyt wielka. Jeżeli chorej kazał stanąć, podtrzymując ją mocno pod pachami, wtedy przebiega nogami. Może sama usiąść na brzegu łóżka, opuszczając nogi, i wtedy sama się przenosi na obok stojące krzesło.

24 i 25.V. Czwarta serja naświetlań.

7 i 8.VII. Piąta serja naświetlań.

7.VII. Chora może stać, trzymając się krawędzi łóżka, może nawet zrobić parę kroków, stawia nogi niezręcznie (genu recurvatum).

21.VII. Podtrzymywana z obu stron, stąpa bardzo powoli, krzyżuje często nogi i przegina je nadmiernie w kolanach. Odruchy obronne słabe. Objaw Goldflama znikł.

Od 1 do 20.VIII. Chora zaczęła chodzić sama, trzymając się krawędzi łóżka; kroki drobne, niezręczne, kolana przeginają się mocno do tyłu.

19—21.VIII. Szósta serja naświetlań.

15.IX. Roentgenogram wykazał zupełne zniknięcie ślu-

pa lipiodolowego w części grzbietowej (Fig. 5), natomiast wybitny stożek na dnie worka twardówkowego (Fig. 6).

Płyn mózgowodzeniowy z dnia 23 września r. b. okazał się bezbarwny i wykazywał słaby stopień odczynu Nonne-Apelta.

W przypadku tym rozwijało się u 48-letniej kobiety bardzo powoli porażenie dolnej połowy ciała, z początku o typie Brown-Séquarda, następnie zaś o charakterze poprzecznym; mniej więcej w 9 miesięcy od początku choroby stwierdzono prawie zupełne porażenie ruchowe i czuciowe od D¹⁰ w dół, bez wybitnych objawów spastycznych. Płyn mózgowodzeniowy, wydobywany kilkakrotnie, był zawsze ksantochromiczny i wykazywał objaw Sicarda-Foix. Ciśnienie płynu było nieznaczne. Objaw Quackenstedta był pierwotnie ujemny, później jednak stał się dodatni. Na podstawie tych danych rozpoznano guz rdzenia, tembardziej, że kregostup nie wykazywał żadnych zgoła zmian, zaś odczyn Wassermann'a, zarówno z krwi, jak i z płynu mózgowodzeniowego, był ujemny. Rozpoznanie to zostało również potwierdzone dzięki zastosowaniu metody Sicarda, t. j. wlewaniu podpotylicznemu lipiodolu. Ślup tej mieszaniny jodowo-oleistej zatrzymał się na poziomie, odpowiadającym granicy między VI i VII kręgami grzbietowymi. Ślup ten był widoczny na tym poziomie nawet w 99 dni po pierwotnej iniekcji lipiodolowej.

W przypadku tym zastosowano leczenie wyłącznie za pomocą promieni Roentgena. Serje naświetlań powtarzano w odstępach czasu 5—7 tygodniowych. Stan chorej wkrótce zaczął się poprawiać. Rozpoczynając się odleżyna bardzo szybko się zagoiła i ostatnio (w 8 miesięcy po I serji) chora, która była niemal zupełnie sparaliżowana, chodzi sama, jakkolwiek z trudnością. Jednocześnie wróciło czucie *).

Specjalną uwagę pragnąłbym zwrócić na zachowanie się śłupa lipiodolowego. Otóż, podczas gdy roentgenogram, dokonany w 3 dni po iniekcji lipiodolu, nie wykazuje jeszcze prawie żadnej różnicy (w porównaniu z pierwotnym zdjęciem), fotografia następna, w 47 dni po iniekcji, uwiarygodnia zmniejszenie się śłupa lipiodolowego grzbietowego, jednocześnie z powiększeniem się stożka lipiodolowego na dnie worka twardówkowego. W 84 i w 99 dni po iniekcji ten sam stosunek odwrotny obu śłupów staje się jeszcze wybitniejszy, zaś w 186 dni po iniekcji kolumna lipiodolu w części grzbietowej znika zupełnie, natomiast widać wielki stożek lipiodolowy na dnie worka twardówkowego. Fakt ten przypomina inny, zaobserwowany przez Souquesa-Blamoutiera i Massaryego (Revue neurolog. 1924, Nr. 1, p. 6), w którym ślup lipiodolowy zatrzymał się w części szyjnej rdzenia, lecz nie wskutek guza, a sprawy syfilitycznej, i po 6 tygodniach znakomicie zmalał, pod wpływem leczenia bismutem.

Przypadek II.

M. Ł. 42 l. mężczyzna, poczuł ból w okolicy spina iliaca ant. sup. sinistr. w listopadzie 1922 r. Ból ten trwał przez 2 tygodnie, znikł na 1 miesiąc, znowu się pojawił i przeszedł w kwietniu 1923 r. na drugą stronę. Na początku sierpnia — bóle opasujące w dolnej części klatki piersiowej (w VII międzyżebrow). Od września — drętwienie nóg i utrudnione chodzenie, zaburzenia zwieraczy, dotkliwy ból w piersiach przy kaszlu i kichaniu. Lues negatur.

Status (17.IX 1923). Unosi kończyny dolne na wysokość 20 cm. Od- i doprowadzanie ud zachowane, lecz bardzo ograniczone. Również i zginanie, rozginanie kolan bardzo osłabione. Ruchy w stawach skokowych i w palcach zachowane, słabe. PR i AR, Rabiński +. Anestezja (niezupełna) w kończynach dolnych i na brzuchu, na 2 palce powyżej pępka. Od tej granicy do linii miedzykowatej — hyperestezja. Czucie ciepłkowe +, lecz osłabione. Odruchy brzuszne zachowane. Na krzyżu — miejsca sinawe. Płyn mózgowodzeniowy wpływa pod ciśnieniem = 25 (na manometrze Claudea), nieco żółtawy. Roentgenogram wykazuje guz obszerny śródpiersia przy niezmiennych kręgach grzbietowych (kol. Judt). Dnia 31 września stwierdzono zu-

*) Przyp. przy korekcie. Chora, niestety, zapadła na dur brzuszny i zmarła 17.X w szpitalu św. Łazarza. Dzięki uprzejmości kol. Kowalskiego otrzymałam rzeń. Stwierdzono nowotwór, wychodzący z opon miękkich (fibrosarcoma). Guz był spłaszczony. Na powierzchni, głównie u biegunów, widać było mleczne, przeświecające pasma. Makroskopowo stwierdzono wybitne zwyrodnienie torbielowate. Badanie dokładne będzie podane w pracy następnej.

pełne porażenie kończyn o charakterze wiotkawym. Jednocześnie zaczęła się rozwijać odleżyna i powstała gorączka. PR i AR po stronie prawej zaledwie ślady, po lewej — znikły. Babiński 0. Odruchy obronne znikły. Mocz wypuszczano kateterem. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny.

I serję naświetlań (klatki piersiowej oraz kręgow grzbietowych środkowych) rozpoczęto 29 września 1923 r. (kol. Mesz).

8.X. Ból w klatce piersiowej znacznie słabszy. Odruchy obronne +. Rossolimo +.

10.X. Nie widać ani cienia ruchów dowolnych w kończynach dolnych, z wyjątkiem nieznacznego poruszania paluchami. Czuć bólowe prawie zniesione.

13.X. Zjawyły się nieznaczne ruchy do- i odprowadzające w udach. Ból w klatce piersiowej przy kaszlu i kichaniu nie pojawia się więcej.

18.X. Ab. addukcja prawostronna ud +, aczkolwiek słaba. Inne ruchy 0. Retentio urinae et alvi.

20.X. Wyraźne zginanie lewego palucha i II—IV palców prawej stopy.

25.X. II serja naświetlań.

2 i 3.XI. Chory zgina i prostuje kolana, o ile kończyny biernie trzymać w powietrzu. PR i AR żywe, Babiński 0.

9.XI. Dziś po raz pierwszy może unieść nogi i skrzyżować je ze sobą.

13.XI. Ruchy w stawach kolanowych obszerniejsze, również i w stawach skokowych i w palcach..

8.I.1924. III serja naświetlań.

Duży pakiet gruczołów pod l. pachą.

21.I. Gruczoły pod lewą pachą zmniejszyły się. Ruchy czynne obszerniejsze, o charakterze spastycznym. Ruchy mimowolne sprężynowe w nocy. O ile chorego podtrzymać pod pachy, stąpa, czyni to jednak z dużym wysiłkiem, często krzyżuje nogi. Odruchy obronne bardzo wybitne. Odruchy brzuszne zachowane, słabe.

16.II. Chodzi sam, trzymając się krawędzi łóżka. Może stać przez chwilę, nie trzymając się łóżka.

5.III. Chodzi lepiej.

25.III. Roentgenogram wykazuje znaczne zmniejszenie się guza śródpiersia (kol. Mesz).

IV. Serja naświetlań.

5.V. Wstaje z łóżka dość szybko, chodzi sam, posługując się krzesłami, chód bardzo powolny, spastyczny. Mocz oddaje prawidłowo. Babiński +, Rossolimo +.

12.V. V serja naświetlań

Roentgenogram wykazuje dalsze wybitne zmniejszenie się guza śródpiersia.

18.VII. Chodzi powoli, spastycznie, lecz długo, posługując się dwiema laskami. Czuć dotykowe, bólowe i ciepłkowe zachowane (osłabione). Mocz oddaje sam, lecz z trudem. Czynność piciowa +. Odruchy Babińskiego, Rossolimo, Mendla-Bechterewa +.

1.VIII. VI serja naświetlań.

Roentgenogram wykazuje prawie normalny obraz śródpiersia.

W przypadku tym rozwinął się u 42-letniego mężczyzny w 9 miesięcy po pierwszych objawach bólowych w dolnej części tułowia obraz porażenia poprzecznego. Roentgenogram wykazał guz śródpiersia. Guz ten nie wywołał żadnych miejscowych objawów klinicznych, z wyjątkiem bólu w klatce piersiowej przy kaszlu i kichaniu. Nie stwierdzono przez cały czas trwania choroby żadnych objawów uciskowych, ani ze strony układu żylnego, ani ze strony tętnic, dróg oddechowych, ani nerwów (vagus, sympathicus, phrenicus, intercostales). W przypadku tym, jak to zresztą bywa i w innych, rozpoznanie guza śródpiersia stało się możliwe dzięki promieniom Roentgena (Bergmann. Handbuch der inneren Medizin. Mohr-Satehelin, 1914, BD. II). Oczywiście guz ten przedarł się poprzez otwory międzykręgowe do kanału kręgowego, ucisnął rdzeń i wywołał porażenie poprzeczne. Porażenie to, jak to zwykle bywa w przypadkach analogicznych, rozwinęło się szybko, w ciągu 1 miesiąca doprowadziło do zupełnego porażenia nóg wraz z zaburzeniem czynności zwieraczy i t. p. Ten moment uchwyciono i zarządzone natychmiastowe naświetlanie promieniami Roentgena, które powtarzano serjami, w odstępach przeważnie 6-tygodniowych. Naświetlano zarówno klatkę piersiową, jak i odpowiednią okolicę kręgow grzbietowych. Już

w kilka dni po zakończeniu I serji — ustąpiły bóle, zaś w 10 dni po tej serji pojawiły się pierwsze ruchy w kończynach, dotąd zupełnie porażonych. Poprawa ta postępowała stopniowo coraz dalej i w 3½ miesiąca po I serji naświetlań, chory, podtrzymywany pod pachy, mógł już stąpać. W danej chwili (sierpień 1924), a więc w 11 miesięcy po wystąpieniu porażenia i jednocześnie po I serji naświetlań, chory chodzi sam, jakkolwiek posługując się jeszcze 2 laskami i chód ma charakter wybitnie spastyczny. Czynność zwieraczy powróciła prawie zupełnie. Co do guza klatki piersiowej, to w styczniu 1924 r. był on nawet większy, niż na początku, następnie jednak roentgenogramy wykazywały stałe zmniejszanie się nowotworu. (Kol. Mesz). Ostatni roentgenogram, dokonany 31 lipca 1924 r., wykazał warunki prawie normalne. Stan ogólny chorego jest zupełnie dobry. Nadmienić należy, że pakiet gruczołów, który nagle wystąpił pod l. pachą, znikł zupełnie po zastosowaniu naświetlań.

Jak widać z opisu powyższego, w obu przypadkach wpływ promieni Roentgena na przebieg cierpienia był zastanawiający. W pierwszym z nich rozpoznanie guza starano się ustalić z możliwą dokładnością. Jest to, o ile mi wiadomo, pierwszy przypadek, w którym była stosowana wyłącznie roentgenografia i w którym diagnoza była poparta za pomocą iniekcji podpotylicznej lipiodolu. W drugim przypadku rozpoznanie nie ulegało wątpliwości. Cały szereg roentgenogramów wykazał z zupełną pewnością istnienie guza śródpiersia. Paraliż dolnej połowy ciała powstał oczywiście wskutek przeniknięcia mas guzowatych do kanału kręgowego. Przypadki takie, jak ostatniego rodzaju, będąc pozostawione sobie, kończą się śmiercią. Zastosowanie promieni Roentgena w przypadku naszym dało, jak dotąd (11 miesięcy), wynik pomyślny. Chory, który przed 11 miesiącami był zupełnie sparaliżowany i u którego roentgenogram wykazywał duży guz śródpiersia, chodzi dzisiaj sam, jakkolwiek posługując się dwiema laskami, zaś ostatni roentgenogram oddaje prawie normalne warunki śródpiersia. W przypadku Belota i Tournaya, do pewnego stopnia analogicznym do naszego przypadku drugiego, wynik był również pomyślny, miano jednak tutaj do czynienia z nawrotem guza (rdzenia), który się rozwinął w 3 lata po stwierdzeniu guza śródpiersia.

Trzeba będzie zbierać jeszcze przez czas długi materiał odnośny, by móc ustalić, w jakich przypadkach guzów rdzenia (lub kręgosłupa) jest wskazana radioterapia, w jakich znowu leczenie chirurgiczne, a znowu w jakich leczenie kombinowane. Prawdopodobnie dużą rolę odegra tutaj rodzaj guza. W pierwszym naszym przypadku miano do czynienia z guzem (fibrosarcoma), wychodzącym z opon, w drugim — bądź z mięsakiem limfatycznym (lymphosarcoma), bądź z ziarniniakiem limfatycznym (lymphogranuloma).

Specjalną uwagę pragnąłbym zwrócić na ważność dokonywania serji roentgenogramów (po uprzedniej iniekcji lipiodolowej), w miarę stosowania naświetlań promieniami Roentgena (lub radu). W przypadku naszym stwierdzono wybitne zmniejszenie się i ostatecznie zniknięcie zupełne słupa lipiodolowego na wysokości guza rdzenia, a jednocześnie powiększenie się stożka lipiodolowego w worku twardówkowym, w miarę stosowania następnych serji naświetlań i w miarę polepszenia klinicznego. Wprawdzie w przypadku tym iniekcji lipiodolu dokonano późno, bo już po I serji naświetlań, lecz dopiero w marcu 1924 rozpoczęliśmy stosować metodę Sica r d a.

Nasuwa się tutaj pytanie, ażali słup lipiodolowy, odpowiadający górnej granicy guza, nie może się z czasem zmniejszyć samorzutnie, t. j. bez stosowania naświetlań, o ile guz zewnątrz — lub zwłaszcza wewnątrz rdzenia, nie zamyka w zupełności światła przestrzeni podpańczynówkowej. Brak nam doświadczenia własnego, które pozwoliłoby dać na to odpowiedź. Jeżeli jednak tak nie jest, w takim razie objętość słupa lipiodolowego, zarówno górnego (u górnego bieguna guza), jak i dolnego (w worku twardówkowym) byłaby doskonałym wskaźnikiem i miernikiem wpływu leczniczego promieni na nowotwory rdzenia. W przypadkach tych należałoby się posługiwać, prócz tego, objawem Queckenstedta. O ileby objaw ten z pozytywnego stał się negatywnym, wskazywałoby to również na wpływ pomyślny i istotny radioterapii na rozpadanie się i zanik tkanki nowotworowej. Stosowanie tych metod pozwoliłoby, wespół z przebiegiem klinicznym, ustalić w każdym przypadku poszczególnym, czy należy nadal stosować radioterapię, czy też lepiej jest ją przerwać i przejść do leczenia chirurgicznego.

Z II kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Kierownik: prof. K. RZĘTKOWSKI).

Miareczkowanie odczynu Gerhardta w moczu w stanach komatycznych*).

Podał

Dr. Józef Wacław GROT, asystent Kliniki.

Wiadomą jest rzeczą, że stany komatyczne w cukrzycy spowodowane są nadmiernym nagromadzeniem się ciał ketonowych, powstałych w ustroju wskutek zaburzenia w przemianie kwasów tłuszczowych.

Wykładnikiem stopnia tego zatrucia jest ilość ciał ketonowych, nagromadzonych we krwi, w powietrzu wydechanem i w moczu chorego.

W praktyce codziennej najbardziej dostępnym jest określanie ciał ketonowych w moczu.

Badanie krwi w tym kierunku wymaga, oprócz czasu, jeszcze i odpowiednich warunków laboratoryjnych, określenie zaś natężenia zapachu acetonu w wydechanem powietrzu za pomocą powonienia niejednokrotnie zawodzi, gdyż niezawsze ciężkiej kwasicy towarzyszy mocny oddech acetonowy, zresztą sposób ten zbyt jest zależny od podmiotowego stanu badającego.

Wobec tego, dla lekarza praktyka jedynie wykonalnym pozostaje badanie moczu w kierunku ciał ketonowych.

Praktykowane powszechnie określanie acetonu w moczu również jest mało dostępne ze względu na dość złożoną technikę badania — pozostaje więc jedynie próba Gerhardta.

Próba ta jest odczynem na kwas aceto-octowy, a właściwie mówiąc, na enolową jego postać.

Doświadczenie wskazuje, że próba ta występuje tylko wtedy, gdy ilość ciał ketonowych w moczu (aceton + kwas aceto-octowy) przewyższa 0,4 gr. na dobę (v. Noorden).

Wobec tego już sama obecność dodatniej próby Gerhardta w moczu świadczy o przeładowaniu ustroju kwasami patologicznymi, jednakowoż doświadczenie poucza nas, że stany komatyczne występują dopiero przy ilościach, znacznie przewyższających wspomnianą liczbę.

Przekonało nas o tem obserwowanie przez czas dłuższy kilku (7) przypadków ciężkiej cukrzycy, w których utrzymanie chorych przy życiu możliwym było jedynie przy pomocy insuliny.

Ustawiczne badanie moczu tych chorych wykazało, że aczkolwiek dodatni odczyn Gerhardta stanowi groźne memento, to jednak w pewnych warunkach ludzie tacy mogą żyć, pracować nawet, i dopiero przy silnem natężeniu tego odczynu występują kliniczne objawy acetonemii.

Początkowo z powodu trudności otrzymania insuliny w Warszawie, później zaś ze względów materialnych, mogliśmy podawać insulinę naszym chorym tylko podczas coma imminens.

Okoliczności te zmusiły mnie do wyszukania sposobu mierzenia ilościowego natężenia odczynu Gerhardta i określenia jego związku z coma imminens.

Jak wiadomo, dodatni odczyn Gerhardta w moczu znika po dodaniu kwasu siarkowego, pod wpływem którego kwas aceto-octowy przechodzi w aceton.

Otóż, zauważywszy, że w razie silniejszego odczynu Gerhardta do odbarwienia moczu wymagała jest większa ilość H_2SO_4 , postanowiłem okoliczność tę wykorzystać dla celów praktycznych.

Doświadczenie wykazało, że najlepiej jest określać natężenie odczynu Gerhardta z ilości dodanego $n/10H_2SO_4$, aż do pozostania śladów dodatniego odczynu na kwas aceto-octowy.

Miareczkowanie takie odczynu Gerhardta wykonywałem w następujący sposób:

Do próbki nalewamy 10 ctm.³ badanego moczu, dodajemy 20 kropeł Ferrum sesquichloratum officinale (nadmiar nie szkodzi) następnie z biurety stopniowo dodajemy $n/10H_2SO_4$, aż do słabo wiśniowego zabarwienia.

*) Według demonstracji w Sekcji Klin. Tow. Med. Społ. w Warszawie dnia 15.VI.1924 r.

Zabarwienie, do jakiego należy miareczkować, wskażę nam próba Gerhardta, wykonana z taką samą ilością roztworu antypiryny 1:2000. Barwa, otrzymana po dodaniu chlorku żelaza do antypiryny nie zmienia się, wobec czego płyn ten może służyć jako stała kontrola.

Ilość $n/10H_2SO_4$, użytego dla 10 ctm.³ badanego moczu i przeliczoną dla 100 ctm.³, nazywamy mianem odczynu Gerhardta.

By uniknąć pomyłek, nie należy choremu podawać salicylatów i pyramidonu, z którymi chlorek żelaza daje zabarwienie podobne do odczynu Gerhardta.

Ze względów praktycznych koniecznem jest zawsze używanie probówek o jednakowych rozmiarach, a to w tym celu, by uniknąć różnic, powstać mogących przy ocenianiu zabarwienia wskutek różnej grubości szkła i warstwy płynu.

Uprościć wykonanie miareczkowania można w ten sposób, że bierzemy 2 jednakowe cylindery z podziałką do 15 cm.³ Do jednego z nich nalewamy 10 cm.³ wiadomego roztworu antypiryny i 20 kropeł roztworu chlorku żelaza, do drugiego zaś 5 cm.³ badanego moczu i 10 kropeł roztworu żelaza, a następnie powoli dodajemy $n/10H_2SO_4$ aż do zwrócenia zabarwienia w obu probówkach. Dla określenia miana odczynu Gerhardta użytą ilość kwasu siarkowego mnożymy przez 20.

Jednakowo dobrze można mierzyć natężenie odczynu Gerhardta przez dodawanie kroplami normalnego kwasu siarkowego.

W podobny sposób również można badać natężenie odczynu Gerhardta w moczu, powstałe nietylko od obecności kwasu aceto-octowego, lecz i po przyjęciu leków w postaci salicylatów, pyramidonu i antypiryny.

Miareczkując w ten sposób odczyn Gerhardta w moczu, obserwowałem 7 przypadków ciężkiej cukrzycy, z których 3 podczas napadu kwasicy. U trzech chorych stany prekomatyczne, wskutek niedostatecznej ilości stosowanej insuliny, powtarzały się kilkakrotnie. Chorzy ci częściowo przebywali na klinice, bądź też leczyli się ambulatoryjnie.

Tablica I.

Chora Marja Ch h. 26.

Data	Miano odczynu Gerhardta	Ilość dobową a)		Ilość acetonu w miligram.		b) kw. ac.oct. wyrażony w $11/10$ Hasoy
		moczu	kw. ac. oct. wyzany $n/10H_2SO_4$	Dobowo	w 100 cm. ² moczu	
4. II	134	3500	4690	2700	78	
5. II	138	3550	4830	2800	79	
6. II	148	1200	1776	1200	100	
7. II	130	1780	2210	1650	97	Coma 7. II wieczorem
10. II	66	3000	1980	1500	50	

a) Wszystkie badania przeprowadzono w moczu dobowym.

b) aceton ilościowo w moczu określał dr. Trzebiński, asystent Kliniki.

Z porównania cyfr w przytoczonej tabliczce wynika, że liczby, wyrażające natężenie odczynu Gerhardta oraz ilość acetonu, zawartą w jednej i tej samej ilości moczu, wzrastają jednocześnie, co miałem sposobność stwierdzić niejednokrotnie powyższymi określeniami.

Jednem słowem, podany przeze mnie sposób miareczkowania kwasu aceto-octowego, aczkolwiek niezupełnie ścisły, jednak dla celów praktycznych może być uważany za zupełnie wystarczający, tembardziej, że jego niedokładność jest okupiona przez łatwość, szybkość i dostępność wykonania nawet w mieszkaniu u chorego.

TABLICA II.

Data	Chory	Dobowy		Miano o. Gerhardt	Stan kliniczny
		Mocz	Kw. ac. oct. wyrażony w n/10 H ₂ SO ₄		
12. II	I. M-ski chłopiec l. 15	6300	4158	66	Stan względnie zadawalniający
9. II	M. Ch-ska l. 26	900	1404	158	Coma
17. II	I. Sz. l. 65	6000	8400	140	St. comatosum od paru dni
5. II	M. K-ska l. 21	2000	4000	200	Coma incipiens
8. V	M. W-ska l. 15	3000	3600	120	Coma incipiens
2 VIII	K-icz l. 38	Mocz święty		140	Coma incipiens

Z zestawienia tych kilku przypadków wynika, że wzrost miana odczynu Gerhardta powyżej 120 zawsze stwierdzał coma imminens, i że bynajmniej nie ilość wydzielanego na dobę w moczu acetonu jest miarą ciężkości przypadku, lecz koncentracja ciał ketonowych w jednostce objętości.

Idąc w ślad za M. Labbé, H. Bith i F. Nepveux, przeprowadzałem b. częste równoległe badania nad koncentracją kwasów organicznych w moczu przy pomocy nietrudnej metody v. Slyke i Palmera. Wyniki otrzymywałem analogiczne, więc jeśli chodzi o praktyczne zastosowanie, to i w tym względzie podany tu sposób miareczkowania odczynu Gerhardta w zupełności czyni zadość wymaganiom życia codziennego, gdyż w sposób niezmiernie prosty może dostarczyć cennych danych dla rokowania.

Wielce pouczającą co do rokowania jest historia choroby p. Sz., u którego wraz z doktorem Hintzem stwierdziłmy stan komatyczny. Ze względu na ciężki stan (miano odczynu 140) była zastosowana insulina codziennie, począwszy od dnia 17. II b. r. 19. II stan chorego był zadawalniający; wieczorowy mocz, badany po insulinie, wykazywał odczyn Gerhardta ujemny, mocz, z całej nocy zebrany, miano 16, zaś w ostatniej porcji rannej z dn. 22 stwierdzono raptowne nasilenie odczynu do 70. Chory ten leczył się w domu, mocz dostarczono do pracowni w południe, i chociaż kolega H., powiadomiony o wyniku analizy, niezwłocznie udał się do chorego, by podać insulinę, jednak, niestety, zatrucie postępowo piorunujące szybko, tak, że chory zmarł przed przybyciem lekarza.

Przypadek ten, jako najbardziej pouczający, pozwoliłem sobie przytoczyć, bowiem wskazuje on na niebezpieczeństwo badania miareczkowaniem odczynu Gerhardta zawsze w ostatniej porcji moczu.

To też od tej chwili u wszystkich naszych chorych, leczonych z powodu stanów komatycznych, zawsze badam miano odczynu Gerhardta, w każdej porcji moczu, by móc ocenić, w jakim stopniu wzrasta lub maleje stopień zatrucia ustroju. Zależnie od tego stosujemy większe lub mniejsze dawki insuliny. Chorym ambulatoryjnym poleca się na miejscu oddać mocz, i z tą świeżą porcją przerabiamy próbę na odczyn Gerhardta. Jeżeli próba ta wypada dodatnio, wykonywamy miareczkowanie omawianym sposobem. Zestawiając wyniki powyższe, uważam za swój obowiązek podkreślić praktyczne ich znaczenie. Będąc zupełnie świadomym niedokładności przytoczonego sposobu miareczkowania odczynu Gerhardta w moczu, podaję go ze względu na jego łatwość i dostępność wykonania, a następnie i dlatego jeszcze, że wedle doświadczenia, nabytego na klinice, dzięki tej metodzie zawsze można przy łóżku chorego otrzymać zupełnie wystarczające dane dla leczenia i rokowania.

Literatura:

1. v. Noorden. Die Zuckerkrankheit. Berlin 1917.
2. M. Labbé. Le diabète sucré. Masson Paris 1920.

3. Labbé, H. Bith et F. Nepveux. Le titrage des acides organiques par la methode de van Slyke et Palmer dans l'acidose. Presse Medicale 1923.

4. Meyer i H. Lenhartz. Mikroskopie und Chemie am Krankenbett.

Nowa metoda określania kwasu mlecznego we krwi i płynach fizjologicznych.

Podali

J. A. COLLAZO (Montevideo) (obecnie w Oddziale Biochemji Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie) i J. SUPNIEWSKI (Warszawa) Asystent Państwowego Zakładu Badania Surowic w Warszawie.

Kwas mleczny odgrywa wielką rolę w procesach życiowych zwierząt. Jest on ważnym produktem przejściowym przemiany węglowodanowej, białkowej, a pośrednio i tłuszczowej w organizmie zwierzęcym. Badania szkoły Neuberga wykazały, że kwas ten jest stałym produktem rozpadu węglowodanów. Glikogen organizmu ulega, przez nieznaną bliżej ciała przejściową, rozpadowi do glukozy, ta łączy się z kwasem fosforowym, tworząc kwasy dwuhekszofosforowe (Lactacidogen Embdena), które znów ulegają utlenieniu do kwasu mlecznego, pyrogronowego, aldehydu octowego i aż do CO₂. Aldehyd octowy, dzięki reakcjom przyłączenia, może regenerować nam ciała tłuszczowe, a nawet drogą przez kwas pyrogronowy aminokwasy; w ten sposób drogą kwasu mlecznego rozpad węglowodanów wiąże się z przemianą tłuszczów i białek. Reakcja syntezy węglowodanów iść musi również drogą kwasu mlecznego, powstającego, dajmy nato, z aldehydu octowego, wytworzonego wskutek utleniania i dezaminacji białek. Alanina, przez prostą dezaminację, wytwarza kwas mleczny. Widzimy stąd, że kwas mleczny jest ważnym punktem przejściowym przemian chemicznych organizmu wogóle.

Sprawa przemiany węglowodanowej i zaburzeń w niej (cukrzyca) nabrała obecnie aktualności, dzięki wykryciu przez Bantinga i Besta hormonu trzustkowego — insuliny. Ostatnie badania wykazały nam, że insulina przyspiesza wogóle procesy rozpadu w organizmie i tem samem działa regulującą na przemianę węglowodanową, tak silnie zahamowaną w kierunku rozpadu w organizmie diabetyka. Neuberg znalazł, że pod wpływem insuliny tworzą się duże ilości produktów przejściowych rozpadu, jak np. aldehyd octowy. Kraus i Embden wykryli zwiększone tworzenie się kwasu mlecznego. Wogóle badania te wskazują, że insulina działa przyspieszającą na rozpad węglowodanów. Badania nad produktami przejściowymi tego rozpadu dużo nam mogą wyjaśnić z punktu widzenia prognozy i terapii u chorych na cukrzycę.

Metody określania kwasu mlecznego, podane obecnie, mało nadają się do celów klinicznych ze względu na dość skomplikowaną aparaturę i trudną technikę, która nawet w ręku specjalisty daje poważne błędy. Dla celów kliniki potrzebna jest metoda prosta, którą mógłby operować niespecjalista chemik.

Określanie kwasu mlecznego rozбивa się zawsze na kilka problemów, jeśli chodzi o materiał biologiczny, a więc przede wszystkim na wydzielenie kwasu mlecznego z materiału i drugie na określenie go. Pierwszy problem miał zawsze za zadanie usunięcia ciał, szkodzących wyosobnieniu naszego kwasu, a więc w pierwszym rzędzie białek (odbiałczenie), a następnie wylugowanie kwasu w możliwie czystej postaci przy pomocy rozpuszczalników, stosując tu specjalne ekstraktry.

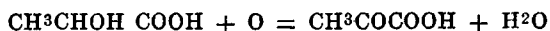
Pierwszą dobrą metodę odbiałczania materiału biologicznego w celu określenia kwasu mlecznego podał Schenk. Do odbiałczania używa on roztworu sublimatu w kwasie solnym. Po odsączeniu, nadmiar rtęci w przesączu usuwa się za pomocą siarkowodoru, co jest przykrą stroną tej metody. Ohlsson osadzał białko stężonym siarczanem amonu, lecz metoda ta wymaga odbiałczania, trwającego 12 godzin. Stosowano również do odbiałczania kwas fosforowo-wolframowy i octan uranylu. Odbiałczony materiał zakwaszano, następnie ekstrahowano często po uprzednim zagęszczeniu lub zestaleniu gi-

psem lub ziemią krzemkową, bądź piaskiem. Do ekstrakcji używane były rozmaite aparaty.

Jako rozpuszczalnika używano najpierw (Fletcher, Hopkins) ciepłego alkoholu etylowego. Później wykryto, że lepszym rozpuszczalnikiem jest eter etylowy. Metodę tę w ostatecznej postaci podał E m b d e n, a jako mikrometodę P a r n a s. Ostatnio dość dobrą metodę, opartą na tej zasadzie, podał L a q u e r. Najlepsze wyniki dawała ekstrakcja alkoholem amylovym, wprowadzona przez O h l s s o n a. Wszystkie metody ekstrakcji dawały zawsze nam wyniki zbyt niskie i, jak wykazał M e y e r h o f, dochodzące do 80% wartości rzeczywistych.

W płynie ekstrahowanym, zawierającym kwas mleczny, próbowano określać kwas mleczny bezpośrednio, miareczkując go 1/10 n NaOH i fenoltaleiną (B r u g s c h). Jednak tą metodą otrzymywano wielkie błędy, wskutek tego, że rozpuszczalniki wyciągały również i inne kwasy. Próbowano również określać kwas mleczny drogą grawidymetryczną, zadając pozostałość po odparowaniu wyciągu ZnO lub $ZnCO_3$ i następnie krystalizując ilościowo powstały tu $Zn'CH^3CHOHCO_2^{2/2} + 3 aq$. Następnie obliczając kwas mleczny z wagi mleczanu cynku, lub też powstałego przez prażenie tegoż mleczanu ZnO . Metoda osadzania kwasu mlecznego w postaci mleczanu cynku wyrobiła sobie miejsce w technice chemicznej, jako sposób identyfikowania tegoż, jednakowoż jako metoda ilościowa nie mogła utrzymać się zbyt długo.

Pierwszy J e r u s a l e m podał metodę miareczkową, opartą na innej zasadzie. Kwas mleczny utleniany w środowisku alkalicznym przechodzi w kwas pyrogonowy.



Własność tę wykorzystano w kierunku identyfikacji kwasu mlecznego, ponieważ kwas pyrogonowy tworzy charakterystyczny fenylhydrazon o stałym punkcie topliwości.

W środowisku kwaśnym kwas mleczny utlenia się do aldehydu octowego. $CH^3CHOHCOOH + O = CH^3COH + H^2O + CO_2$.

Jeśli do wrzącego słabego roztworu kwasu mlecznego będziemy wpuszczać kroplami słaby $KMnO_4$, to powstały aldehyd octowy natychmiast będzie parował i nie będzie podlegał dalszemu utlenianiu, również będzie mógł być oddystylowany ilościowo i umożliwi nam obliczenie z ilości tegoż aldehydu ilość kwasu mlecznego, z którego powstał. Jest to ogólna zasada powszechnie obecnie stosowanej metody F ü r t h a i C h a r n a s a. Zdolność tworzenia aldehydu z kwasu mlecznego wykorzystano również w celach jakościowych, a to dzięki reakcjom barwnym, które ten aldehyd daje w obecności stężonego H^2SO_4 z gwajakolem, kodeiną (D e n i g e s) lub triofenem (H o p k i n s).

Aldehyd octowy posiada zdolność wiązania i utleniania się pod wpływem alkalicznego roztworu jodu, tworząc jodoform.



Własność tę wykorzystano do oznaczania aldehydu metodą, zblżoną do metody oznaczania acetonu (E m b d e n).

Lepsze wyniki daje jednak metoda chwywania aldehydu do kwaśnego siarczynu potasu, z którym aldehyd tworzy związek niewiążący jodu. $CH^3CHO + KHSO_3 = CH^3CHOHKS O_3$.

Jeżeli będziemy destylowali aldehyd, wydzielany z kwasu mlecznego do znanej ilości 1/100 n $KHSO_3$, to z różnicy powstałej po zmiareczkowaniu nadmiaru niezwiązanego $KHSO_3$ 1/100 n J łatwo obliczyć możemy kwas mleczny, z którego ten aldehyd powstał. Obliczenie wykaże nam, że 1 ccm. 1/100n $KHSO_3$ odpowiada 0,00045 gr. kwasu mlecznego. Metoda ta daje dość dobre rezultaty w połączeniu z jedną z poprzednio podanych metod odbiaćzania i ekstrahowania.

Staraliśmy się podać tu metodę określania kwasu mlecznego przede wszystkim we krwi, która usuwa braki metod poprzednich i może być wykonana w każdej pracowni szpitalnej. Metoda nasza łączy w sobie metodę odbiaćzania F o l i n a i W u, metodę odcukrzania S a l k o w s k i e g o i T a n r e t a (zmodyfikowane przez H i r s c h a - K a u f m a n n a), wreszcie metodę dystylacyjną F ü r t h a i C h a r n a s a. Metoda nasza umożliwia określanie glukozy metodą M a c l e a n a w tej samej próbce krwi.

Zabieg pierwszy usuwa nam białka i część ciał azotowych ze krwi, a czyni to kwas wolframowy in statu nascendi.

Zabieg drugi wytrąca nam glukozę pod postacią glukozanów, miedzi i wapnia, nierozpuszczalnych w wodzie, przez

co usuwamy błąd, któryby dawał nam aldehyd, powstający przy utlenianiu glukozy.

Zabieg trzeci zamienia nam kwas mleczny w aldehyd, który określamy miareczkowo.

W Y K O N A N I E.

1. Odbiaćzanie.

Do kolbki 100 ccm., zawierającej 50 ccm. 1/2 n H^2SO_4 dolewamy 6 ccm. krwi pobranej do szczawianu amonu i mieszmamy, unikając piany, i po zupełnem rozpuszczeniu krwinek, dodajemy 6 ccm. 10% wolframianu sodu; zawartość mieszmamy i dodajemy H^2O do 100 ccm. Następnie płyn sączymy przez niezmocony sączek do cylindra miarowego na 100 ccm. Przesącz winien być klarowny, biały; opalizacja lub zabarwienie brunatne wskazują na złe odbiaćzanie, zależne zazwyczaj od zbyt słabego H^2SO_4 lub zbyt mocnego wolframianu. Próbkę 20—10 ccm. filtratu możemy użyć do oznaczenia cukru. Oznaczamy dokładnie ilość ccm. filtratu w cylindrze.

2. Odcukrzanie.

Do przesączu w cylindrze dodajemy 10 ccm. 10% $CuSO_4$ i 10 ccm. 10% $Ca(OH)_2$, mieszmamy, dopieńiamy wodą do 100 ccm. Odstawiamy na 15 m. i filtrujemy przez suchy sączek do cylindra na 100 ccm. Przesącz winien być biały, klarowny, mała próbka, ogrzana z odczynnikiem N y l a n d e r a winna nie dawać zczernienia. Zabarwienie fioletowe wskazuje na złe odbiaćzanie (reakcja biuretowa). Notujemy tu również ilość ccm. przesączu.

3. Określenie kwasu mlecznego.

Do korbki aparatu destylacyjnego wlewamy przez długi lejek, unikając zmożenia ścianek, nasz przesącz zakwaszony (lakmus) kilku kroplami 20% H^2SO_4 . Lijek przemycamy wodą, dopieńiamy płyn w kolbce do 100 ccm., i dodajemy nieco talku. Następnie zakładamy rozdzielacz z 1/200 n $KMnO_4$, podstawiamy odbieralnik z 20 ccm. świeżo przygotowanego roztworu 1/100 n $KHSO_3$ (uprzednio zmiareczkowanego jodem 1/100 n.). Odbieralnik (kolbka E r l e n m e y e r a) winien być zanurzony w naczyniu z wodą i lodem, rurka chłodnicy winna być zanurzona w dwusiarczynie, a między płomieniem a odbieralnikiem winien być umieszczony ekran azbestowy. Następnie podgrzewamy kolbkę do wrzenia, oraz wkraplamy nadmanganian z szybkością 60 kropli na minutę. Przez chłodnicę przechodzi tak żywy strumień wody, że rurka jej jest zupełnie chłodna. Destylację prowadzimy do momentu, aż zawartość kolbki destylacyjnej zbrunatnieje. Wówczas zamykamy rozdzielacz i obniżamy poziom odbieralnika, tak, że rurka chłodnicy znajduje się nad poziomem dwusiarczyny i destylujemy jeszcze 15'. Następnie zawartość odbieralnika miareczkujemy 1/100 n J w obecności krochmalu. Różnica ccm. jodu, zużytego przed i po destylacji na zmianowanie 20 ccm. dwusiarczyny, daje nam podstawę do obliczenia kwasu mlecznego. Przyjmując, że A wyraża nam ilość ccm. filtratu po odbiaćzaniu (bez próbki pobranej na określenie glukozy), a B ilość ccm. filtratu po odcukrzeniu, r — różnicę otrzymaną przy miareczkowaniu dwusiarczynów, p — poprawkę dla naszego roztworu 1/100 n J, dojdziemy do następnego wzoru obliczania kwasu mlecznego w procentach wagowych we krwi.

$$\frac{0}{100} CH^3CHOHCO_2H - \frac{100. 100. 0,00045. p. r. 100}{A B 6}$$

Błędy naszej metody wynikać mogą z tego, że kwas wolframowy nie osadza wszystkich związków azotowych, które przy utlenianiu mogą dawać aldehydy (np. aminokwasy). W warunkach zwykłych ten błąd jest tak mały, że dla celów kliniki nie ma znaczenia. W warunkach szczególnych (schorzenia wątroby) odbiaćzanie należy prowadzić według metody S c h e n k a z Na_2CO_3 , przy której te ciała są wytrącone.

Błędy wskutek obecności aldehydów mogą być łatwo skorygowane przez uprzednie oddystylowanie tychże, przed utlenieniem (ewentualnie określanie ich ilościowe).

Dla uniknięcia błędów, wynikającego wskutek obecności ciał acetonowych, określamy je w filtracie po odbiaćzaniu metodą E m b d e n a i dopiero pozostałość po destylacji poddajemy odcukrzaniu i t. d. Metoda ta umożliwia nam określenie w tej samej próbce ciał acetonowych i kwasu mlecznego (oraz ewentualnie glukozy).

Błędy zależne od leków wymagają już modyfikacji specjalnych, zależnych od rodzaju leku, jaki użyto. Większość leków błędów nie daje. Dla orientacji podajemy tu wyniki otrzymane za pomocą naszej metody: 1. Określenie trzykrotne

naszą metodą próbek po 1 cm. $1/5 \text{ nZn} (\text{CH}_3 \text{ CHOH CO}_2)^2$ dało nam liczby 0,9093 — 0,908 — 0,9101 (teoretycznie 0,9%). II. Określenie próbki 1 cm. tegoż mleczanu z 0,5 gr. glukozy przy zastosowaniu metody odcukrzania dało nam 0,9348%. III. Określenie 1 cm. tegoż mleczanu z 1,0 glukozy i 3,0 cm. surowicy konia dało nam 1,113% wówczas gdy 3 cm. same tejsze surowicy dały nam 0,164 w obliczeniu na 1 cm.; z tego wynika, że mleczan sam dał liczbę 0,959%. IV. Taż sama ilość mleczanu z 3 cm. tejsze surowicy dała nam 1,057%, co po odjęciu kwasu mlecznego surowicy da nam 0,893% zależne od samego mleczanu.

Widzimy z załączonych protokołów, że błąd metody wzrasta w miarę wzrostu liczby zabiegów (odbiałczanie, odcukrzanie), ale w każdym razie nie dochodzi nawet 0,5% błędu przy metodach ekstrakcyjnych.

Przy pomocy metodyki tej wykonane zostały prace nad wpływem hormonów na przemianę węglowodanową, które ukażą się w najbliższej przyszłości.

Piśmiennictwo.

Berlinerblau. — Chem. Zentralbl. str. 575, 1888; den. — Handb. der Bioch. Arbeitsmeth von Abderhalden str. 1254, tom 5, 1922. Embden. Biochem. Zeitschr. tom 45, 1912. Fürth Charnass. Biochem. Zeitschr. str. 199, str. 26, 1910. Fletcher Hopkins. Journ. of Physiol. str. 247, tom 25, 1907. Jerusalem. Biochem. Zeitschr. str. 361, tom 12, 1908. Meyerhof. Pflügers. Arch. str. 252, tom 182, 1920. Mondschheim. Biochem. Zeitschr. str. 105, tom 42, 1912. Ohlsson. Skand. Arch. Physiol. str. 231, tom 33, 1916. Parnas. Zeitschr. f. Physiol. str. 190, tom 30, 1915. Laquer. Zeitschr. f. Physiol. Chem. str. 169, tom 116, 1921. Riesenfeld. Biochem. Zeitschr. str. 249, tom 109, 1919. Ryffel. Journ. of Physiol. tom 39, 1909. Ryffel. Proc. of Physiol. tom 24. Salkowski. Zeitschr. f. Physiol. Chem. str. 79, tom 3, 1879.

Przestępstwa,

stojące w związku z zaspokojeniem popędu płciowego, w świetle kodeksu karnego 1903 roku, obowiązującego na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego.

Podał

Prof. Dr. W. GRZYWO-DĄBROWSKI (Warszawa).

Przestępstwa, powyżej wspomniane, w kodeksie 1903 r. ujęte są w artykuły następujące:

Art. 513. Winny czynu lubieżnego: 1) z dzieckiem do lat czternastu; 2) z nieletnim od lat czternastu do szesnastu bez jego zgody, lub nawet za jego zgodą, lecz przez nadużycie jego nieświadomości, ulegnie karze więzienia na czas od jednego roku do trzech lat lub więzienia do jednego roku.

Art. 514. Winny czynu lubieżnego z osobą płci żeńskiej, która ukończyła lat szesnastu, bez jej zgody na to, ulegnie karze więzienia do jednego roku.

Art. 515. Winny przestępstw, wymienionych w art. 513 i 514: 1) z osobą, pozostającą pod jego władzą lub opieką; 2) z osobą zmuszoną do tego za pomocą gwałtu na osobie lub groźby zabójstwa, bardzo ciężkiego lub ciężkiego uszkodzenia ciała tej osoby, do której groźbę zwrócono, lub członka jej rodziny, o ile groźba taka mogła wywołać w osobie, do której ją zwrócono, obawę urzeczywistnienia; 3) z osobą płci żeńskiej, o ile czyn lubieżny połączony był z defloracją, lecz bez stosunku płciowego, ulegnie karze w wypadkach wymienionych w art. 513 więzienia na czas od trzech do sześciu lat, a w art. 514 więzienia na czas od jednego roku do sześciu lat.

Art. 516. Winny pederastji ulegnie karze więzienia na czas od trzech miesięcy do jednego roku.

Jeżeli pederastję popełniono:

- 1) z nieletnim od lat 14—15 bez jego zgody lub nawet za jego zgodą, lecz przez nadużycie jego nieświadomości,
- 2) z osobą, o której winny wiedział, że jest pozbawioną możliwości rozumienia istoty i znaczenia spełnianego na niej czynu, lub też nie może kierować swemi czynami wskutek chorobowego rozstroju czynności psychicznych, stanu nieprzytomności, niedorozwoju umysłowego, spowodowanego przez wadę fizyczną lub chorobę,

- 3) z pozbawionym możliwości opierania się, bez jego zgody na pederastję — winny ulegnie karze więzienia na czas od trzech do sześciu lat.

Jeżeli pederastję popełniono:

- 1) z dzieckiem do lat 14-tu,
- 2) z osobą, pozostającą pod władzą lub opieką winnego,
- 3) z osobą, zmuszoną do tego za pomocą gwałtu na osobie lub groźby zabójstwa, bardzo ciężkiego lub ciężkiego uszkodzenia ciała osoby, do której groźbę zwrócono lub członka jej rodziny, o ile taka groźba mogła wywołać w osobie, do której ją zwrócono, obawę urzeczywistnienia,
- 4) z osobą, doprowadzoną w tym celu do stanu nieprzytomności przez gwałciiciela lub przy jego pomocy — winny ulegnie karze ciężkiego więzienia na czas od czterech do ośmiu lat. Usiłowanie będzie karane.

Art. 520. Winny obcowania płciowego:

- 1) z nieletnią od lat 14 do 16 bez jej zgody lub nawet za jej zgodą, lecz przez nadużycie jej nieświadomości,
- 2) z osobą, o której wiedział, że jest pozbawiona możliwości rozumienia istoty i znaczenia dokonywanego na niej czynu, lub nie może kierować swemi czynami wskutek rozstroju chorobowego czynności psychicznych, stanu nieprzytomności lub też niedorozwoju umysłowego, spowodowanego przez wadę fizyczną lub chorobę,
- 3) z pozbawioną możliwości opierania się winnemu, bez jej zgody na obcowanie płciowe ulegnie karze więzienia na czas od trzech do sześciu lat. Usiłowanie będzie karane.

Art. 521. Winny obcowania płciowego z nieletnią od lat 14—16 bez nadużycia jej nieświadomości, lecz korzystając ze stanu jej bezradności, ulegnie karze więzienia na czas do jednego roku.

Art. 522. Winny obcowania płciowego:

- 1) z dzieckiem do lat 14-tu,
- 2) ze zmuszoną do tego za pomocą gwałtu na osobie, groźby zabójstwa, bardzo ciężkiego lub ciężkiego uszkodzenia ciała tej osoby, do której groźbę zwrócono, lub członka rodziny, o ile groźba taka mogła wywołać w osobie, do której ją zwrócono, obawę urzeczywistnienia,
- 3) z doprowadzoną w tym celu do stanu nieprzytomności przez gwałciiciela lub przy jego pomocy — ulegnie karze ciężkiego więzienia na czas od czterech do sześciu lat.

Kodeks karny z 1903 r., obowiązujący na ziemiach b. zaboru rosyjskiego, odróżnia trzy rodzaje przestępstw, stojących w związku z zaspokojeniem popędu płciowego: a) czynu lubieżnego, b) pederastji, która jest właściwie tylko jednym z czynów lubieżnych, c) stosunek płciowy, lub usiłowanie jego dokonania, karane w pewnych przypadkach.

Omówimy najsmprzód istotę pojęcia czynów lubieżnych. Pod nazwą tą pojmujemy rękoćzynny lub wszelkie fizyczne zetknięcie dwóch osób, dążące do zaspokojenia popędu płciowego w sposób inny, niż za pomocą normalnego stosunku płciowego.

Czyn lubieżny z dzieckiem do lat 14 będzie karany zawsze, bez względu na to, czy dziecko zgadza się na dany czyn, lub nawet do niego samo zachęca, a to dlatego, że prawodawca zupełnie słusznie uważa, że dziecko w tym wieku z natury rzeczy nie może rozumieć istoty czynów lubieżnych i przez to nie może odnosić się do nich świadomie. Płeć nie odgrywa tu żadnej roli: czyn lubieżny może być popełniony zarówno z dziewczyną, jak z chłopcem, przez osobę płci odmiennej lub tej samej.

Czyn lubieżny dotyczy tylko danej osoby, jako obiektu, wobec tego nie będzie sprawcą karany za czyn lubieżny, dokonany wobec dziecka do lat 14-tu z osobą dorosłą za jej zgodą. Za czyn lubieżny, oczywiście, będzie karany sprawca tylko wtedy, gdy dokonał go z rozmysłem i ze świadomością istoty tego czynu.

Podlega również karze czyn lubieżny, gdy został on dokonany z osobą od lat 14 do 16, niezależnie od jej płci, bez jej zgody, lub też, jeśli nawet zgoda została uzyskana, lecz zostanie stwierdzone, że osoba ta nie była uświadomiona pod względem płciowym i nie rozumiała istoty i znaczenia czynu lubieżnego, jako takiego. W wielu przypadkach będzie rzeczą trudną orzec, czy rzeczywiście dziecko to, w wieku od lat 14 do 16, było nieświadomione pod względem płciowym w chwili spełnienia na nim czynu lubieżnego;

od tego czasu do chwili badania dziecka przez sędziego nieraz upływa dość dużo czasu, w ciągu którego, dzięki rozmowom z rodziną i otoczeniem w sprawie dokonanego czynu, może ono zostać uświadomione; w tych razach określić wstecz, czy było to dziecko uświadomione w czasie samego czynu lubieżnego będzie nieraz rzeczą trudną lub nawet wręcz niemożliwą. O ile czyn lubieżny został popełniony w warunkach, dowodzących, że dziecko samo zachęcało do tego, lub gdy dziecko zachowywało się w ten sposób, że sprawca mógł i miał prawo przypuszczać, że jest ono uświadomione pod względem płciowym, sprawca nie podlega karze.

Co się tyczy uświadomienia płciowego chłopców w wieku lat 14—16, naogół częściej są oni pod tym względem uświadomieni, niż dziewczęta w tymże wieku; poszkodowana do lat 16, jeśli już miała regularność, w większości przypadków jest uświadomiona co do życia płciowego. Oczywiście, u dzieci w tym wieku uświadomienie nie jest całkowite ani zbyt głębokie; stopień tego uświadomienia zależy naogół od otoczenia i środowiska, w którym dziecko rośnie i przebywa; wszystkie te okoliczności powinny być brane pod uwagę przy ocenie każdego z podobnych przypadków.

Objektem czynu lubieżnego do lat 16 może być również dobrze dziewczyna, jak i chłopiec, natomiast powyżej lat 16 czyn lubieżny, podlegający karze, może być popełniony tylko nad osobą płci żeńskiej, bez jej zgody na to.

Z powyższego wynika, że czyn lubieżny, popełniony z osobnikiem płci męskiej powyżej lat 16, nawet wbrew jego woli, nie będzie karany z artykułów, karzących tego rodzaju przestępstwo, lecz z artykułów, broniących nietykalności osobistej.

W jednym znanym mi wypadku pewien mężczyzna, za pomocą bicia, groźb i t. p., zmuszał drugiego mężczyznę do onanizowania go, wykonywał coitus in os, i t. d.; mógł on być za to ukarany z art. 475 i 530 K. K., chroniących nietykalność osobistą człowieka. Wydaje się nam, że kara tylko z tych artykułów w stosunku do winy jest niewspółmierna: przecież z tychże artykułów będzie karane i jakieś drobne naruszenie nietykalności osoby.

Czyn lubieżny, dokonany na kobiecie bez jej zgody będzie zawsze podlegał karze; oczywiście, brak zgody powinien być zupełnie wyraźny, nie budzący żadnych wątpliwości; mają czasem znaczenie okoliczności, w których popełniony był czyn lubieżny, — np. czyn ten, popełniony z kobietą lekkich obyczajów, z prostytutką, w domu schadzek, w ogromnej większości przypadków karany nie będzie, gdyż sprawca miał wszelkie prawo przypuszczać, że brak zgody, ewentualny opór — był raczej pozornym, niż rzeczywistym; czyn lubieżny, dokonywane przez męża na żonie, wbrew nawet jej woli, również nie mogą podlegać karze, gdyż czyny te czasami są nieodzownym składnikiem normalnego obcowania małżeńskiego.

Gdy żona nie życzy sobie znosić od męża tego rodzaju pieszczoty i t. p., może go opuścić, gdy zaś mieszka z nim razem, przez to samo upoważnia go do tego rodzaju stosunku. Oczywiście to, co jest powiedziane, dotyczy nie tylko małżeństwa, uznanego urzędowo, lecz również obowiązuje i przy małżeństwach nieślubnych, uznanych przez obie strony.

Prócz powyżej omówionych przypadków czyny lubieżne podlegają karze, o ile zostały popełnione z osobą, znajdującą się pod władzą lub opieką sprawcy, lub gdy były wymuszone groźbą zabójstwa, albo bardzo ciężkiego lub ciężkiego uszkodzenia ciała ofiary lub kogoś z jej bliskiej rodziny; oczywiście groźby te muszą być wypowiedziane w takich okolicznościach i w ten sposób, że ofiara będzie w zupełności przekonana, że będą one wykonane.

Stosunek opieki sprawcy do ofiary w powyżej przytoczonej kategorii przypadków dotyczy przede wszystkim nauczycieli do uczniów, wychowawców do swoich pupilów, służby do dzieci, powierzonych ich opiece i t. p. Oczywiście, i tu obowiązują ogólne zasady karalności czynów lubieżnych, omówione już poprzednio.

Najcięższą pod względem prawnym formą czynu lubieżnego jest przerwanie błony dziewiczej bez stosunku płciowego; przerwanie to, zresztą naogół rzadkie, stosunkowo najczęściej występuje przy wprowadzeniu przez sprawcę do pochwy palca, rzadziej — wskutek wprowadzenie tamże ciała śpiczastych i t. p.; przerwanie to musi być połączone z chęcią zaspokojenia popędu płciowego.

Rozdarcie błony dziewiczej, przypadkowo dokonane przy badaniu przez lekarza, lub występujące przy jakimś

urazie i t. d., bez związku z zaspokojeniem popędu płciowego, będzie uważane w ogromnej większości przypadków jako lekko uszkodzenie ciała.

Po omówieniu strony prawnej pojęcia czynów lubieżnych, w paru słowach wspomnimy o ich istocie faktycznej; czynami lubieżnymi nazwiemy wszelkie dotykanie ciała innej osoby w celu zaspokojenia swego popędu płciowego, bądź to palcem, bądź ręką, narządem płciowym i t. d., z wyjątkiem zetknięcia się narządów płciowych płci odmienniej, gdyż będziemy to uważali za uświłowanie dokonania stosunku płciowego. Wobec powyższego do czynów lubieżnych zaliczymy i takie, jak: coitus in os, coitus in anum, inter femora i t. d., cunnilingus, stosunek kobiety z kobietą przez zetknięcie się narządami płciowymi, pocałunek i t. d., dotyk do obnażonych narządów płciowych i wogóle do ciała, nawet przez ubranie, (klepanie po pośladkach, szczypanie i t. p.) względnie obnażenie narządów płciowych również uważać należy, jako czyn lubieżny, o ile były one połączone z chęcią zaspokojenia popędu płciowego. Uświłowania dokonania czynów lubieżnych karane nie są.

Powyżej omówione ujęcie czynów lubieżnych jest przez nas podane według kodeksu karnego 1903 r.; zdaniem naszym, pod niektórymi względami dadzą się tu stwierdzić pewne luki, szczególnie przy zastosowaniu praktycznym paragrafów 513, 514, i 515, zawierających ujęcie prawne czynów lubieżnych; należy zaznaczyć, że kodeks ten dopiero teraz przechodzi próbę ogniową praktyki życiowej, gdyż nigdzie przedtem nie obowiązywał.

Nie jest, np., dla nas jasnym, czy byłby karany czyn lubieżny, dokonany nad osobą płci żeńskiej, dorosłą, znajdującą się w stanie nieprzytomności, w śnie, względnie — gdy nie rozumiała ona istoty i znaczenia dokonywanego czynu (była w tym czasie umysłowo chora). Według ścisłego brzmienia odpowiednich paragrafów kodeksu 1903 r., należałoby przypuszczać, że czyn taki nie byłby karany, co w niektórych przypadkach mogłoby być połączone z krzywdą dla osoby poszkodowanej.

W myśl poprzednio omówionych zasad, czyn lubieżny będzie tylko wtedy karany, o ile w granicach powyżej przytoczonych paragrafów kodeksu karnego, dotyczył on bezpośrednio, fizycznie danej osoby; z powyższego wynika, że czyn lubieżny, popełniony po wspólnym porozumieniu się przez ludzi dorosłych wobec dzieci, nieletnich i t. p., nie będzie karany, jako taki. Wydaje się to nam niesłusznym i nieuzasadnionym; kara za popełnione czyny lubieżne z dziećmi ma ochronić je przed deprawacją, czyn zaś lubieżny, dokonany z dzieckiem samem, nieraz nie będzie miał dla niego tak głębokiego znaczenia, jak obserwowanie przez niego nieraz bardzo wyrafinowanych czynów lubieżnych, uprawianych przez dorosłe osoby w jego oczach. Inaczej interpretują tę sprawę niektóre inne kodeksy karne. Kodeks karny niemiecki w § 176 p. 3 podnosi, że karany będzie sprawca za popełnianie czynów nierządnych (odpowiada to pojęciu czynów lubieżnych) z osobami, 14 lat nie mającymi, lub jeśli osoby te „do popełniania albo znoszenia czynów lubieżnych nakłania”; ten punkt zatem pozwala pociągnąć do odpowiedzialności osoby, dokonywające czynów lubieżnych w obecności dzieci.

Kodeks karny austriacki, podobnie jak i kodeks 1903 r. nie zna karalności czynów lubieżnych, popełnianych w obecności dzieci; natomiast projekt nowego kodeksu austriackiego uważa wszelkie czyny lubieżne, popełniane w obecności osób niewłasnowolnych, a przede wszystkim wobec dzieci, jako shańbienie.

Według tego projektu, jako shańbienie (odpowiada to pojęciu „czynów lubieżnych”) ma być uważane i stosunek płciowy z dziewczętami poniżej lat 14, z osobami bezbronnymi, nieprzytomnymi i obłąkanymi.

Uzasadnieniem tego założenia jest myśl, że stosunek płciowy, dokonany w powyżej wymienionych warunkach, nie ma charakteru stosunku świadomego ze strony poszkodowanej, nie będzie więc dla niej miał tego przykrego moralnego wstrząsu, co przy zgwałceniu w pełni świadomości. Pomijając już okoliczność, że kobieta bezbronna jest jednak świadoma czynu, nad nią dokonywanego, wydaje się nam, że żadną miarą nie można stawiać na tej samej płaszczyźnie czynu lubieżnego i stosunku płciowego, dokonanego z osobą, nie zdającą sobie z tego sprawy w chwili spełnienia czynu. Po przebudzeniu się kobieta jednak się dowie, o dokonanym stosunku, dziecko również prędzej lub później uświadomi sobie, co z nim zrobiono, i oczywiście poszkodowane inaczej, silniej pod względem moralnym będą odczuwały odbyty w tych warunkach sto-

sunek płciowy, niż dokonany z nimi czyn lubieżny — np. pocałunek, klepanie, nawet dotyk do narządów płciowych. Wobec powyższego nie wydaje się nam słusznym ujednolitenie pod względem prawnym czynów lubieżnych ze stosunkiem płciowym, nawet popełnionym w warunkach, powyżej wspomnianych.

Do czynów lubieżnych należałoby odnieść i t. zw. ekshibicjonizm (obnażanie w celu zaspokojenia popędu płciowego swych narządów płciowych w obecności osób płci odmiennej; czynu tego dopuszczają się w ogromnej większości wypadków mężczyźni wobec młodych dziewcząt); według kodeksu 1903 r. ekshibicjonista nie będzie karany za popełnienie czynu lubieżnego, gdyż koniecznym tu jest, jak wiemy, zetknięcie fizyczne z ofiarą, lecz kara zwykle bywa wymierzana z artykułów, karzących zakłócenie przyzwoitości publicznej. Przy tej sposobności musimy zaznaczyć, że ekshibicjoniści są przeważnie osobnikami chorymi pod względem psychicznym, i każdy taki „przestępca” powinien być zbadaany przez lekarza-psychiatrę na wezwanie sędziego śledczego.

Drugie z kolei przestępstwo, dotyczące życia płciowego, jest to t. zw. pederastja; wkracza ona już w zakres czynów chorobowych. Pojęcie pederastji jest ściśle sprecyzowane — jest to wprowadzenie członka męskiego do odbytnicy mężczyzny; z tego określenia wynika, że tego rodzaju stosunek mężczyzny z kobietą będzie tylko zwykłym czynem lubieżnym, stosunek zaś pederastyczny (mężczyzny z mężczyzną) będzie również czynem lubieżnym, lecz specjalnie wysobnianym w kodeksie karnym. Ujęcie prawne pederastji w dużym stopniu różni się od ujęcia innych czynów lubieżnych; te ostatnie karane są tylko w pewnych przypadkach (czyn lubieżny popełniony z dzieckiem, przemocą i t. p.), pederastja zaś jest karana zawsze, przytem, o ile chodzi o mężczyzn dorosłych, będzie karany nie tylko ten, który był pederastą czynnym, lecz i pederasta bierny ponosi taką samą odpowiedzialność, o ile nie był on przymuszony wbrew woli do stosunku pederastycznego. Jest rzeczą ważną i ciekawą wyjaśnić, dlaczego pederastja jest karana odmiennie i surowiej, niż inne czyny lubieżne. Komentator kodeksu 1903 r., Taganczew, mówi, że pederastja, jako czyn lubieżny, obrażający skromność, musi być, jako przestępstwo, karana surowiej, niż inne czyny lubieżne. Makowski w swych komentarzach do tegoż kodeksu również nie wyjaśnia dokładnie, dlaczego pederastja jest wyodrębniona z kategorii lubieżnych czynów i dlaczego bywa karany dobrowolny stosunek pederastyczny dwóch dorosłych mężczyzn ze sobą; zaznacza on, co prawda, że chodzi tu o ochronę powszechnej moralności, co jednak jest niezrozumiałem w przypadkach, gdzie stosunek miał miejsce za wzajemnem porozumieniem i bez wywoływania zgorszenia publicznego; wychodząc z powyższego założenia, należałoby ukarać sprawców i za dobrowolny stosunek płciowy mężczyzny z dorosłą kobietą i t. p., gdyż i w takich razach można się tu dopatrzeć obrazy publicznej moralności.

Za stosunek pederastyczny, dokonany przez osoby dorosłe, dobrowolnie, może być wymierzona surowa kara aż do 1 roku więzienia; wydaje się nam jednak, że przyczyna karalności pederastji nie jest ani zbyt jasna, ani dostatecznie uzasadniona.

Jeśli chodzi o obrazę moralności w głębszym tego słowa znaczeniu, karalność pederastji wydaje się nieuzasadniona przede wszystkim dlatego, że bardzo dużo innych czynów lubieżnych, które w tej samej może mierze, co i pederastja, są niemoralne, jednak karze nie podlegają. Przytoczę, jako przykład, bezkarność stosunków ze zwierzętami, coitus in anum mulieris, coitus in os, inter femora i t. p.; przypuszczam, że nie da się uzasadnić, że pederastja jest więcej niemoralnym czynem, niż powyżej przytoczone.

Nie można, oczywiście, uznać, że karalność pederastji ma swą podstawę w zamiarze prawodawcy przeszkodzenia w ten sposób wyłudnieniu, gdyż w takim razie i wszystkie poprzednio wymienione czyny, nie prowadzące do zapłodnienia kobiety, powinny być również być karane; z tegoż punktu widzenia należałoby karać również wszelkie stosowanie środków, używanych przeciwko zapłodnieniu.

Wydaje się nam poza tem, że, karząc pederastę w przypadkach dobrowolnie odbytego stosunku, prawodawca już zbyt silnie zwęża granice swobody indywidualnej człowieka, zmierzając do kontroli praw i upodobań tak bardzo osobistych, co sprzeczne jest z obecnymi pojęciami prawnej swobody jednostki w spełnianiu czynów, nie grożących niebezpieczeństwem społeczeństwu. Najważniejszym jednak argumentem, przemawiają-

cym przeciwko karalności pederastji, jako takiej, jest ta okoliczność, że popęd pederastyczny nie jest przestępstwem, lecz zbroczeniem.

Nie mogę tu omawiać obszernie tej sprawy, już wielokrotnie bardzo dokładnie poruszanej przez wielu autorów, zaznaczyć tylko, że bardzo wielu badaczy, jak Hirschfeld, Kraft-Ebing i inni, a u nas Mikulski, przyszedł do wniosku, że popęd pederastyczny jest tylko jednym z przejawów konstytucji homoseksualnej, t. j. popędu płciowego do płci tej samej. Podstawy tego popędu tkwią w odmiennym układzie psychicznym, a nieraz i fizycznym jednostki; jest to pod względem płciowym organizacja dwupłciowa, lub jednopłciowa — lecz o popędzie skierowanym do osobników tej samej płci. Czasami nawet i fizyczna organizacja pederasty przedstawia pewne zbrocenia: występują cechy pewnej zniechęcałości, nadmierny rozwój podściółki tłuszczowej, odpowiadający co do układu temu, jaki występuje u kobiet; owłosienie narządów płciowych odpowiada typowi kobiecemu, czasem nie rozwija się zarost na twarzy, w niektórych przypadkach mamy niedorozwój lub zaburzenia w rozwoju narządów płciowych i t. d. Badania Steinach'a, ogłoszone w latach ostatnich, aczkolwiek nie całkowicie potwierdzone przez innych autorów, pozwalają przypuszczać, że w niektórych przypadkach odwróconego popędu płciowego w gruczołach płciowych tych osobników mogą występować i głębsze, drobnowidzowe zmiany; w jądrami mężczyzny o popędzie homoseksualnym Steinach znajdował składowe części jajników, a w jajnikach u kozy, która, będąc samką, zdradzała wybitny popęd płciowy do samicy, znalazł Steinach cząstki jąder w postaci kanalików nasieniennych i komórek śródmiąższowych Leydiga. Że nieraz gruczoły płciowe są tym czynnikiem, który wywołuje popęd płciowy do tej samej płci, świadczą przypadki, w których wycięcie jąder u osobników o popędzie homoseksualnym powodowało wygaśnięcie tego popędu, a zaszczepienie następnie jąder osobnika normalnego powodowało ożywienie się normalnego popędu płciowego w stosunku do kobiet. Doświadczenia te, zdaje się, dowodziłyby, że z gruczołów płciowych wypływają pobudki, które tworzą rodzaj popędu płciowego w stosunku do jednej i drugiej płci. Doświadczenia Steinach'a i innych badaczy nad zwierzętami również potwierdziły, że gruczoły płciowe są głównym, a może i jedynym regulatorem popędu płciowego, i że one to (właściwie ich wydzielina wewnętrzna) określają rodzaj popędu płciowego: po wyjęciu u samca świnki morskiej jądra oraz zaszczepieniu mu jajników, zaczęły się u niego rozrastać sutki, wydzielać mleko, i samiec taki mógł wykarmiać młode; popęd płciowy tego zwierzęcia, poprzednio skierowany do samicy, obecnie uległ odwróceniu i zaczął się zwracać do samców. Odwrotnie — przy usunięciu u samicy świnki morskiej jajników, a zaszczepieniu jąder — samiczka ta zaczęła odczuwać popęd płciowy do samicy, łechtaczka zaś ulegała przerostowi i nabierała wyglądu członka.

Biorąc pod uwagę wszystkie te obserwacje nad ludźmi i doświadczenia na zwierzętach, należy wyciągnąć wniosek, że jeśli ten lub inny popęd płciowy warunkowany jest czynnikami fizjologicznymi i nie jest zależny od woli osobnika, wobec tego zbrocenia popędu płciowego nie mogą być w żadnym wypadku traktowane i karane jako przestępstwo.

Wobec powyższego należałoby usunąć z kodeksu karnego paragraf, karzący stosunki pederastyczne, jako takie; w wypadkach stosunku tego rodzaju z nieletnim, dokonanego przemocą, podstępem, pod wpływem groźb i t. d., należałoby sprawcę zbadać co do stanu jego władz umysłowych, a przede wszystkim ustalić obecność (względnie brak) zbrocenia popędu płciowego; w większości przypadków stwierdzimy obecność tego zbrocenia. O ile ustalimy, że sprawca jest osobnikiem normalnym pod względem psychicznym, wtedy, oczywiście, powinien on być ukaranym, lecz nie za stosunek pederastyczny, a z artykułów, karzących za dokonywanie w pewnych przypadkach czynów lubieżnych lub broniących nieżytkalności osoby i t. p.

Trzecią kategorię przestępstw, stojących w związku z zaspokojeniem popędu płciowego stanowi w pewnych wypadkach stosunek płciowy, lub jego usiłowanie.

Uważamy, że stosunek płciowy miał miejsce wtedy, gdy członek męski został wprowadzony do pochwy kobiety, to znaczy — poza błonę dziewiczą. Stosunek powierzchowny, gdy członek został wprowadzony do t. zw. przedstonka, czyli przestrzeni, znajdującej się między wargami a błoną dziewiczą, nie jest w znaczeniu fizjologicznym stosunkiem płciowym.

wym, lecz tylko jego usiłowaniami; w przypadkach zatem karalności tych czynów, winny one być rozpatrywane jako usiłowanie dokonania stosunku płciowego. W ten sam sposób będziemy kwalifikować także tego rodzaju czynności, jak zeknięcie członka męskiego z narządami płciowymi kobiety.

Stosunek płciowy podlega karze w przypadkach, gdy został on popełniony z dzieckiem do lat 14, bez względu na jego płeć, z dziewczyną od lat 14 do 16, o ile został wyzyskany brak uświadomienia pod względem płciowym, a także w przypadkach, gdy stosunek był dokonany z umysłowo chorą za pomocą gwałtu fizycznego, oraz gdy kobieta była zmuszona do stosunku płciowego groźbami (specjalnie sprecyzowanymi w kodeksie), lub też, gdy został on dokonany wbrew woli kobiety, z wykorzystaniem jej braku świadomości albo niemożności obrony i t. d. We wszystkich powyższych wspomnianych wypadkach dokonanie stosunku płciowego podlega karze.

W paru słowach omówimy niektóre z powyższych wymienionych punktów.

Karalność stosunku płciowego z dzieckiem do lat 14 oparta jest na zasadzie, że dziecko w tym wieku nie rozumie istoty stosunku płciowego i winno być skutecznie bronić przez prawo przeciwko zamachom w tym kierunku. Za stosunek płciowy z chłopcem do lat 14 będzie karana kobieta.

Stosunek płciowy z dziewczyną od lat 14 do 16 lat, o ile był dokonany za jej zgodą, karany będzie wtedy tylko, gdy zostanie udowodnionem, że sprawca wiedział, iż dana osoba nie była uświadomiona pod względem płciowym. Jak to już zaznaczyliśmy przy omawianiu czynów lubieżnych, niezawsze można ustalić w sposób obiektywny, czy dziewczyna rzeczywiście była nieświadoma w chwili dokonywanego z nią stosunku płciowego. Jeśli zostanie stwierdzone, że zachęcała ona sama do stosunku, że np. stosunek odbył się w domu schadzek i t. p., dokąd dziewczyna sama zaprosiła mężczyznę, nie może być mowy o karaniu mężczyzny, gdyż miał on prawo przypuszczać, że dziewczyna była uświadomiona co do stosunku płciowego.

Jest godnem zaznaczenia, że kodeks karny rozpatruje te sprawy tylko w stosunku do dziewcząt, zaznaczając, że w wieku od lat 14 do 16 bywa nadużyta ich nieświadomość co do życia płciowego; za stosunek płciowy z chłopcem w tym wieku nie może być nigdy karana kobieta. Stanowisko prawodawcy w tej sprawie nie wydaje się nam całkowicie słusznem: wszak jest rzeczą zupełnie możliwą, że chłopiec lat 15 będzie nieświadomy co do życia płciowego, i że, o ile będzie on sztucznie podrażniony przez kobietę, może wystąpić u niego erekcja członka, umożliwiając kobiecie uskutecznienie z nim stosunku płciowego. Stanowisko prawodawcy wydaje się nam tembardziej niezrozumiałem, gdy zestawimy je ze stanowiskiem, jakie on zajmuje w art. 514, p. 2. Artykuł ten dopuszcza możliwość nieświadomości chłopca od lat 14 do 16 lat w stosunku do czynów lubieżnych (eo ipso — co do życia płciowego) i czyn lubieżny, z nim popełniony, będzie karany. Z zestawienia tych dwóch artykułów wynikałoby, że za czyn lubieżny z chłopcem w wieku 14 do 16 lat, kobieta będzie karana, a za stosunek płciowy, dokonany w tychże warunkach, może nie być karana.

Oczywiście, stosunek płciowy z nieświadomym chłopcem zdarza się bardzo rzadko, ale zdarzyć się może i wobec tego prawo winno konsekwentnie uznać, że i w danym wypadku poszkodowany może uciec się pod jego opiekę. Jeśli chodzi o stronę moralną, oczywiście, że stosunek płciowy będzie zawsze miał większe znaczenie z tego punktu widzenia, niż czyn lubieżny.

Stosunek płciowy z nieświadomą dziewczyną od lat 14 do 16 pod względem odpowiedzialności karnej jest przyrównany do stosunku z osobą umysłowo chorą: art. 520 k. k. p. 2 (z osobą pozbawioną możliwości rozumienia istoty i znaczenia dokonywanego na niej czynu, lub nie mającej kierować swymi czynami wskutek rozstroju chorobowego czynności psychicznych, stanu nieprzytomności lub też niedorozwoju umysłowego, spowodowanego przez wadę fizyczną lub chorobę); podobnie jest karany stosunek płciowy, podjęty z kobietą, pozbawioną możliwości opierania się sprawcy, lecz wyrażającą brak zgody na stosunek. Co do stosunku płciowego z chorą umysłowo, koniecznym warunkiem zastosowania odpowiedzialności karnej jest, aby sprawca wiedział, że kobieta jest umysłowo chorą. W wypadkach, gdy mamy nawet i dla laika zupełnie wyraźne cechy choroby umysłowej,

orzeczenie nie będzie trudne, w każdym wypadku jednak poszkodowana winna być zbadana przez lekarza co do stanu władz umysłowych i lekarz powinien ocenić i orzec, czy sprawca mógł na podstawie krótkiego obcowania z chorą dojść do przekonania, że ma do czynienia z chorą umysłowo. Spotykamy wszak nieraz takie choroby umysłowe, w których objawy chorobowe są niezbyt wyraźne, trudne do uchwycenia przy krótkim obcowaniu, popęd płciowy natomiast wzmożony (stany hypomaniakalne, stany histeryczne, podniecenie alkoholowe i t. d.) i kobieta sama narzuca się mężczyźnie i nakłania go do stosunku płciowego. Oczywiście w tych wypadkach nie może być mowy o karaniu mężczyzny, gdyż zachowanie się kobiety mogło mu nasunąć przypuszczenie, że jest ona w stanie podniecenia płciowego, nie zaś umysłowo chorą.

Stosunek płciowy z osobą nieprzytomną lub senną będzie karany, o ile, oczywiście, kobieta, po dojściu do świadomości oświadczy, że stosunek ten odbył się bez jej na to zgody. Z drugiej zaś strony mężczyzna, żeby być odpowiedzialnym za podobny stosunek, winien mieć świadomość tego, że kobieta jest nieprzytomną, senną i t. d. Jeśli kobieta z powodu osłabienia, choroby i t. d. nie może się bronić, a mężczyzna, korzystając z tego, wbrew woli kobiety, wykona z nią stosunek płciowy, będzie on również karany w stopniu takim, jak w przypadkach, poprzednio omawianych. Z tego widzimy, że brak zgody przy stosunku z kobietą uświadomioną, dorosłą, zdrową psychicznie, jest podstawowym warunkiem co do karalności stosunku płciowego. W przypadkach, gdy stosunek płciowy był dokonany z osobą dorosłą, zdrową i nie skrupowaną pod względem fizycznym lub psychicznym (groźby i t. p.), poza brakiem zgody dla uzyskania karalności stosunku płciowego jest jeszcze rzeczą niezbędną stwierdzenie rzeczywistego oporu kobiety. Przy braku oporu (o ile jest on możliwy), stosunek płciowy nie będzie karany, o ile nawet kobieta twierdzi, że energicznie słownie protestowała przeciwko stosunkowi; przy stwierdzonej zgodzie kobiety na stosunek płciowy, nawet przy obecności rzeczywistego oporu — stosunek płciowy karany nie będzie.

Czy jest możliwe karanie męża za stosunek płciowy z żoną, dokonany przemocą bez jej na to zgody? Otóż — chociaż, teoretycznie, jest to możliwe, jednak, biorąc pod uwagę, że faktyczny stosunek męża do żony upoważnia go do natury rzeczy do stosunków płciowych z żoną, karalność tego rodzaju stosunku wydaje się wątpliwą. Żyjąc pod jednym dachem z mężem, eo ipso żona się godzi na wypełnianie obowiązków małżeńskich; o ile jest inaczej — żona powinna męża opuścić. Oczywiście jest rzeczą, że jeśli małżeństwo się rozeszło i mieszka osobno, to, chociażby i nie było formalnego rozwodu lub separacji, stosunek z żoną, dokonany bez jej zgody i przy przełamaniu rzeczywistego jej oporu, będzie karany z art. 522 k. k.

Już zaznaczyliśmy, że za stosunek płciowy, wymuszony pogrózkami, sprawca będzie karany bardzo surowo. Kodeks 1903 r. za tego rodzaju pogróżki uznaje tylko groźbę zadania śmierci, bardzo ciężkiego i ciężkiego uszkodzenia ciała w stosunku do samej poszkodowanej, lub kogoś z jej bliskich. Warunkiem niezbędnym jest tu, żeby groźba budziła wrażenie możliwości natychmiastowego lub szybkiego wykonania. Przypadki tego rodzaju groźby, zmuszającej kobietę do oddania się bez walki, spotykaliśmy w tych razach, gdy napada kobietę mężczyzna lub kilku mężczyzn w miejscu ustronnem, grożąc jej nożami i t. p.; również przy napadach bandyckich połączonych nieraz z zabójstwem, zmuszając kobietę groźbą natychmiastowego zastrzelenia do poddania się stosunkowi płciowemu. Doprowadzenie kobiety do stanu nieprzytomności w celu dokonania z nią stosunku płciowego rozumie kodeks z 1903 r. w ten sposób, że mężczyzna będzie karany w każdym wypadku, o ile bez zgody kobiety pozbawi ją przytomności i dokona potem aktu płciowego. Ważną tu będzie rzecz stwierdzenie, że sprawca doprowadził sam kobietę do utraty przytomności w celu dokonania stosunku płciowego, gdyż stosunek płciowy z kobietą nieprzytomną (nie doprowadzoną do tego stanu przez gwałciiciela), o ile ona oskarży go potem będzie karany tylko zwykłym więzieniem.

Poza powyżej opisanymi przypadkami karalności stosunku płciowego, kodeks 1903 r. karze stosunek płciowy z krewnymi zstępującymi i wstępującymi, jako kazirodztwo; tych wypadków omawiać nie będziemy, gdyż nie budzą one żadnej wątpliwości pod względem faktycznym i naogół są zupełnie jasne.

W ciągu ostatnich lat 6 (od 1918 do 1924 r. włącznie), mieliśmy sposobność w 204-ch przypadkach badać poszkodowane w celu ustalenia odbytego, względnie domniemanego stosunku płciowego. Z tej ogólnej liczby w 90 przypadkach stwierdziliśmy dawne rozdarcie błony dziewiczej, w 6 przypadkach rozdarcie świeże. W 98 przypadkach stwierdziliśmy, że błona dziewicza była nienaruszona. Na 96 przypadków stwierdzonego rozdarcia błony dziewiczej w 6 przypadkach dziewczęta były w wieku poniżej lat 14, w 30 przypadkach pomiędzy

14—16 rokiem życia, i w 60 przypadkach miały powyżej lat 16.

Na 98 przypadków braku rozdarcia błony dziewiczej, w 78 przypadkach dotyczyło to dziewcząt poniżej lat 14, w 11 przypadkach — od 14 do 16 roku życia i w 9 przypadkach — powyżej lat 16. W 10 przypadkach katagorycznie ustalić obecności, względnie braku rozdarcia błony dziewiczej nie mogliśmy.

Z praktyki prywatnej.

Postać kurczowa i wrzekomotężyczkowa nagminnego zapalenia mózgu.

Uwagi o padaczkę „pozapiramidowej”¹⁾.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

W olbrzymim bogactwie symptomatologicznym nagminnego zapalenia mózgu objawy hyperkinetyczne należą do najbardziej ważnych i obfitych. Ruchy płaswicze i płasawiczopodobne, ruchy hemiballiczne i parakinetyczne, myoklonje i myorytmje, ruchy wrzekomodowolne, drgania galwanoidne tężcopodobne, najróżniejsze postaci drżenia, ruchy atetotyczne i zbliżone do ticów, konstelacje torsyjne oraz najradsze ze wszystkich — objawy podrażnienia korowego w postaci drgawek — składają się na różnobarwny obraz zespołów hyperkinetycznych w nagminnym zapaleniu mózgu. Że jednakże objawy powyższe nie wyczerpują całkowitej obfitości hyperkinetycznych w tym cierpieniu, tego dowodzi szereg przypadków, które miałem sposobność spostrzegać w przeciągu ostatnich epidemii nagminnego zapalenia mózgu i w których na pierwszy plan w obrazie klinicznym wysuwały się objawy spazmodyczne. Z całkowitej kazuistyki, którą rozporządzam, przytaczam w streszczeniu tylko te 10 obserwacji, w których rozpoznanie śpiączki nagminnej nie nastroczało żadnych wątpliwości.

Pierwsze spostrzeżenie kliniczne, które zwróciło uwagę moją na tę nieznaną dotąd w symptomatologii nagminnego zapalenia mózgu kategorię zjawisk, dotyczyło 64-letniej kobiety, u której po 2-tygodniowym okresie bólów głowy, bezsenności i podniesienia ciepłoty wystąpił kurcz masy składowej lewej łydki, stopy i palców immobilizujący podudzie i stopę w układzie szpotawo-końskim, palec duży stopy w pozycji maksymalnej ekstencji, a pozostałe palce w fleksji. Kurcz ten trwał w sposób nieprzerwany w przeciągu niespełna 3 tygodni, nie znikając nawet w nocy, był absolutnie oporny na wszelkie środki narkotyczne (pantopon, morfina, skopolamina) i był do tego stopnia bolesny, że pacjentka prawie zupełnie nie spała, nie przestawała jęczyć, a chwilami krzyczała w niebogłosy. Chwilami, kiedy kurcz nieco zwalniał, zmniejszał się również i ból, a po przeminieciu kurczu niezwłocznie ustąpiły objawy bólowe.

Odmienne nieco kształtuje się postać kurczowa nagminnego zapalenia mózgu, o ile kurcz trwały występuje w obrębie kończyn górnych. Jeden z przypadków tej kategorii (obserwacja II), dotyczący 17 letniego młodzieńca, rozpoczął się od bólów, podniesienia ciepłoty (do 38,2°), znacznego przyspieszenia tętna, senności naprzemian z okresami bezsenności nocnej oraz kurczowego zgięcia prawej kończyny górnej w stawie łokciowym, które trwało mogło od kilkunastu minut do kilku godzin (maximum 6½) i wywoływało umiarkowaną bolesność w okolicy mięśnia dwugłowego ramienia i masy składowej przedramienia: bolesność znikła natychmiast po ustąpieniu kurczu. W przypadku tym już w drugim tygodniu choroby rozwinęła się twarz maskowata oraz szczególny objaw ślinotoku, który występował wyłącznie wtedy, kiedy chory zaczynał zasypiać. Po upływie 3 tygodni choroby kurcze w obrębie prawego stawu łokciowego minęły bezpowrotnie i pacjent czuł się tak dobrze, że mógł już powrócić do pracy.

W innym znowu przypadku (obserwacja III), dotycząca 56-letniego mężczyzny, pierwszym objawem choroby były kurcze w okolicy thenaris, doprowadzające paluch lewej dłoni

do bardzo bolesnej maksymalnej opozycji. Kurcze te występowały po kilka razy dziennie i trwały od kilkunastu minut do niespełna godziny, towarzyszyły im nieznaczne podniesienie ciepłoty, absolutna bezsenność, pomimo tego, że kurcze nie zjawiały się nigdy w nocy, przyspieszenie tętna (94—112) oraz niezmierny niepokój, który ogarniał chorego przeważnie nad wieczorem i w nocy. Dwukrotnie tylko podczas 9-tygodniowej obserwacji kurczowi thenaris towarzyszyły kurczowe zgięcie palców obu rąk ku dołowi o bardzo znacznej bolesności i trwaniu zaledwie kilkunastominutowem.

Poza obrębem kończyn lokalizacja postaci kurczowej nagminnego zapalenia mózgu dotyczyła w dotychczasowych spostrzeżeniach moich 3 terytorjów mięśniowych: 1) mięśni unerwianych przez nerw twarzowy, 2) masy składowej szyi oraz 3) twarzy.

Przed rokiem (obserwacja IV) zwrócił się do mnie 64-letni mężczyzna z charakterystycznymi objawami lewostronnego połowiczego kurczu twarzy, który od klasycznego obrazu tego zespołu różnił się tylko tem, że przerwy pomiędzy poszczególnymi konstelacjami kurczowymi były niezmiernie krótkie i że kurcz ten trwał niemal cały dzień, znikając natomiast zupełnie podczas snu. Wobec braku jakiegokolwiek innych objawów ogniskowych, pomimo niezmiernie uporczywości, jaka cechowała natężenia kurczu w ciągu dnia, ani mi do głowy nie przyszło inne rozpoznanie poza idjopatycznym połowicznym kurczem twarzy. Jednakowoż w środku drugiego tygodnia choroby obraz kliniczny zaczął się wikać całym szeregiem objawów dodatkowych: wystąpił przewlekły, trzymający się całymi tygodniami stan podgorączkowy (do 37,6°), oraz nieznaczne przyspieszenie tętna (do 90°), chory zaczął uskarżać się na bóle w okolicy prawego barku, wystąpiła wyraźna dyzlokacja czasu snu (senność w dzień obok uporczywej bezsenności w nocy), kurcze w obrębie lewej połowy twarzy zaczęły zjawiać się coraz rzadziej, zaś ku końcowi 11-go tygodnia choroby rozwinął się w niezmiernie szybkim tempie niemal całkowity zespół parkinsonizmu z objawami zatrząskowymi, maski na twarzy, ślinotoku itp. oraz z zaburzeniami psychicznymi o typie bradyfrenji (N a v i l l e).

Szczególnie interesujący jednakże był przypadek, dotyczący 36-letniego mężczyzny (obserwacja V), a to z tego względu, że zespół kurczowy rozwinął się tu nie w początkowym okresie choroby, ale podczas nawrotu, który ujawnił się po 3 latach! Pacjent ten zapadł mianowicie w marcu 1920 r. na typową oczoporażno-letargiczną postać nagminnego zapalenia mózgu, podczas której stale miałem go w leczeniu i która po 7-tygodniowym trwaniu przeszła prawie zupełnie, pozostawiając tylko, jako residuum, rytmiczne skurcze w obrębie prawego kąta ust, przypominające ludzako efekt drażnienia prądem przerwany. Skurcze te, które obserwowałem niezmiennie u chorego w przeciągu 3 lat, nie zniknęły nawet podczas snu — przy doskonałym samopoczuciu pacjenta, który przez cały czas był czynny na odpowiedzialnym stanowisku. Zupełnie niespodziewanie pacjent zgłosił się do mnie w początkach kwietnia r. b. z szalonym bólem w karku i szyi, z kurczowem stałym napięciem lewego mięśnia mostko-obojęzyczkowo-sutkowego, powodującym obraz do złudzenia naśladujący t. zw. torticollis, z ciepłotą 37,4°, ze ślinotokiem, maskowatością i łojową twarzą oraz wybitnymi zaburzeniami snu. Kurcz mięśni szyjnych jak dotąd trwa z niezmiennymi zwolnieniami prawie przez cały dzień, nie poddając się absolutnie żadnym środkom narkotycznym ani fizykalnym.

Co się tyczy lokalizacji kurczu w okolicy twarzy, to obserwuję obecnie przypadek taki u 5-letniej dziewczynki, dotkniętej letargiczną postacią nagminnego zapalenia mózgu, bez wyraźnych objawów oczoporażnych, ale z objawami dwó-

¹⁾ Odczyt, wygłoszony w Towarz. Neurologicznym w dniu 17 kwietnia 1924 r.

jenia w prodromalnym okresie choroby (obserwacja VI). Nadmienię tutaj, że spostrzeżenia takie nie należą do objawów nieznanych, ponieważ przypadki takie obserwowane były już uprzednio przez Flataua, a następnie przez Crookshanka i Adlera, przypominające nieraz ludzko tęczę głowy.

Dla pełności obrazu wspomnieć muszę również, że w niektórych przypadkach śpiączkowego zapalenia mózgu już w ostrem stadium hyperkinetycznym dają się spostrzegać niekiedy zespoły ruchowe, wykazujące poszczególne komponenty t. zw. kurczu torsyjnego. O objawach tych jednakże wspominam tylko mimochodem, ponieważ w pracy niniejszej chodzi mi wyłącznie o objawy kurczu istotnego, nie zaś o tak zw. kurcz ruchomy (spasmus mobilis).

Wszystkie przykłady powyższe dotyczyły tych przypadków nagminnego zapalenia mózgu, w których objawy kurczowe, wysuwające się na pierwszy plan w obrazie klinicznym występują albo w postaci przewlekłej, albo w postaci mniej więcej długotrwałej, lecz intermitytującej. Daleko ciekawsza jednakże i pod względem patogenetycznym ważniejsza jest inna grupa spostrzeganych przeze mnie przypadków, w której objawy kurczowe występują w postaci wyłącznie napadowej.

Jeden z przypadków takich (obserwacja VII), dotyczy 9-letniej dziewczynki, u której choroba rozpoczęła się od dwojenia i nieznacznego opadnięcia prawej powieki, stanu podgorączkowego (do 37,5°), wybitnej senności w ciągu dnia przy zachowanym śnie w nocy. U pacjentki tej już ku końcowi pierwszego tygodnia choroby zaczęły występować kurcze mięśni, zginających lewe kolano, do tego stopnia bolesne, że dziecko krzychało w niebogłosy. Kurcz taki, który występował napadowo i którego trwanie wahało się od kilkunastu minut do 1½—2 godzin, unieruchamiał zawsze kończynę w stawie kolanowym pod kątem około 35°, przyczem napięcie masy mięśniowej zginającej podudzie było tak znaczne, że można było je przemóc tylko przy zastosowaniu bardzo dużej siły, co potęgowało jeszcze i tak już ogromną bolesność. Przytomność podczas wszystkich napadów takich była bezwzględnie zachowana, przyczem większość napadów przebiegała w sposób stereotypowy, różniąc się tylko czasem trwania; dwukrotnie tylko podczas opisanych napadów występowało dodatkowo maksymalne kurczowe zgięcie palucha lewej stopy, również niezmiernie bolesne. Zwolnienie kurczu następowało zawsze dość szybko, przyczem również szybko przemijała ostra bolesność masy mięśniowej, ustępując miejsca uczuciu łagodnej obojętności, które zniknęło po pewnym czasie. Napady powyższe trwały w przeciągu 13 tygodni trwania nagminnego zapalenia mózgu, poczem minęły wraz z wygaśnięciem sprawy chorobowej, która pozostawiła po sobie zmiany li tylko w sferze psychicznej (zmiana charakteru dziecka w kierunku zbliżonym do „moral insanity“).

Odmienne nieco przedstawiały się „napady kurczowe“ w drugim — ze spostrzeganych przeze mnie przypadków tej kategorii (obserwacja VIII), dotyczącym 48-letniej kobiety, u której objawy kurczowe wysuwały się w obrazie klinicznym na plan pierwszy w postaci podwójnej: trwałej i napadowej. Choroba rozpoczęła się od kurczu masy mięśniowej lewego podudzia i palców lewej stopy, który nadawał kończynie kształt w słabym stopniu szpotawo-koński ze znacznym tyłozgięciem palucha i zgięciem podeszwowym palców pozostałych. Kurcz ten był stały, trwał nawet w czasie snu, utrudniał nieznacznie, ale nie uniemożliwiał chodzenia, podczas którego wzmacniała się tylko naogół umiarkowana bolesność mięśni, biorących udział w kurczu. Kurcz ten trwał przez kilkanaście pierwszych dni choroby, jako objaw zupełnie izolowany, i leczony był bezskutecznie diatermją przez jednego z chirurgów. Dopiero w trzecim tygodniu choroby do kurczu tego dołączyły się szczególne objawy napadowe, które polegały na kurczowym skróceniu lewej kończyny dolnej z przyciągnięciem uda do brzucha i zgięciu kolana pod kątem mniej więcej prostym oraz maksymalnym zgięciem lewej kończyny górnej w łokciu. Napadów takich w przeciągu 2½ następnych tygodni przeszła pacjentka 40. Najdłuższy z tych napadów (pierwszy) trwał przeszło 5, najkrótszy zaś (ostatni) ściśle 12 minut. Bolesność w mięśniach kończyny górnej, biorących udział w kurczu kończyny górnej była nieznaczna, zaś w mięśniach kończyny dolnej daleko większa i dochodziła do szalonego bólu przy każdej próbie przemieszczenia spazmu. Nigdy w tego rodzaju napadzie nie udawało się stwierdzić jakiegokolwiek komponentu klonicznego. Podczas jednego z takich na-

padów pacjentka była niewątpliwie zamroczona, jakkolwiek następnej amnezji nie udało się stwierdzić. W okresach pomiędzy napadami pacjentka, pomimo stałego kurczu w lewym podudziu czuła się względnie dobrze, zajmowała się gospodarstwem, nawet odbywała spacer. Dopiero w 6-ym tygodniu chora zaczęła uskarżać się na nadmierną senność, zaczęła zasypiać podczas siedzenia, rozmowy a nawet podczas jedzenia, uskarżać się też na bicie serca i nieznaczne dreszyczki. Po raz pierwszy wtenczas stwierdzono stan podgorączkowy (do 37,3°), który jednakże był niestály, wybitne przyspieszenie tętna (do 124), oraz opryszczkę na dolnej wardze, pacjentka jednakże wbrew zaleceniom lekarskim nie chciała leżeć w łóżku, chodziła na spacer, z wizytami, a nawet do teatru. Od tego czasu kurcze napadowe nie powtórzyły się więcej, kurcz zaś lewego podudzia oraz senność trwały jeszcze przez szereg tygodni i znikły doszczętnie po upływie 4 miesięcy, licząc od początku choroby, która jak dotąd nie pozostawiła po sobie żadnych śladów.

zupełnie odmienne objawy kurczowe stanowią charakterystyczny zespół ostatniej grupy przypadków moich, na które składają się dwie obserwacje. Pierwsza z nich (obserwacja IX), dotyczy 20-letniej panny, której choroba rozpoczęła się od zaburzeń wzrokowych, zależnych od porażenia akomodacji. Równocześnie wystąpił stan podgorączkowy (do 37,6°), przyspieszenie tętna oraz niezmiernie wybitne uczucie senności, tak, że pacjentka zasypiała wielokrotnie w ciągu dnia, przyczem sen nocny nie ulegał żadnym zaburzeniom. W 6-tym dniu choroby wystąpiły nagle bóle w okolicy prawego barku oraz objawy kurczu wyłącznie w palcach obu dłoni. Kiedy widziałem chorą po raz pierwszy na 7-y dzień choroby palce obu dłoni wykazywały układ do złudzenia przypominający tężyczkę: a mianowicie silne zgięcie paliczek podstawowych z rozgięciem paliczek środkowych i ostatnich (z skurczowem doprowadzeniem 4 ostatnich palców jeden do drugiego, z silną addukcją i nieznaczną opozycją dużego palca, który był tak dalece posunięty ku wewnątrz, że pozostałe palce pokrywały go w sposób dachówkowy oraz z nieznacznym zgięciem dłoni). Kurcz ten w przeciągu tegoż dnia trwał przeszło 4 godziny, był umiarkowanie bolesny i dawał się stosunkowo łatwo przezwyciężyć w sposób bierny. W dalszym przebiegu choroby istniał on zaledwie w przeciągu 9 dni, występując codziennie z trwaniem 2—3 godzinne i następnie znikł bezpowrotnie. Objawy nagminnego zapalenia mózgu natomiast przetrwały go jeszcze o jakieś 5 tygodni, poczem ustąpiły — jak dotąd — bez śladu. Pacjentka przez cały czas choroby wykazywała objawy wybitnej depresji bez jakichkolwiek innych zaburzeń psychicznych. Dodać należy, że zarówno podczas trwania kurczu, jak i następnie udawało się stale wywoływać obustronnie objaw Chwostka, nie było natomiast ani objawu Trousseau, ani objawu Hoffmanna, ani objawu Erba, ani objawu Bechterewa, ani objawu Chwostka już.

Ostatni wreszcie przypadek (obserwacja X) dotyczył 58-letniego mężczyzny, u którego choroba rozpoczęła się od dotkliwego swędzenia skóry lewej połowy głowy, bólu w okolicy stawów kolanowych, szalonego niepokoju nad wieczorem i prawie zupełnie beznamiętności przy nieznacznym przyspieszeniu tętna i stanie podgorączkowym. Już w końcu pierwszego tygodnia choroby wystąpiły dotkliwe parestezje w końcach palców obu dłoni i niemal równocześnie kurcze w palcach obu dłoni zupełnie analogicznie do spostrzeganych w przypadku poprzednim — z tą tylko różnicą, że były znacznie bolesniejsze, że paluch nie był pokryty przez doprowadzone i zgięte palce pozostałe, ale przyciśnięty był powierzchnią palmarną ostatniej falangi do wewnętrznej powierzchni środkowej falangi palca wskazującego; napięcie mięśniowe było tu znacznie większe, zaś próba przemoczenia go powodowała wybitną bolesność. Również i trwanie kurczu było tu znacznie dłuższe, zdarzały się bowiem dni, kiedy trwał on niemal bez przerwy, znikając tylko podczas snu. Również i ogólny okres trwania objawów tych było tutaj znacznie bardziej przedłużony, wynosząc około 2 tygodni, przyczem w okresie końcowym kurcze stawały się coraz słabsze i coraz bardziej krótkotrwałe. Dwukrotnie tylko podczas całego tego okresu kurczowi palców dłoni towarzyszyły kurczowe zgięcie stopy i podeszwowe zgięcie palców. I tutaj również z łatwością udawało się wywołać objaw Chwostka bez jakichkolwiek innych objawów tężyczki. Po 2½ miesiącach trwania choroby zaczął stopniowo rozwijać się zespół parkinsonizmu oraz wybitne zaburzenia psychiczne — o typie presbyofrenicznym — fakt, do którego powrócę.

Zanim poświęcę kilka uwag ogólnych zreferowanym tutaj pokrótce przypadkom, pragnąłbym przedewszystkiem rozstrzygnąć kwestję, czy dwa ostatnie z nich, w których na pierwszy plan wysuwały się objawy przypominające tężyczkę, stanowią istotnie coś pod względem semjologicznym odrębnego od przypadków pozostałych. Teoretycznie biorąc, występowanie w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu objawów tężyczkowych, których związek z zachorzeniem gruczolów przytarczczkowych należy uważać za ustalony, nie jest bynajmniej wyłączone — wobec znanych powszechnie faktów zachorzenia w przebiegu śpiączki nagminnej lub po jej przebiegu — innych gruczolów dokrewnych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że poza układem palców istotnie dla tężyczki bardzo charakterystycznym — zwłaszcza w pierwszym przypadku — nie spotykamy tu ani jednego objawu właściwego istotnej tężyczce i jeżeli uwzględnimy przemijający i epizodyczny charakter zespołu kurczowego, musimy dojść do wniosku, że zespół kurczowy nie jest tutaj przejawem tężyczki istotnej,

ale jest konstelacją spazmodyczną wrzekomo-tężyczkową i że właśnie ta kategoria przypadków jest tylko pewną odmianą morfologiczną ogólnej grupy obserwacji klinicznych, które określałam jako kurczową. Co się zaś tyczy objawu Ch w o s t k a, który występował wyraźnie w obu przytoczonych przypadkach, to sędzę, że niepodobna przyznawać mu jakiegokolwiek znaczenia rozstrzygającego, ponieważ spotykamy go poza tężyczką w całym szeregu innych cierpień układu nerwowego, między innymi zaś w nagminnym zapaleniu mózgu, zwłaszcza w jego późniejszych okresach.

Jeżeli omówionych tutaj szereg przypadków określam nazwą postaci kurczowej nagminnego zapalenia mózgu, to czynię to tylko w myśl zasady a potiori fit denominatio, zdając sobie dokładnie sprawę, że przy dzisiejszym stanie poglądów naszych na nagminne zapalenie mózgu nie może być mowy o wyodrębnieniu jakichkolwiek ostro zarysowanych typów klinicznych tego cierpienia, chciałem jednakże zwrócić uwagę na pewną grupę przypadków, w których na plan pierwszy w obrazie klinicznym wysuwają się objawy kurczu stałego lub napadowego. Jakkolwiek w dostępnym mi piśmiennictwie nie udało mi się odnaleźć obserwacji analogicznych do moich, mam jednakże wrażenie, że zjawiska te — choć niewątpliwie rzadkie — nie należą jednak do wyjątkowych, o ile tylko zwracać na nie dokładnie uwagę, i że uchodzą one czasami obserwacji — zamaskowane niejako i pokryte przez objawy bólowe, z którymi i pod względem lokalizacyjnym i pod względem chronologicznym zbiegają się całkowicie. To też stosunek objawów spazmodycznych do bólów jest problematyczny, który wymaga tutaj wyświetlenia w pierwszej linii. Z analizy całkowitego materiału mojego odniosłem wrażenie, że ból nigdy nie jest tutaj zjawiskiem pierwotnym ani skoordynowanym z kurczami, ale ściśle od niego zależnym, że zmniejsza się on wraz z zmniejszeniem się natężenia kurczu i że w znacznej większości przypadków znika on synchronicznie wraz z ustąpieniem spazmu. Jeżeli zaś w niektórych przypadkach synchronizm ten nie jest absolutny, lecz daje się spostrzegać jeszcze pewne przetrwanie bólu po ustąpieniu kurczu, to ból ten nie ma bynajmniej charakteru bólów centralnych lub korzeniowych, jakie często występują w nagminnym zapaleniu mózgu, ale jest raczej pewną obolałością muskulatury, wymęczonej przez długotrwałe napięcie spazmodyczne. Z przeglądu materiału mojego wynika, że największym natężeniem, największą bolesnością i równocześnie największą uporczywością odznaczają się kurcze w kończynach dolnych — zwłaszcza w ich dystalnych odcinkach, w stosunku do innych lokalizacji oraz, że spazmy występujące obustronnie są znacznie mniej bolesne i mniej długotrwałe niż spazmy jednostronne. Pomiedzy bolesnością kurczów stałych i kurczów napadowych nie udało mi się stwierdzić różnicy zasadniczej, ponieważ jedne i drugie powodować mogą najwyższe stopnie napięcia mięśniowego i równoległej z nimi bolesności. Dodać należy wreszcie, że niektórym objawom spazmodycznym o typie tężyczkopodobnym (trismus) lub wrzekomo-tężyczkowym nie towarzyszy żadna lub bardzo tylko nieznaczna bolesność. Sam charakter opisywanej tej hiperkinzy wynika z dostateczną plastyką z opisów klinicznych i z samej terminologii — tembardziej, że zakres kazuistyki mojej ograniczyłem rozmyślnie przez wyłączenie obserwacji z elementem kurczu ruchomego i torsyjnego.

Naogół powiedzieć można, że objawy spazmodyczne występują na jaw przeważnie w początkowym okresie choroby, a niejednokrotnie należą do pierwszych jej przejawów. Prawidłó to dotyczy również i nawrotów choroby, jak to wska-

zane było w jednym niezmiernie rzadkiem z przytoczonych spostrzeżeń. Czy obraz kliniczny postaci spazmodycznej nagminnego zapalenia mózgu cechują jakiegokolwiek inne objawy odrębne lub swoiste, na to trudno jest odpowiedzieć z całą pewnością wobec skąpego, jak dotąd materiału. Dotychczasowe spostrzeżenia moje wskazywałyby, że przebieg przypadków cierpienia tego o typie kurczowym, o ile chodzi o osobników młodych, nacechowany jest względą dobrotliwością, zastrzec się jednak muszę, że wszystkie przytoczone obserwacje dotyczą tych ostatnich epidemii śpiączki nagminnej, w których przypadki bardzo ciężkie wogóle nie należały do częstych. Bądź co bądź jednak większość przypadków tych zakończyła się zupełnym wyleczeniem, jak dotąd bez pozostałości. Natomiast w większości obserwacji dotyczących osobników w wieku starszym lub podeszłym, rozwijał się mniej lub więcej głęboki zespół parkinsonizmu, bądź jako objaw następny, bądź nawet w pierwszym już okresie choroby, jak to widzimy w pierwszej obserwacji, której towarzyszył poza tem bardzo charakterystyczny objaw palilalii homolalicznej.

Na specjalne omówienie w przytoczonych obserwacjach zasługuje zachowanie się odruchów oraz stan psychiczny pacjentów. Co się tyczy odruchów ścięgowych, to zrozumiałe jest, że w przypadkach silnego kurczu w odpowiednim terytorjum mięśniowym — nie daje się wywołać ich zupełnie. Ciekawe jest jednakże, że w przypadkach kurczu połowicznego nawet w okresach wolnych od kurczu odruchy ścięgnowe po stronie jednoimiennej wykazywały stale pewne osłabienie w porównaniu ze stroną przeciwną. Zachowanie się odruchów brzusnych i mosznowych nie wykazywało nic charakterystycznego. Natomiast podnieść muszę, że we wszystkich przypadkach, w których objawy spazmodyczne jedno- lub obustronne ujawniły się w kończynach górnych, występował bardzo wyraźnie na dłoni odruch palmarny najzupełniej analogiczny do odruchu podeszwowego, czyli zgięcie dłoni w pierwszych paliczkach oraz doprowadzenie palców. W przypadkach kurczu połowicznego normalny odruch podeszwowy był zawsze po stronie chorej znacznie żywszy, aniżeli po stronie zdrowej, jednakże bez reakcji obronnej, to znaczy bez zgięcia kończyny w stawie biodrowym i kolanowym i bez tyłozgięcia stopy.

Niektórym z przytoczonych obserwacji już od początku choroby towarzyszył nastrój depresyjny, po części uwarunkowany długotrwałą bolesnością objawów spazmodycznych, niekiedy zaś w postaci zupełnie niezależnej. Tak np. 20-letnia pacjentka z niezbyt bolesnymi objawami wrzekomo-tężyczkowymi zdradzała kilkakrotnie myśli samobójcze, które minęły wraz z okresem zdrowienia. W jednym z przypadków już w początkowym okresie choroby łącznie z kurczem w lewym podudziu i w palcach lewej stopy oraz z palilalią rozwinął się charakterystyczny obraz bradyfrenji. Najciekawszym jednak pod względem psychopatologicznym był przypadek ostatni, w którym u chorego, który jeszcze przed wybuchem choroby zdradzał nieznaczne bardzo zaburzenia zdolności zapamiętywania i u którego w ostrym okresie choroby nie było absolutnie żadnych objawów zespołu Korsakowa, w okresie rozwoju parkinsonizmu wystąpił typowy obraz presbyofrenji, który trwa niezmiennie już przez cały szereg miesięcy. Nasuwa się tu mimowoli przypuszczenie, że nagminne zapalenie mózgu, które, jak wiadomo, w wieku dziecięcym wyzwała tak często utajone stany psychopatyczne — najczęściej w postaci zbliżonej do t. zw. „moral insanity“ — w wieku późniejszym przyczyniać się może do szybkiego rozwoju będących dotąd w stanie zaczątkowym psychoz starczych.

Jednakowoż ze wszystkich objawów zaznaczonych w moim materiale kazuistycznym najbardziej interesującymi i pod względem patogenetycznym najważniejszymi wydają mi się występujące w sposób napadowy kurcze połowiczne. Abstrahując od hysterji która tutaj nie może wchodzić w grę, od kurczów pochodzenia obwodowego, a których przebieg jest zupełnie odmienny oraz od tężczy i od tężyczki, o których już była mowa, objawy kurczu tonicznego w postaci czystej spostrzegamy tylko: 1) w t. zw. hemitonji i 2) w pierwszej fazie napadu padaczkowego. Wprawdzie opisane pierwotnie przez Bechterewa, a następnie przez Pfeiffera wypadki hemitonji przebiegają pod postacią udaru (hemitonja apoplectica), nie ulega jednak wątpliwości na zasadzie dotychczasowego materiału klinicznego i anatomicznego (Pfeiffer, Cassirer, Quensel, Boettiger), że stanowi ona analogon połowiczne do tego typu zespołu amyotycznego, do którego należy np. pseudoskleroza lub choroba

Wilsona i że proces chorobowy rozwija się tutaj w węzłach podkorowych (najprawdopodobniej wylewy krwawe do jądra soczewicowatego). Jest więc możliwe, że i proces chorobowy, leżący u podstawy nagminnego zapalenia mózgu, powodujący hiperkinezy zarówno w postaci stałej, jak i przerywanej i lokalizujący się w tych samych terytorjach mózgowia, przebiegać może pod postacią zjawiska, które możnaby określić nazwą hemitonji okresowej (hemitonja paroxysmalis).

Co się tyczy padaczki wreszcie, to w ostatnich czasach cały szereg badaczy skłania się do koncepcji, że ośrodki podkorowe biorą czynny udział w powstawaniu napadu epileptycznego. Binswanger wypowiada przypuszczenie, że wprawdzie nawet u padaczce samoistnej podniety pierwotnej, wywołującej hiperkinezę drgawkową, doszukiwać się należy w podrażnieniu kory mózgowej, że jednakże samo wyładowanie ruchowe zachodzi najbardziej szybko i najbardziej intensywnie w podkorowych aparatach ruchowych. Ziehen na zasadzie znanych doświadczeń swoich uzależnia li tylko komponent kloniczny napadu drgawkowego od ośrodków korowych, toniczny natomiast od podkorowych, a do zdania tego dołącza się również i Osipow oraz szereg innych badaczy, którzy na drodze eksperymentalnej starali się dotrzeć do tajemnicy samego mechanizmu powstawania napadu epileptycznego. Nasuwa się tedy przypuszczenie, że postać kliniczna nagminnego zapalenia mózgu, która pod względem semjologicznym wykazuje tak znaczną tendencję do wytworzenia zespołów hiperkinetycznych, zaś pod względem lokalizacyjnym tak chętnie omija korę mózgową i umiejscawia się w sposób predylekcyjny w jądrach podkorowych — powodować może w ten sposób pewną swoistą odmianę napadu epileptycznego, od którego odpadły wszelkie komponenty natury klonicznej, pozostał zaś tylko w najbardziej czystej postaci element toniczny. Nie leży to w zamiarze moim poruszać tutaj sprawy tego niezmiernie subtelnego mechanizmu anatomicznego, po którym przebiega ją podniety, wywołujące opisane tutaj objawy napadowe natury tonicznej, nie mam zamiaru również rozstrzygać kwestji, czy owe stany tonicznego napięcia pozapiramidowego torują sobie drogę do obwodu poprzez szlaki piramidowe czy też przez jądro czerwone i przez pęczek Monakowa, chodzi mi bowiem raczej o patofizjologiczną ocenę tego zjawiska, a mianowicie o to, czy mamy tutaj do czynienia z objawami natury podrażnieniowej, czy też z wynikiem przerwania działalności pewnych mechanizmów hamujących. Stojąc na gruncie teorii Strümpfła o t. zw. zespole amjostatycznym (wzgl. zespole dystonicznym Stertza), skłaniam się oświadczyć raczej ku tej ostatniej próbie interpretacji. Analizując przed kilku laty objawy, opisanej przeze mnie aury porażeniowej w padaczce wypowiedziałem wtenczas przypuszczenie, że podczas napadu padaczkowego wyzwalają się może energia nie tylko natury pozytywnej, powodująca drgawki kloniczne, ale i natury negatywnej, powodująca objawy porażeniowe (t. zw. „Hemmungsentladungen“ Binswanger’a). Obecnie przypuszczenie to uzupełnić muszę jeszcze trzecią możliwością: napadowego wyładowywania się energii odhamowującej, powodującej powstawanie szczególnych objawów napadowego kurczu tonicznego w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu, dla których pozwalam sobie zaproponować nazwę padaczki podkorowej względnie pozapiramidowej (epilepsia subcorticalis s. extrapyramidalis).

Kilka słów

z powodu artykułu D-rów FRANKA i SZOURA
pod tytułem

Metodyka, wyniki i znaczenie kliniczne badań zawartości dwunastnicy.

Podał

Dr. W. RÓBIN.

Było dotąd w zwyczaju, że w każdej pracy autor na-przód przytaczał innych autorów, którzy daną sprawą się przed nim zajmowali, możliwie streszczał ich doświadczenia i wnioski i dopiero potem przechodził do badań własnych.

W ten sposób uwypuklał własne badania na tle poprzednich.

Szczególnie nasi autorzy zwykli ze specjalnym naciskiem uwzględniać prace autorów polskich, i słusznie, albowiem lekarze, piszący po polsku, są, w porównaniu z lekarzami zachodnio-europejskimi, bardzo upośledzeni. Prac, pisanych po polsku, często zagranica nie zna, i po pewnym czasie zjawiają się te same spostrzeżenia i te same wnioski zagranicą, jako zupełnie nowe.

Tem bardziej przeto winniśmy sami, w obronie własnej, o dobrym wyżej wskazanym zwyczaju pamiętać.

Sądzę, że ten właśnie brak dokładniejszego omówienia prac poprzednich skłonił kol. Anastazego Landaua do wystąpienia w Nr. 8 „W. Cz. L.“ z kilkoma uwagami. Ponieważ i moje nazwisko zostało przez autorów wymienione, muszę zaznaczyć, żeśmy z kol. An. Landauem pierwsi stosowali w Warszawie i w Polsce w r. 1913 zgłębnik dwunastniczy, wówczas, kiedy w klinikach o tej nowej metodzie słyszeć nie chciano, — że, po przeprowadzeniu szeregu prób wspólnie z kol. Przywieczerskim na oddziale dra Skłodowskiego, uznaliśmy tę nową metodę za bezwarunkowo celową i mającą wielką w nauce przyszłość i zachęcaliśmy kolegów do szerokiego jej stosowania. Kol. An. Landau w tym czasie i na tym samym oddziale przeprowadził wspólnie z kol. Rząśnickim szereg żmudnych doświadczeń nad ilościowym oznaczaniem zczynów trzustkowych i ogłosił swe wnioski konkretne.

Dopiero po całym szeregu lat nauka nową metodę uznała, naprzód amerykańanie, potem Niemcy, ostatnio Francuzi.

Do celów leczniczych również pierwszy w Polsce zastosowałem zgłębnik dwunastniczy; mianowicie na posiedzeniu Sekcji Gastrologicznej przy W. T. Lekarskiem przedstawiłem szereg chorych z kamicą żółciową i z owrzodzeniem dwunastnicy, którym wprowadzałem przez zgłębnik do dwunastnicy oliwę i bizmut. Metodę tę dopiero w roku następnym podał prof. Singer z Wiednia i bardzo ją zachwala.

Tych parę słów uważałem za konieczne podać, bynajmniej nie w celach osobistych, lecz w przekonaniu, że musimy powrócić do dawnego zwyczaju podawania na wstępie każdej pracy wyników prac dotychczasowych, a w pierwszym rzędzie prac autorów, piszących po polsku.

Sądę, że koledzy Frank i Szour byliby urażeni, gdyby ich następcy ominęli ich ciekawe badania w danej sprawie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem
w Warszawie.

(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

O znaczeniu klinicznym badania płynu mózgowordzeniowego.

Podał

J. MACKIEWICZ.

(Dokończenie).

Badanie morfologiczne. Jak już zaznaczyliśmy na wstępie, badanie morfologiczne płynu mózgowordzeniowego, jakkolwiek dokonywane w II okresie rozwoju likworologii, ogra-

niczało się wyłącznie do ostrych spraw zapalnych opon mózgowordzeniowych, lub też do wodogłowia przewlekłego. Dopiero w III okresie (od 1901), pod wpływem prac badaczy francuskich, wszczęto wszechstronne poszukiwania w tym kierunku. Właśnie dzięki tym pracom powstał obszerny rozdział likworologii, dotyczący nauki o odczynnie ze strony opon mózgowych w najrozmaitszych postaciach chorobowych.

Badania prowadzono w kierunku dwojakim: ilościowym i jakościowym. Wkrótce wysunęło się zagadnienie o pochodzeniu komórek. Marschalko, Maksimow i in., przypuszczali, że pochodzą one z krwiobięgu, natomiast Pappenheim, Fischer, Unna, Szczęci twierdzili, iż powstają one pierwotnie w tkankach (oponach) tam, gdzie działa czynnik chorobowy. W związku z tem przypuszczano z początku,

że uda się wykryć określone postacie morfologiczne w pewnych, ściśle określonych jednostkach chorobowych, lecz nadzieje te zawiodły. W rozwoju metodyki badań cytologicznych Rotszadt odróżnia trzy okresy. Do pierwszego należą prace, dokonane za pomocą t. zw. metody francuskiej (Widal, Sicard, Ravaut) — płyn odwirowano, osad z dna próbowki wydobywano za pomocą rurki włoskowatej; po odpowiednim utrwaleniu, barwiono hematoksyliną i eozyną lub innymi barwnikami). Otrzymane preparaty służyły jednocześnie do badań ilościowych i do różniczkowo-morfologicznych. Sposób ten wykazuje, niestety, zarówno pod względem jakościowym, jakoteż ilościowym, cały szereg braków, które usiłowano usunąć, proponując rozmaite modyfikacje oraz udoskonalenia techniczne (Fischer, Turne, Meyer, Chotzen, Nissli in.). W 1904 r. Fuchs i Rosenthal skombinowali specjalną kamerę dla badań płynu mózgowordzeniowego. Od tego czasu można stwierdzić, że ilościowe badanie cytologiczne stanęło na pewnych podstawach, i wyniki badań rozmaitych autorów oparte są na jednej i tej samej, zupełnie pewnej technice.¹⁾

Podług Rotszadta, badania cytologiczne wstąpiły w okres II z chwilą ogłoszenia pracy Alzheimera (1907), w której badacz ten radzi strącać białko wraz z komórkami za pomocą wysoku; otrzymany zaś w ten sposób, po odwirowaniu, zgęstek badać, jak tkankę, barwiąc ją mieszaniną Unny—Pappenheima. Metoda Alzheimera posuwała sprawę naprzód. Otrzymane przy pomocy tego sposobu obrazy komórek odzwierciedlały najlepiej panujące tu stosunki, a jednak i ten sposób ma swoje wady: jest on bardzo złożony; same zaś komórki ulegają zniekształceniu wskutek długotrwałego działania wysoku.

Kafka uważa, że sposób Alzheimera nie nadaje się z tych względów do celów klinicznych. Tego samego zdania są Andernach, Anglade i Szécsi. Aby uprościć technikę Alzheimera, zaproponowaliśmy (1912) modyfikację tego sposobu, która polega na tem, że zgęstek, otrzymany po strąceniu go alkoholem, szybko utrwała się w 20% formalinie i kraje na mikrotomie zamrażającym. W ciągu 20 — 25 minut można otrzymać preparat zabarwiony; natomiast obraz mikroskopowy występuje nieraz lepiej (siatka chromatinowa), niż przy oryginalnym sposobie Alzheimera.

Okres trzeci jest zbliżony do pierwszego, z tą jednak zasadniczą różnicą, że dzięki pracom Szécsiego zaczęto (1911) badać osad świeżego płynu (po odwirowaniu), stosując sposoby hematologiczne (utrwalenie i barwienie). Dzięki tym metodom, poczęto odróżniać chromatinę zasadową od zasadowej plastyny cytoplazmy i zwrócono również uwagę na rozmaite ziarnistości. Szécsi używał przeważnie barwnika May—Grünwalda—Giemzy oraz płynu Leischmanna. Nie będziemy się długo zatrzymywać na wniosku Frenkla—Heidena, ażeby badać własności morfologiczne płynu w świeżej jego kropli wiszącej, niezabarwionej (podług zwykłej techniki bakterjologicznej), ponieważ różniczkowanie poszczególnych pierwiastków jest przytem wyjątkowo trudne i niepewne. Dużą wadą wszystkich tych metod jest to, że, pomimo zachowania ostrożności, otrzymuje się obrazy rzekomego zwyrodnienia wielu komórek. Już pierwsi badacze spostrzegli, że komórki płynu mózgowordzeniowego różnią się w znacznej mierze od białych ciałek krwi. Próbe systematycznego badania przyczyn tego „zwyrodnienia” komórek płynu przeprowadził Pappenheim, który przypuszczał nawet obecność w płynie leukotoksynu (ginącego przy 56°); Fischer, a następnie Kafka stwierdzili, że po pewnym czasie komórki nie tylko wykazują cechy zwyrodnienia, lecz zmniejszają się ilościowo, t. zn. giną zupełnie. Swego czasu badaliśmy tę sprawę i przyszliśmy do wniosku, że nie we wszystkich cierpieniach układu nerwowego „zwyrodnienie” komórek występuje w stopniu jednakowym. Szécsi twierdzi natomiast, że są to wszystko twory sztuczne, powstałe wskutek odwirowywania, nieodpowiedniego utrwalenia i t. p. W każdym bądź razie wszyscy się zgadzają, że komórki płynu mózgowordzeniowego stanowią twory wyjątkowo czułe.

Należy pamiętać o tem, że do dnia dzisiejszego pozostała nierozstrzygnięta sprawa powstawania i pochodzenia pleocytozy. Znaczna część autorów zgadza się z tem, że ko-

mórki płynu mózgowordzeniowego są pochodzenia histiogenego (oponowego). Fischer przypuszczał nawet, że pleocytoza, jako objaw podrażnienia opon, rozwija się równolegle z nacieczeniem tych opon, tak, że udaje się jakoby stwierdzić pewien paralelizm na rozmaitych wysokościach rdzenia. Weinberg, a w ostatnich czasach Weigeldt potwierdził to spostrzeżenie Fischera; natomiast Nonne przypuszcza, że morfologia płynu, wydobytego z części lędźwiowej worka podpajęczynowego, odzwierciedla całokształt płynu. Merzbacher jest przeciwnikiem teorii równoległości i uzależnia nadmiar komórek w płynie od wpływu krążących w ustroju substancji trujących.

Istnieje jedna postać pleocytozy, a mianowicie ta, dla której swego czasu zaproponowaliśmy nazwę: „reakcyjnej”, a której pochodzenie poniekąd świadczy o słuszności poglądu Merzbachera.

Widal pierwszy zwrócił uwagę na „aseptyczny”, jak to nazwał, odczyn ze strony opon mózgowych w rozmaitych cierpieniach, (np. w mocznicy, krwawieniach i t. p.). Flatau i Tarapaniówna opisali pleocytozę przy zastrzykaniach śródłędźwiowych soli (kuchennej, bromowej) oraz tuberkuliny. Spostrzegliśmy to samo przy stosowaniu śródłędźwiowym słabych rozczyńców Neosalvarsanu (podług metody Gennericha). Badania własne w tym kierunku, prowadzone na zwierzętach i na ludziach, wykazały, że tylko izo- lub hipertoniczne rozczyły soli (względnie normalna surowica końska) wywołują pleocytozę, dochodzącą do 4000 elementów w 1 mm³ (wyłącznie komórek wielojądrowych). Ta pleocytoza reakcyjna może przebiegać nieraz i bez objawów klinicznych ze strony opon mózgowych i trwa zwykle najwyżej 3 dni. Niedawno Herrmann (z Pragi) spostrzegał olbrzymią pleocytozę (około 14000 komórek w 1 mm³) po wypuszczeniu powierza śródłędźwiowo w celach encefalografii¹⁾. Nasze doświadczenia odnośnie na zwierzętach oraz spostrzeżenia kol. E. Herrmanna (z oddz. dr. Flatau), dotyczące pleocytozy w krwotoku podpajęczynówkowym, wykazują, że mikroskopowo nie stwierdza się nacieczeń histologicznych tkanki oponowej, że mogą więc istnieć pewne postacie pleocytozy, bez mikroskopowych zmian w oponach. Pleocytozę taką można wytlomaczyć, jako odczyn przejściowy ze strony układu naczyniowego na podrażnienie chemiczne opon²⁾. Lecz nie tylko czynniki zewnątrzpochodne mogą spowodować pleocytozę. Spostrzeżenia całego szeregu autorów (Claude, Widal i in.) świadczą, że przyczyny wewnątrzpochodne (jak mocznica, alkoholizm, czerwicość i in.) mogą również wywołać pleocytozę reakcyjną.

Z faktów tych wynika, że w płynie mózgowordzeniowym może się rozwijać pleocytoza, nie spowodowana bezpośrednio obecnością drobnoustrojów. Z drugiej strony napotykamy fakt, na pierwszy rzut oka paradoksalny, a mianowicie, że obecność drobnoustrojów w płynie mózgowordzeniowym może nie wywołać odczynu ze strony opon w postaci pleocytozy. W piśmiennictwie istnieje cały szereg odnośnych spostrzeżeń (Débré—paciorkowce, Bonome, Achard—w 2 przypadkach bact. coli; następnie obserwacje Błowna, Carducciego, Monier—Vinarda, Teisseta, dotycząc meningokoków).

Co do poszczególnych postaci elementów morfologicznych w płynie mózgowordzeniowym, niemal każdy badacz podaje własną swoją klasyfikację. Reh m naliczył 14 gatunków, Szécsi — 9 i t. d. W naszym piśmiennictwie sporną tę kwestję szczegółowo opracował Rotszadt. Dla celów klinicznych uważam jednak za zbyt subtelne, lecz niezawsze pewne różniczkowanie poszczególnych elementów; w praktyce klinicznej ograniczamy się do podziału na limfocyty małe i duże, monocyty, komórki wielojądrzaste, plazmatyczne, żerne (hematofagocyty) i inne. W zupełności zgadzamy się z zdaniem Rotszadta, że „istnienie pierwiastków komórkowych, swoistych dla poszczególnych postaci chorobowych, jest rzeczą bardzo wątpliwą” (o morfologii płynu w cierpieniach poszczególnych patrz niżej).

1) Zaznaczamy, że tych danych Herrmanna na zasadzie naszego doświadczenia potwierdzić nie możemy. Pleocytoza, po wypuszczeniu powierza, lub po zastrzyknięciu lipiodolu, sięga najwyżej 300—400 elementów w 1 mm³ i trwa kilka dni.

2) Czynniki mechaniczne odgrywają tutaj również pewną rolę, albowiem z doświadczeń naszych wynika, że samo już wypuszczanie i wpuszczanie z powrotem tego samego płynu powoduje pleocytozę reakcyjną.

1) We Francji, w ciągu długiego jeszcze czasu posługiwano się dawnym, niedoskonałym sposobem. Obecnie zarzucono go, i używana jest kamera Nageottea (1912).

Odczyn Wassermann'a.

Z odczynów biologicznych rozpatrzmy O. W., którego metodyka w zastosowaniu do płynu mózgowordzeniowego przechodziła 2 okresy, a mianowicie: I okres (1906—1911) t. zw. „oryginalnego sposobu“, gdy do odczynu W. używano 0,2 cm³ płynu mózgowordzeniowego. Badania całego szeregu autorów (Plaut, Wassermann, Stertz, Nonne, Kafka) wykazały, że przy tym sposobie odczyn wypada dodatnio w porażeniu postępującym, w wjadzie rdzenia — i to nie zawsze, podczas gdy w cierpieniach kiłowych mózgu wynik dodatni otrzymuje się bardzo rzadko. Dopiero od czasu badań Hauptmanna, w r. 1911, który wykazał że bez uszczerbku dla swoistości odczynu można używać większych ilości płynu mózgowordzeniowego do O. W., rozpoczyna się okres II, kiedy to O. W. w płynie mózgowordzeniowym zaczyna zajmować miejsce przodujące przy rozpoznawaniu cierpień układu nerwowego na łe kiły.

Dla zobrazowania postępu w klinice neurologiczno-psychiatrycznej, zapoczątkowanego przez odkrycie Hauptmanna, przytoczymy dane statystyczne wyników O. W. w płynie przed 1911 i—1915 r. (cyt. podług monografii Nonnego).

Dodatni wynik O. W. w płynie:
oryginalny sposób Wassermanna. Sposób Hauptmanna

Porażenie postępujące	85—90%	100%
Wjad rdzenia	20%	około 100%
Lues cerebro-spinalis	20—30% ¹⁾	przy wyższych dawkach niemal zawsze dodatni

Jeszcze na długo przed erą O. W., prowadzone były badania nad płynem mózgowordzeniowym w kierunku serologicznym oraz biologicznym. Gumprecht, Stintzing, Schottmüller wykryli w płynie przy tęczy tetanotoksynę, Déniges i Sabrazés — virus wścieklizny, Arloing i Courmont — w grzliczym zapaleniu opon mózgowych — zdolność zlepiania, WeiliKafka — w paral. progressiva — haemaglutyniny, Dopter to samo w nagminnym zapaleniu opon mózgowych, Danielopolu — hemolityczne własności płynu w zapaleniu opon mózgowych, w wjadzie rdzenia, w paraliżu postępującym i w mocznicy; WeiliKafka — hemolityczny normalny dwuchwytlik, w porażeniu postępującym i w ostrem zapaleniu opon mózgowych. Co do pochodzenia substancji reagujących („Reagine“ Citrona) w płynie — panuje tu jeszcze znaczna rozbieżność zdań. Wassermann, Plaut, Citron i in. przypuszczali miejscowe powstawanie (w płynie lub układzie nerwowym) tych substancji, podczas gdy inni (Weil, Kafka) twierdzili, że pochodzą one ze krwi, co świadczyłoby o przepuszczalności opon mózgowych w stanach chorobowych. Bardzo ciekawy i oryginalny podział wszystkich biochemicznych odczynów w płynie wprowadza Lange w swej ostatniej (1923), bardzo obszernej pracy. Badacz ten dzieli wszystkie odczyny z punktu widzenia pochodzenia substancji ze krwi lub też miejscowego na trzy grupy:

- I. — wyłącznie wewnątrzpochodne,
- II. — wyłącznie krwiopochodne,
- III. — pochodzenia mieszanego.

Do grupy I. Lange zalicza swój odczyn ze złotem koloidalnym (w rozcieńczeniu do 40 — 80).

Do grupy II. — wszystkie zjawiska, które, zdaniem jego, świadczą o „komunikacyjnych objawach“²⁾, a mianowicie:

1) Podług odczytu Nonnego na 36 zjeździe neurologów i psychiatrów niemieckich w r. 1912 — wynik dodatni O. W. w lues cerebrospinalis otrzymano tylko w 10%.

2) Nazwą tą Lange oznacza objawy „komunikacji patologicznej“ między krwią a płynem. W swych poglądach na powstawanie płynu mózgowordzeniowego. Lange nie zgadza się ani z Luską, który uważa płyn mózgowordzeniowy za produkt wydzieliny splotów naczyniastych, ani z bardzo poważnie umotywowanym poglądem Mestrezata, który sądzi, że płyn m.-rdz. jest wytworem „djalizatu“ i nazywa go (ze względu na skład chemiczny) „serum minerale“. Podług Langego, normalny płyn mózgowordzeniowy składa się z 2 części: I. — powstałej na skutek djalizy, oraz II. — powstałej miejscowo (ciała białkowe i komórki).

dodatni O. L. z odchyleniem krzywej w stronę prawą, obecność fibryny, hemoglobiny, czerwonych ciałek krwi, hemolizyn, dopełniacza, zjawianie się obcych płynowi zaczynów, lub też zwiększenie się ilości stałe w nim obecnych.

Do III. grupy należą: wzmożona ilość białka, białe ciała krwi, odczyn Nonnego, Pandeyego, Nogouchiego, zmniejszona ilość cukru oraz O. Langego o typie krzywej p. p.

Lange, dla którego zagadnienie przemiany sulstancji między krwią a płynem stanowi główny problemat likworologii, przypisuje największą rolę wynikom badania biochemicznego w kierunku grupy II. („objawów komunikacyjnych“).

Zagadnieniu „przepuszczalności opon“ poświęcono cały szereg prac, jakkolwiek w badaniach tych, jak słusznie zaznacza Kafka, nie zawsze wkładano jednakową treść do jednego i tego samego terminu. Ci badacze, którzy wychodzili z założenia, że wyłącznie sploty naczyniaste wytwarzają płyn mózgowordzeniowy, mówiąc o przepuszczalności opon, mieli na myśli przepuszczalność tych splotów. Inni znowu, którzy przypuszczali, że same opony mózgowe odgrywają również pewną rolę (w każdym razie — w stanach chorobowych), rozciągali pojęcie „przepuszczalności“ na układ naczyniowy opon mózgowych. Ustalono, że przez zdrowe opony (względnie plexus choroideus) do płynu mogą przejść następujące produkty: aceton (Souques i Aynaux), kwas mleczny (Reichmann), barwniki żółciowe (p. wyżej), sole jodu (Cavazzani), bromu (Viteman), sole litowe i talowe (Oimer i Tian), chloroform podczas znieczulenia chloroformowego (Sicard), wyskok (Nichloux), przy czym Schottmüller i Schumm spostrzegali, że ilość wyskoku w płynie przewyższała nawet ilość jego we krwi.

Uranina, podług Kafki i Rotkiego, przechodzi do płynu w ilości 1:2000000.

Natomiast w stanach zapalnych opon mózgowych przepuszczalność dla całego szeregu składników znakomicie się zwiększa. Mestrezat dowiódł tego przedewszystkiem dla nitratów. Podług najnowszych poglądów Langego, zwiększenie się ilości białka oraz pojawienie się w płynie obcych ciał białkowych całej tej grupy koloidalnej świadczy przede wszystkim o zwiększonej przepuszczalności. Lange przypuszcza, że na podstawie obecności tych lub innych składników chorobowych można sądzić o mniejszym lub większym stopniu przepuszczalności. Nawet i morfologiczne badanie płynu może jakoby dać wskazówki co do przepuszczalności opon („granulocyty“ mają świadczyć, podług Langego, o zwiększonej przepuszczalności).

Przechodząc z kolei do opisu zespołów likworologicznych, cechujących poszczególne jednostki chorobowe, musimy się przedewszystkiem zatrzymać na kiłę, albowiem w tem właśnie cierpieniu badanie płynu mózgowordzeniowego świeci bodaj największy tryumf, i to zarówno pod względem praktyczno-rozpoznawczym, jak i teoretycznym (odnośnie do kiły doświadczałnej. sprawy t. zw. metalutycznej i t. d.). Kiedy poczęto badać systematycznie płyn mózgowordzeniowy u osób, które przechodziły kiłę, przekonano się, że w wielu przypadkach wyleczenie jest tylko rzekome. Na zasadzie badania płynu w I i II okresie kiły ustalono, że płyn mózgowordzeniowy często jest jedynym wskaźnikiem niewygasłego jeszcze zakażenia, pomimo leczenia energicznego. Co do powikłań mózgowych, względnie oponowych, w bardzo wczesnych okresach kiły — to klinicznych faktów nie brakło i poprzednio. Spostrzegano najrozmaitsze i najcięższe powikłania już w 23 dni po zakażeniu (Graf), w 45 (Head) (spostrzeżenia Nonnego, Jarisch—Fingera, Arninga, Ravaut, Gennericha, Drayfusa i in.). To samo zostało potwierdzone przez cały szereg badaczy, którzy zajmowali się kiłą doświadczałną u zwierząt (Steiner, Plaut, Jakob i Weygandt, Pearce i Brown). Z odnośnych badań systematycznych na pierwszym miejscu postawić należy bardzo szczegółową, na obfitym materiale opartą pracę Fleischmanna (Hamburg), który wykazał, że już w I. okresie owróżdzenia pierwotnego, kiedy O. W. we krwi jest ujemny, daje się stwierdzić limfocytoza w płynie w 37,1%, komórki plazmatyczne w 22%, Ph I w 14%, zaś O. W. w płynie jest dodatni w 7,4%; w I—II okresie (owróżdzenie pierwotne, kiedy O. W. we krwi jest dodatni): limfocytoza w płynie mózgowordzeniowym w 33,3%, komórki plazmatyczne w 26%,

Ph I w 18,5% O. W. w 14,8%; w II okresie zaś—limfocytoza w 50,4%, komórki plazmatyczne w 42,4%; PhI w 21,6%; O. W. w 12%.

W III okresie (kilaki, owrzodzenie skóry oraz błon śluzowych) limfocytoza występuje w 50%, komórki plazmatyczne w 27,5%, PhI w 12,5%, O. W. + w 12,5%. Z temi danymi Fleischnanna¹⁾ zgadzają się mniej więcej statystyki Cestana i Risera (200 przypadków), Frühwalda, który jednak, pod względem rozpoznawczym, oddaje pierwszeństwo odczynowi Langego. Ford i Rosen (1064 przyp.) twierdzą, że w II okresie kiły już w 25%—30% można stwierdzić za pomocą badania płynu mózgoworodzeniowego udział układu nerwowego²⁾.

U nas sprawie tej poświęcił większą pracę Leyberg, który dzieli swój materiał na następujące 4 grupy: I—okres przedwyspowski (pierwsze 2 miesiące), II—okres septyczny (następne 2 miesiące), III—okres wczesnych nawrotów (między 5 mies., a 3 lata), IV—okres między trzecim a piątym rokiem (wysypka trzeciorzędowa). Leyberg podaje, że zmiany w płynie mózgoworodzeniowym w I okresie występują tylko w 7,5%, w II—w 33,3%, w III—w 44,2%, podczas gdy w IV okresie liczba ta stopniowo się zmniejsza, zbliżając się do liczby okresu II.

Przechodzimy obecnie do zespołów likworologicznych w sprawach metaluetycznych. Najwięcej prac poświęcono likworologii porażenia postępującego. Wszyscy badacze twierdzą zgodnie, że w tem cierpieniu t. zw. „4 odczynu Nonnego“ (O. W. we krwi i w płynie, pleocytoza i PhI) napotykamy nie tylko najczęściej, (w 90—100%), lecz każdy z nich występuje najwybitniej. Jeśli dodamy do tego typową dla p. p. krzywą O. L., obecność w płynie hemolizyn (Weil i Kafka), powiększenie ilości globulin (cehujące podług Bisgaard a p. p., podczas gdy dla kiły mózgu typowym jest zwiększenie się ciał białkowych) oraz dane cytologiczne, które w p. p., podług Rotsztadta, różnią się jaskrawo od obrazów drobnowidzowych, napotykanych w płynie we wszystkich innych cierpieniach układu nerwowego—to z tego wszystkiego można wywnioskować, że płyn chorego na p. p. posiada nie mało cech, pozwalających odróżnić tę jednostkę chorobową od innych, zbliżonych cierpień. Na tem miejscu musimy jednak przypomnieć, że tylko całokształt wyniku badania wszechstronnego płynu mózgoworodzeniowego może zaważyć na szali różniczkowo-rozpoznawczej, albowiem każdy z powyżej wymienionych odczynów lub zjawisk poszczególnych może być wykryty i w innych cierpieniach.

Odrębne są poglądy Langego, który z całą stanowczością odrzuca stwierdzone wielokrotnie typy poszczególne zmian płynu w rozmaitych postaciach cierpienia układu nerwowego na tle kiły (p. p., wiań rdzenia, kiła mózgu, t. zw. „balsalne podrażnienie opon“). Zmiany w płynie mózgoworodzeniowym, towarzyszące poszczególnym postaciom kiły, nie odzwierciedlają, zdaniem Langego, bezpośrednio zmian anatomicznych, lecz stanowią wyraz ilościowy rozmaitego nasilenia spraw zapalnych w oponach w poszczególnych postaciach chorobowych.

Guillain odróżnia następujące typy krzywych przy odczynie z białwinem koloidalnym (benjoin colloidal): w płynie normalnym stwierdza się strącanie w VII i VIII próbkach (00000022000000), w porażeniu postępującem—w pierwszych 5—10 próbkach (222122220000); w wiań rdzenia typy krzywej otrzymują się rozmaite i ta właśnie zmienność może, zdaniem Guillaina, mieć znaczenie semiologiczne i świadczyć o stopniu nasilenia sprawy chorobowej. Przeważnie jednak strącanie w wiań rdzenia występuje w pierwszych 3—4 próbkach (Guillain dodaje, że w przypadkach dawnych wiań, bez skłonności do progresji, odczyn białwinowy wypaść może ujemnie). W lues II otrzymuje

1) Godnem uwagi jest następujące spostrzeżenie tych badaczy: w całym szeregu przypadków kiły naczyniowo-oponowej udało im się stwierdzić ową typową dla p. p., krzywą (O. L.), która jednak pod wpływem leczenia swoistego zmieniała swój charakter.

2) Liczby statystyczne różnych autorów, którzy pracowali nad tem zagadnieniem podlegają znacznym wahaniom, jak to widać z następującego zestawienia. Rost podaje, że zmiany w płynie w ciągu pierwszych miesięcy i lat po zakażeniu kiłą występują zaledwie w 8%, Gennrich—w 22%, Hauptman—w 30%, Ravaut i Dujardin—w 60%, Dreyfus—nawet w 78%.

się mniej typowe krzywe, poczynawszy od wyników słabo dodatnich, a kończąc na krzywych, zbliżonych do typu porażenia postępującego.

Co się dotyczy paralelizmu pomiędzy odczynem białwinowym Guillaina, a odczynem Wassermanna to na zasadzie długiego szeregu prac autorów francuskich (Duhot i Crampon, Huber, Pautat, Targowla, Rabreau, Cestan, Riser, Stillmunk) można wnioskować, że w porażeniu postępującem oba te odczyny dają wyniki zupełnie równoległe; że w wiań rdzenia, w okresie rozwoju paralelizm ten istnieje również, natomiast w postaciach trwałych może wystąpić dysocjacja (na korzyść jednego, lub też drugiego odczynu). To samo, lecz jeszcze wybitniej, daje się stwierdzić w zwykłych sprawach kiłowych układu nerwowego. Guillain, rozpatrując sumarycznie wszystkie postacie luetyczne i metaluetyczne, twierdzi, że paralelizm tych 2 odczynów spostrzegany bywa w 83%, natomiast w 17% nie widać go, przyczem w 11% odczyn Wassermanna wypada dodatnio, a O. B. K. ujemnie, zaś w 6%—rzecz się ma odwrotnie.

W wiań rdzenia ilościowe oraz jakościowe zmiany w płynie są mniej zaznaczone, niż w p. p. Odczyn Wassermanna w płynie wypada—zdaniem Huptmanna—dodatnio w 75%, podług Nonnego zaś—100% (z większą ilością płynu). Limfocytoza w płynie (w wiań rdzenia) może wykazywać znaczne wahania (10, 50, 80, nawet 688, jak było w jednym przyp. Rotsztadta). Nie zdołano dotychczas ustalić, czy limfocytoza wzmacnia się w miarę nasilenia się bólów (Rotsztadt). Najzwyklejszym wzorem rozpoznawczym wiań rdzenia jest mały nadmiar komórek, przeważająca liczba drobnych limfocytów z domieszką limfocytów średnich i dużych (Rotsztadt). Nadmienić należy dla ścisłości, że w piśmiennictwie napotykamy szereg przypadków wiań rdzenia, w których wszechstronne badanie płynu mózgoworodzeniowego dało wynik zupełnie ujemny (Babiński, Achard i Foix i inni), dotyczy to przypadków z wieloletnim przebiegiem, bez żadnej skłonności do progresji.

Następnie, bardzo ważną wydaje się nam sprawa zmian, zachodzących w płynie mózgoworodzeniowym pod wpływem leczenia swoistego. Pierwszy zwrócił na to uwagę Assmann, następnie idą prace Ravaut, Wechselmanna, Nonnego, Zalozickiego, Dreyfusa i inni. Wszyscy ci badacze spostrzegli znaczne zmiany obrazu w płynie pod wpływem leczenia. Należy jednak pamiętać o tem, że i bez wszelkiego leczenia mogą wystąpić wahania samoistne odczynów w płynie mózgoworodzeniowym. Ze spraw metaluetycznych dotyczy to szczególnie porażenia postępującego, w którym częściej, niż w innych postaciach można stwierdzić te wahania samoistne, dotyczące zarówno zawartości białka, jak i elementów morfologicznych¹⁾ oraz odczynów serologicznych i t. d. Wprowadzone w 1919 przez Wagnera—Jauregga leczenie p. p. za pomocą przeszczepiania zimnicy, dało powód do badań systematycznych (kontrolujących) płynu mózgoworodzeniowego (prace Weyganda, Gerstmann, Kirschbauma; u nas zaś badania Wizla i Prusaka). Wszyscy ci badacze mogli stwierdzić znaczną poprawę płynu pod wpływem tej metody leczniczej.

Z punktu widzenia zmian, zachodzących w płynie, Kirschbaum i Kaltenbach dzielą swoje przypadki na 3 grupy: zmiany długotrwałe, występujące bardzo wcześnie; zmiany, występujące wcześnie, lecz bardzo krótkotrwałe (dotyczy to głównie O. W. w płynie); wreszcie przypadki, w których pod wpływem leczenia, żadnych zmian w płynie spostrzedz się nie udało.

Przechodzimy do streszczenia zespołów likworologicznych, napotykanych w ostrych sprawach zapalnych opon mózgowych. Co do zapalenia gruzliczego opon mózgowych, to płyn prawie zawsze bywa zupełnie przezroczysty, nieraz nieznacznie opalizujący i tylko w rzadkich przypadkach mętny (Ramond, Breler, Machefer, Merklin, Gautier opisali przypadki z płynem mętym co możemy też potwierdzić na podstawie doświadczenia własnego). Paupe spostrzegł płyn krwawy, zaś Creyx i Massias stwierdzili ksantochromię (której towarzyszyła polynukleozja i samoistne ścinanie się płynu). Mesterz, Fuchs i Rosental, Froin i Ramond notują żółte zabarwienie płynu (przeważnie u do-

1) Kafka, jak widać z ostatnich jego prac, uzupełnił do pewnego stopnia swój pogląd w ten sposób, że wahania te przypisuje pewnym postaciom p. p. (katatonicznym, napadowym i t. d.).

rosłych), przyczem spektroskopowo stwierdza się nierzadko urobilinę, oksyhemoglobinę, lub barwniki żółciowe. Ilość białka u dorosłych dojść może do 3 gr. na liter (u dorosłych Mestrézat, obserwował na 24 godziny przed śmiercią jeszcze większe ilości białka, a mianowicie od 4,0 do 4,50 i 5,60 na liter).

Co do obecności włókienka zdania badaczy są podzielone. Lange przypisuje zawartości włókienka pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze. „Podług naszych danych, opartych na dużym doświadczeniu — mówi Lange — stwierdzenie obecności zgęstka włókienka, podobnego do pajęczyny, nasuwa nietylko podejrzenie co do gruźlicy opon, lecz pozwala uważać rozpoznanie tego cierpienia za ustalone¹⁾”. Mestrézat wyraża się powściągliwiej pod tym względem, twierdząc, że często spostrzega się włókienk utkany delikatnie. U dorosłych Mestrézat spostrzegał włókienk częściej i w większej ilości, niż u dzieci. Ilość chlorków bywa w cierpieniu tem zmniejszona i nie przewyższa 6 gr. na liter (normalnie 7,32). Ilość cukru, jak to bywa w sprawach zapalnych (ostrych) opon mózgowych, zmniejszona: 0,20—0,27 gr. na liter (normalnie 0,55 gr. na liter). Przepuszczalność azotanów, podług Mestrézata, znacznie wzmożona: 75—85 miligr. na liter (normalnie 7—10—12 milgr. na liter).

Pleocytoza w gruźlicy opon jest objawem prawie stałym (o wyjątkach pomówimy niżej). Liczba elementów waha się zwykle między 10 a 200 na 1 mm³, jakkolwiek nieraz napotykaemy liczby znacznie większe. (1500 komórek — Rotsztadt). Charakterystyczną cechą morfologiczną nadmiaru komórek gruźlicy opon stanowią limfocyty drobne i średnie. Pomimo to zupełnie słusznie Mestrézat ostrzega przed kładzeniem zbyt wielkiego nacisku na obraz cytologiczny w gruźlicy opon.

Cade, Renon, Tixier i inni obserwowali przypadki men. tbc. bez pleocytozy; limfocytoza zjawia się nieraz późno (Mestrézat, własne nasze spostrzeżenia na oddz. D-ra Flatau). Zaznaczamy, że cały szereg badaczy stwierdził obecność polynukleozy w gruźlicy opon (Carrière, Villaret i Tixier, Giolard, Rotsztadt i inni). Ze wszystkimi temi zastrzeżeniami trzeba się liczyć poważnie przy ocenie wyników badania morfologicznego²⁾.

Co się tyczy nagminnego zapalenia opon mózgowych (meningitis cerebro-spinalis epidemica) — wynik badania, zarówno pod względem chemicznym, jak i morfologicznym, jest ściśle zależny od okresu tego cierpienia. Netter i Debré podają, że w ciągu pierwszych 24 godzin — w 75% płyn bywa przezroczysty; od 2 do 14 dnia — w 96% — płyn ropny; po upływie 2 tygodni — w 55% płyn przezroczysty. Często spostrzega się ksantochromję. Ilość białka jest znacznie większa, niż w gruźlicy opon: 3—4—6—7, a nawet 8,50 gr. na liter. Jednocześnie z poprawą ogólną zmniejsza się ilość białka. U dorosłych można jeszcze przez czas dłuższy po zupełnym wyzdrowieniu stwierdzić t. zw. „białko zalegające“ (Mestrézat). Obecność włókienka należy do częstych zjawisk, lecz w postaci znacznie grubszej (jako kłaczki), niż w men. tbc. Mestrézat, a niedawno Wallenfels, uważają, że zmniejszanie się lub też znikanie cukru w płynie w ostrych sprawach zapalnych opon ma bezwzględnie duże znaczenie prognostyczne; z polepszaniem się sprawy oponowej, ilość cukru znów wzrasta. Nasze badania odnośnie wykazują, że nierzadkie są uchylenia od tego prawidła. Zaznaczamy na tem miejscu, iż nieraz spostrzegaliśmy znaczną różnicę między zawartością cukru w płynie, wziętym z komór bocznych, a w płynie, otrzymanym z dna worka leżwiowego (na niekorzyść ostatniego z tych płynów). Ilość chlorków bywa zmniejszona (6,59 na liter), lecz nie w takim stopniu, jak w gruźlicy opon.

W okresie wczesnym pleocytozę tworzą prawie wyłącznie komórki wielojądrowe (neutrofilowe); w przebiegu pomyślnym, liczba komórek wielojądrowych się zmniejsza, zjawiają się liczne limfocyty, występują coraz jaskrawiej objawy żerności komórek (Rotsztadt). Gdy sprawiła zapalenia milknie — liczba komórek ulega dalszemu zmniej-

szeniu, aż wreszcie pleocytoza znika. W tym właśnie okresie stwierdzamy często ksantochromję.

W t. zw. meningitis serosa płyn bywa zupełnie przezroczysty, ciśnienie wzmożone, ilość białka przeważnie niezwiększona (Quincke i Mestrézat, jednak znajdowali zwiększoną ilość białka). Co do pleocytozy — podług Oppenheima, przeważnie jej się nie stwierdza, jakkolwiek w przypadkach Kröniga, Becka, Bregmana i Krukowskiego, Quinckego i inn. spostrzegano większą lub mniejszą pleocytozę, Meyerhofer—Neubauer spostrzegali nawet w cierpieniu tem zgęstek włókienka. Przy powikłaniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego (ropnie mózgu, zajęcie zatok żylnych, podrażnienie lub zapalenie opon mózgowych) badanie płynu mózgowordzeniowego posiada duże znaczenie rozpoznawcze i często chirurg jest zmuszony stawiać wskazanie do, operacji w zależności od wyglądu płynu mózgowordzeniowego.

Ropień mózgu (ograniczony) zazwyczaj przebiega bez wszelkiego odczynu ze strony płynu mózgowordzeniowego, albo też spostrzega się nieznaczna pleocytozę i słabo zwiększoną ilość białka. (Oppenheim, Darkszewicz, Rotsztadt, Karbowski i inni). Fremel, Aboulker i inni przytaczają przypadki ropni mózgu z mętym (i jałowym) płynem, lecz, naszym zdaniem, taki obraz płynu przemawia raczej za przejściem sprawy zapalnej na opony. Z drugiej zaś strony, należy zaznaczyć, że aseptyczne odczyny ze strony opon w cierpieniach ropnych uszu (względnie błędnika), o przebiegu dobrotliwym, spostrzegane są nierzadko. Co się tyczy spraw zakrzepowych w zatokach żylnych mózgu — to, pomimo klinicznych objawów oponowych, płyn może pozostać zupełnie normalny; natomiast, gdy zakrzep powstaje per continuitatem, jak to bywa przeważnie w sprawach usznych, wtedy cierpieniu temu zwykle towarzyszy zapalenie opon, jak widać z 5-go przypadku Karbowskiego.

Co się tyczy płynu mózgowordzeniowego w krwawieniach do opon mózgowych — podpajęczynówkowych lub podtwardówkowych — to tylko w pierwszym z tych dwóch cierpień występują zmiany, zarówno co do zabarwienia, jak i w kierunku chemicznym i morfologicznym, podczas gdy w drugim płyn zwykle pozostaje niezmieniony; najwyżej stwierdza się w rzadkich przypadkach ksantochromję (Flatau, Tissot, Schottmüller); jeszcze rzadziej (Quincke, Goldflam), gdy krwotok podtwardówkowy uszkodzi pajęczynówkę, pozostaje krwawe zabarwienie płynu. W krwawieniu podpajęczynówkowym płyn wykazuje szybko zabarwienie krwawe (Millian, Goldflam—po upływie 1 godziny).

Co do liczby krwinek w 1 mm. sz. Froin podaje ją jako 3360000; Millian 1200000. Podczas gdy okres wchłaniania krwotoków do przestrzeni surowiczych w innych narządach trwa zwykle szereg tygodni i miesięcy (Mestrézat), wessanie krwi w worku podpajęczynówkowym odbywa się wyjątkowo szybko, dzięki 3 czynnikom: wysysaniu przez przestrzenie okołonaczyniowe, hemolizie oraz hematomakrofagji. Już w 7—10—12 dni krwawe zabarwienie znika zupełnie i pozostaje tylko ksantochromja. Nieraz jednak zabarwienie krwawe trwa przez czas dłuższy, jak w przypadkach Mestrézat przez 23 dni, Froina — 30 dni. Ksantochromja natomiast znika zwykle po 20 — 25 dniach, jakkolwiek zdarza — się wyjątki w jednym i w drugim kierunku. (Roy i Levy — po 14 dniach, Froin — po 40 dniach). Co do zawartości białka w płynie przy krwawieniu podpajęczynówkowym, ilość białka pozostaje bądź normalna, bądź też znacznie się zwiększa. Zdaniem Mestrézata, białko, pochodzące z surowicy wybroczyowej krwi, bardzo szybko, bo w ciągu 2 dni się wsysa. Po upływie 7, 14, 17 dni ilość białka może się znowu powiększyć, co Froin i Mestrézat tłumaczą, jako odczyn wtórny. Zylberlast-Zandowa zwróciła w ostatnim czasie uwagę na brak wzmożenia się globulin (PhI ujemna) w ksantochromicznych płynach w omawianem cierpieniu i usiłuje wytłumaczyć zjawisko to w sposób następujący: albo ilość globulin, która się wraz z krwią przedostała do płynu jest niedostateczna, i wtedy PhI wypadnie ujemnie, albo też z powodu bardzo szybkiego wysysania się globulin odczyn PhI pozostaje ujemny. W każdym jednak razie, brak odczynu globulinowego potwierdzały pogląd Flatau, Goldflam i inn., że nie mamy w tem cierpieniu do czynienia ze sprawą zapalną pierwotną.

Co do obrazu morfologicznego płynu krwawego, bardzo dokładny opis wahań i zmian, którym podlega pleocytoza — znajdujemy w pracy Rotsztadta. Pleocytoza występu-

1) Lange poświęca dużo miejsca opisowi zewnętrznego wyglądu tego zgęstka, w odróżnieniu od zgęstka przy ścinaniu się en masse płynu w zespole uciskowym.

2) W straszczczeniu niniejszem nie poruszamy zagadnienia bakteriologicznego badania płynu, przeto nie zajmujemy się kwestją obecności lasieczników Kocha w płynie, w gruźlicy opon.

je dopiero po upływie 24—48 godzin i wzmaga się w ciągu kilku dni, aby następnie uleść zmianom ilościowym i jakościowym. Na początku pleocytoza składa się zarówno z limfocytów, jak i z komórek wielojądrowych; liczba ostatnich coraz się zwiększa, zjawiają się komórki żerne. W okresie ksantochromicznym pozostają niemal wyłącznie limfocyty, których obecność, zdaniem Rotsztadta, może trwać znacznie dłużej, niż sama ksantochromja.

W sprawach uciskowych rdzenia występują dwa zespoły, cechujące wybitnie to cierpienie, a mianowicie zespół Froina oraz Sicarda i Foixa. O pierwszym zespole, polegającym na ścinaniu się „en masse” płynu w połączeniu z ksantochromją, mówiliśmy już na początku naszego streszczenia; dodamy jeszcze następujące objawy, towarzyszące temu zespołowi: zwiększona ilość białka, obecność albumoz (Mestrézat) oraz nieznaczna pleocytoza. Mestrézat podkreśla w tym zespole brak przepuszczalności opon zarówno na zewnątrz, jak i na wewnątrz od opon. Lange natomiast mówi o przepuszczalności przejściowej (głównie na zasadzie obecności w płynie fibrynogenu).

Drugi zespół, opisany przez Sicarda i Foixa (1910—1911), polega na t. zw. rozszczepieniu wzoru białkowo-komórkowego, t. j. zwiększonej ilości białka przy braku pleocytozy. Sicard i Foix na początku swych badań uważali swój zespół, jako typowy dla próchnicy kręgów, później jednak okazało się, że zespół ten napotyka się w rozmaitych sprawach uciskowych rdzenia.

W zapaleniu nagminnem mózgowia (encephalitis lethargica) badanie płynu mózgowordzeniowego daje wyniki niejednoznaczne. Sainton, Wilson, Vardyz — nie spostrzegali żadnych zmian w płynie. Economo podawał natomiast już na początku epidemii (1916 — 1917) zmiany wyraźne w płynie (żółtawe, lub żółtawo-zielone zabarwienie, Economo i Riley); PhI przeważnie wypada ujemnie, nawet gdy stwierdzamy obecność pleocytozy (Plaut, Dreyfus, Eskuchen); jednak i odwrotny stosunek występuje nieraz (Stern, Moritz, Kraus i in.). Leczą do objawów najczęstszych należy pleocytoza (Stern na 490 przyp. własnych i cudzych z pleocytozą zebrał tylko 180 przyp. bez pleocytozy). Co do stopnia pleocytozy, trzeba zaznaczyć, że podlega ona znacznym wahaniom i przeważnie nie przekracza liczby 80 — 100 w 1 mm. sz., jednak opisano przypadki z liczbą, dochodzącą do 300 elementów w 1 mm. sz.

Zwiększoną ilość cukru w płynie stwierdzili liczni autorzy (Mestrézat, Mann, Netter, Foerster, Barré i inni), przyczem ilość cukru we krwi może się nie powiększyć. Co do wyników odczynów koloidalnych w encephalitis leth. — nieraz spostrzegano krzywe nietypowe.

W nowotworach układu nerwowego, w bardzo rzadkich przypadkach można też obserwować t. zw. nieswoisty odczyn Wassermanna (Plaut, Vincent, Foerster, nasze własne spostrzeżenia).

W stosunku do stwardnienia rozsianego (sclerosis multiplex) wynik badań autorów jest bardzo rozbieżny. Targowla uważa dwie cechy za typowe dla stwardnienia rozsianego: rozszczepienie wzoru białkowo-komórkowego (zwiększona ilość białka przy nieznacznej pleocytozie lub braku tejże), oraz dodatni wynik odczynów koloidalnych przy wyniku ujemnym odczynu Wassermanna. Natomiast Souques, Blamoutier, Massary, Latucade i Terrin znaleźli tylko w 26 przypadkach brak pleocytozy (na 47); w innych zaś pleocytoza dochodziła do 25, 68, nawet do 231 elementów w 1 mm. sz. Mestrézat zaznacza zwiększoną ilość białka i cukru, zmniejszoną zaś — chlorków.

Co do odczynów koloidalnych specjalnie z będwinnem koloidalnym Guillaína cały szereg autorów podkreślił w ostatnich czasach (1924) wybitną ich rolę rozpoznawczą dla

tego cierpienia. Sprawa ta wymaga jednak jeszcze sprawdzenia.

Z innych cierpień układu nerwowego wspominamy jeszcze o półpaścu, w którym występuje pleocytoza płynu (Abadie, Achard), poliomyelitis acuta (Peabody, Achard, Flexner, Koplik), o **durze** **plamistym**, brzuszny, powrotnym, zapaleniu płuc i całym szeregu innych chorób zakaźnych, w których również można stwierdzić objaw ten w płynie mózgowordzeniowym. To samo może dotyczyć różnego rodzaju zatruc, bądź wewnątrz, bądź zewnątrzpochońnych, jak np. uremji, cukrzycy, zatrucia ołowiem, rtęcią, CO i t. d.

W streszczeniu niniejszem nie poruszaliśmy wielu bardzo poważnych zagadnień, jak np. powstawania oraz krążenia płynu mózgowordzeniowego, zagadnienia o przepuszczalności opon, bakterjologii płynu, leczenia śródkręgowego lub śródczaszkowego oraz innych spraw, które, jak dotąd, nie zdołały jeszcze wyjść po za obręb doświadczeń i rozstrząsań teoretycznych. Z krótkiego wyżej podanego zarysu widać jednak, jak olbrzymio rozrasta się ta gałąź medycyny klinicznej, i jak wielką liczbę cennych faktów zdołano zebrać w ciągu ostatnich lat 30. Widzimy, jak nieocenione usługi oddaje nam badanie płynu mózgowordzeniowego w codziennej pracy kliniczno-rozpoznawczej. Z drugiej jednak strony jesteśmy świadomi tego, że wiele poważnych zagadnień pozostało jeszcze nierozstrzygniętych i wymaga dalszych, bardzo zmuśnych dociekań. Płyn mózgowordzeniowy, jak widzieliśmy, nie jest cieczą obojętną, otaczającą ośrodkowy układ nerwowy. Ciecz ta oddziaływa na najmniejsze zakłócenie spraw biochemicznych, odbywających się w układzie nerwowym, i to w stopniu znacznie silniejszym, niż przypuszczaliśmy dotychczas. Do spraw tych niejednokrotnie jeszcze będziemy zmuszeni powrócić.

Piśmiennictwo.

Alzheimer: Zentrbl. Nrv. 1907. Apelt und Schum: Arch. f. Psych. B. 44, 1910. Bard: Sem. Med. 1901. Babiński i Nageotte: Bul. Soc. méd. d. Hôp. de Paris, 1901. Bisgaard: Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych. B. 8, 1912 i B. 10, 1912. Brauni Husler: D. M. Woch. 1912. Claude: Rev. Neur. 1909. Donath: Rev. Neur. 1903 i 1906. Ztschr. f. Nerv. B. 27, 1904. Dreyfus: M. Med. Woch. 1912. Froin: Gaz. d. Hôp. 1908. Flatau: Neurologja Polska, T. IV, 1910. Flatau: Lekarz wojskowy, 1918. Flatau: Prace z prac. Neurobiologicznej przy Tow. Nauk. Warsz., T. II. Goldflam: D. Z. f. N. 1923. Guillaín i Parent: Rev. Neur. 1903. Guillaín, Laroche et Lechelle: La réaction du Benjoin Colloidal, Paris, Masson, 1922. Hauptmann: D. Z. f. Neur. 1911, oraz M. M. W., 1910. Kafka: Z. f. d. ges. Neur. und Psych. B. VI, H. 4—5, 1912. Karbowski: Przegląd Otolaryngologiczny, T. I, 1924. Lange: Z. f. Chemotherap. B. I, H. I, 1912. Lange: Spez. Path. u. Ther. in. Krank. (Kraus i Brugsch) B. II, T. III, 1923. Merzbacher: Zentrbl. f. Neur. 1906. Mackiewicz: Sowr. Psych. (Ros.), 1912 i 1914. D. M. W. 1914 oraz Kwart. klin. Szpitala Żydów, T. II, 1923. Mestrézat (monografia): Le liquide céph.—rach. etc. Paris, Maloine, 1912. Nonne (monografia): Syph. und Nervensystem. Wyd. VI, 1915. Plaut, Rehm i Schottmüller: Ueber d. Cerebrospinalflüssigkeit. Jena 1911. Pandey: Neur. Zentr., 1916. Plaut i Mulzer: Z. f. d. ges. Neur. und Psych. 1922 oraz M. M. W. 1922—1923. Rasen: D. Z. f. Nerv. 44. Rehm: Zentrbl. f. Nerv. 1903. Rotsztadt: I T. prac z pracowni neurobiologicznej przy Tow. Nauk. Warsz. Sicard: Rev. Neur. 1904, 1906, 1903, 1909, 1910. Sicard i Foix: Rev. Neur. 1911. Szécsi: Mon. f. Psych. T. 26, Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych. Bd. VI, 1911, B. IX, 1912. Widai, Sicard i Ravaut: Rev. Neur. 1903. Zyberlast-Zandow, a: Rev. Neur., 1923 i Gaz. Lek. 1923.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia doświadczalna.

BLUMENTHAL. W sprawie bakterjologii rany ropiejacej. (Zbl. f. Chir. Nr. 34, 1924).

Autor badał 50 ran ropiejących na zawartość drobnoustrojową w przeciągu całego czasu ich gojenia się. Autor wysuwa następujące wnioski: 1) krótko przed zagojeniem

się wydzielina ran ropiejących może być już jałową. 2) Ziarnina bezwzględnie posiada własności bakterjobjęcze 3) Leczenie bez sączkowania przynosi ranom tak potrzebny im spokój, co odbija się korzystnie na własności bakterjobjęczej ziarniny. 4) Wygląd zewnętrzny ran ropiejących odpowiada charakterowi znajdujących się tam drobnoustrojów.

J. Pomper.

KARDA. Wpływ naparstnicy na gojenie się ran zaszytych. (Zbl. f. Chir. Nr. 34, 1924).

Autor wspomina o przypadku Rottera, swego kolegi oddziałowego, który po niepewnym szwie prawie że obciętego ucha zastosował wstrzykiwania Digiuratu przez 2 dni 3 razy dziennie w celu polepszenia krwioobrotu w uchu. Wynik był wysmienity. To też autor stosuje wstrzykiwania powyższe przy wszelkich ranach, gdzie spodziewa się złego odżywiania tych ran (np. przy szwie skóry po usunięciu piersi).

Wobec małej ilości obserwowanych przypadków autor nie podejmuje się wytlumaczenia działania powyższego naparstnicy, zwraca jednak uwagę na możliwość zmiany czynności naczyń w okolicy ran.

J. Pomper.

J. E. Mc CARTNEY. Zmiany w mózgu królika domowego. (The Journ. of. Exper. Med. Styczeń Nr. 1, 1924).

W ostatnich latach króliki w dużej ilości były używane do badań doświadczalnych nad oponami i mózgiem (nagminne zapalenie mózgu, jad opryszczki). Bardzo znaczna różnica w wynikach otrzymanych przez rozmaitych badaczy, zwróciła uwagę w kierunku samego doświadczenia używanego zwierzęcia. Autor zbadał histologicznie 372 mózgi królików. Króliki otrzymywał z rozmaitych źródeł: 146 — przeszczepiane nowotwory; 82 — szczepienie krętkiem błędym; 52 — niezakażone szczepy; 50 — rozmaite schorzenia; 42 — nosaczna;

W mózgach tych królików autor spostrzegał cały szereg zmian, które mogą być rozdzielone na zmiany martwiczne i naciekowe. Te ostatnie w zależności od umiejscowienia, C. dzieli na 4 typy: a) nacieki okołonaczyniowe, b) oponowe, c) mózgowe i d) pod wyściółką bocznych komór. Nacieki wszędzie składały się z komórek jednojądrzastych.

Wszystkie te typy mogą występować albo razem, albo oddzielnie, albo w kombinacjach w jednym i tym samym mózgu. Nacieki okołonaczyniowe i pod wyściółką są najczęstsze; najrzadziej spotykają się nacieki oponowe.

W 15% całej liczby zbadanych mózgów spostrzegał autor ogniska martwiczne, jako dodatek do zmian naciekowych. Ogniska te posiadały szczególną budowę: środek składa się z martwicy z rozpadem jąder; obwód stanowią komórki z dużym, słabo zabarwionym jądrem, posiadającym wyraźne jąderko. Najbardziej zewnątrz znajdują się komórki jednojądrzaste.

Z załączonej do pracy tablicy wynika, iż w 47,5% autor znajdował w mózgach królików wyraźne wyżej opisane zmiany; w 7,5% zmiany te były słabo zaznaczone, a w 45% zmian wcale nie było. Czyli, że zmiany wogóle były stwierdzone w 55%.

Przy dooponowem zaszczepieniu 15 królikom zawieszono z wyżej opisanymi zmianami u 3 królików z 10 zabitych stwierdzono analogiczne zmiany.

Z mózgów króliczych, wziętych aseptycznie, autor robił posiewy na rozmaitych pożywkach, te ostatnie zawsze pozostały jałowemi.

Obrazy mikroskopowe, stwierdzone przez autora, najzupełniej odpowiadają opisom rozmaitych badaczy, którzy studiowali mózgowe i nerwowe schorzenia u królików. Częstość tych zmian, wykrytych przez autora u zupełnie jakoby zdrowych zwierząt, pozwala twierdzić, że istnieją one i przed doświadczeniem. Dlatego też należy być nadzwyczajnie ostrożnym w interpretowaniu wyników badań mikroskopowych przy doświadczeniach na królikach.

A. Siedlecka.

CALZAVARA. Wybitna hyperglikemja jako wczesny objaw rozpoznawczy w doświadczalnych martwicach trzustkowych. (Zbl. f. Chir. Nr. 26, 1924).

Uzyskując doświadczalną martwicę trzustki u zwierząt za pomocą wstrzykiwań żółci do przewodu trzustkowego podczas trawienia, autor badał równorzędnie krew i mocza na zawartość węglowodanów. Badania wykazały stopniowo rozwijającą się hyperglikemję, która trwała do śmierci zwierzęcia, względnie do czasu relaparotomji, gdy sączkowano zmienioną trzustkę. Hyperglikemja odpowiadała ciężkości zmian anatomicznych. Równorzędną glikozurję nie stwierdzono. W innych doświadczalnych sprawach chorobowych w jamie otrzewny hyperglikemji nie wykazano.

J. Pomper.

LAFORA, GONZELO R. i M. PRADOS Y SUCH. Badania doświadczalne nad czynnością spoidła wielkiego mózgu. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd 84, p. 616 — 642, 1923).

W celu zbadania czynności spoidła mózgu dokonywali autorowie operacji częściowego lub całkowitego przecięcia spoidła u zwierząt, uprzednio tresowanych podług zmodyfikowanej metody (Kalischera lub Franz'a).

Metoda powyższa polega na tem, że najpierw zwierzę tresuje się na pewne ruchy, poczem wyniki operacji obserwuje się na zmianie tresowanych ruchów.

Autorowie wykonywali operację częściowego lub całkowitego przecięcia spoidła u tresowanych małp i kotów i doszli do następujących wyników:

1) Uszkodzenie spoidła powoduje objawy niedowładu i apraksji po stronie przeciwnej, aniżeli półkule, leżące bliżej miejsca uszkodzenia spoidła. Objawy te po 15—20 dniach znikają. Jeśli ponownie uszkodzić spoidło po przeciwnej stronie, to występują objawy apraktyczno-niedowładne w przeciwniejszej połowie ciała.

2) Uszkodzenie wyłącznie kolanka spoidła powoduje objawy apraktyczne w ręce.

3) Uszkodzenie przedniej połowy spoidła pociąga za sobą objawy apraksji w ręce i nodze.

4) Uszkodzenie tylnej połowy spoidła powoduje objawy apraksji tylko w kończynach dolnych.

5) Uszkodzenie płata wielkiego spoidła mózgu (splenium) nie wywołuje żadnych objawów apraktycznych lub nieznaczne w nodze.

6) Całkowite przecięcie spoidła wywołuje objawy niedowładu połowiczego, pomieszanego z apraksją.

E. Herman.

K. NEUBÜRGER. Zmiany ośrodkowe u królików po przeszczepieniu mózgu porażeniowców. (Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd 84, 1923, p. 146—173).

Autor wspólnie z Plautem i Mulzerem w poprzedniej swej pracy (Münch. Med. Woch. Nr. 4, 1922) wykazał różnice zmian w ukł. nerw. zwierząt doświadczalnych przy używaniu różnych szczepów krętka błędnego. Podczas gdy t. zw. szczep monachijski obok nieznacznych zmian miejscowych powodował silne schorzenie układu ośrodkowego zwierząt szczepionych (a w związku z tem pleocytozę w płynie), to szczep inny (frankfurecki) wywoływał stale znaczne objawy kiłowe w miejscu szczepienia, natomiast z reguły nie oddziaływał na układ ośrodkowy.

Plautowi i Mulzerowi udało się przez przeszczepianie na króliki zawiesziny mózgowej porażeniowców utrzymywać taki „zarazek paralityczny“ („Paralysevirus“) w pasażach. Autor w pracy niniejszej omawia wyniki badań drobnowidzowych układu nerwowego zwierząt, szczepionych przez kilka pasażi takim „zarazkiem“. Kora miejscami podobna do kory porażeniowców na skutek zatarcia uwarstwienia komórek, nacieczeń okołonaczyniowych i nagromadzenia komórek pałeczkowych (Stäbchenzellen). Zarówno w korze, jak i okolicy rogu Ammona liczne ogniska (guzki), które na swym obwodzie składają się z limfocytów, oraz komórek plazmatycznych, wewnątrz — z szerokiego pasma komórek nabłonkowatych, zaś w samym środku z mas martwicznych. W okolicy tych ognisk silnie nacieczone nacynia. W otaczających komórkach nerwowych zwyrodnienie (Tigrolysis, komórki satelitowe) niewielkiego stopnia; natomiast procesy reakcyjne ze strony gleju b. silne. Warstwy przybrzeżne gleju patologicznie zwiększone i zgrubiałe. Guzki autor traktuje, jako drobne ziarniniaki. Słowem, widzimy analogicznie do pp. procesy zapalne obok zwyrodnieniowych. W jednym przypadku, szczepionym zawiesziną rdzenia krętkowego, zaszczepionego mózgiem paralityka, autor stwierdził w korze zmiany, odpowiadające „ciężkim zmianom komórkowym Nissla“. Autorowi nie udało się wykazać na preparatach krętka błędnego. W końcu autor kładzie nacisk na różnicę w działaniu szczepów odmiennych: jednem np. wywołuje kiłę nerwową u zwierząt doświadczalnych, inny natomiast nie; zależnie od pochodzenia dają różne zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym. W każdym bądź razie istnieją szczepy, które u królika okazują się neurotropowemi. Szczepy paralityczne (zawieszina mózgu paralityków), są zawsze takie. Można sobie wyobrazić, że szczepy, które pochodzą z wczesnych przypadków kiły ludzkiej, a które dla zwierząt okazują się, jako neurotropowe, również i u człowieka mają skłonność do zaatakowania wcześniej czy później układu nerwowego.

E. Herman.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

WIDAL, ABRAMI, WEILL, LANDOT. Rozwodnienie krwi w przebiegu leczenia cukrzycy insuliną. (Zmiany wskaźnika refraktometrycznego surowicy). (La presse med. Nr. 54, 5.VII 1924).

Leon Blum spostrzegł, iż u niektórych chorych w przebiegu leczenia insuliną występują obrzęki, pociągające za sobą przyrost na wadze, mylnie początkowo uważany za poprawę stanu ogólnego. Celem uzupełnienia badań nad przemianą wodną u diabetyków, oraz celem uzupełnienia wiadomości, dotyczących działania insuliny poza jej wpływem glikolitycznym i antyacetogennym, autorzy badali refraktometrycznie surowicę krwi wszystkich chorych, leczonych insuliną, niezależnie od występowania obrzęków, i wykazali, że niemal u wszystkich już w 24 godziny po rozpoczęciu kuracji ilość białka w surowicy spada znacznie (w jednym przypadku z 9,1% na 7,68%), oraz że rozwodnienie to utrzymuje się, a czasem nawet wzrasta przez kilka do kilkunastu dni po przerwaniu leczenia. Poza danymi, otrzymanymi refraktometrycznie — ani klinicznie, ani też ważeniem chorych zmian tych nie można było w wielu przypadkach stwierdzić. Autorzy dowodzą, że rozwodnienie to jest niezależne od stanu uprzedniego zgęszczenia surowicy, ani od ilości cukru we krwi, ani od ilości acetonu w moczu, ani od bilansu węglowodanowego, oraz że jest zupełnie niewspółmierne z całkowitem zatrzymaniem wody (np. w jednym przypadku wskaźnik refraktometryczny spadł z 7,47% na 6,3%, podczas gdy waga ciała pozostała bez zmiany). W takich więc przypadkach należałoby upatrywać wpływ insuliny raczej na rozmieszczenie wody w ustroju, niż na właściwe zatrzymanie. Wyniki, otrzymane w każdym poszczególnym przypadku, a nawet u tych samych chorych w rozmaitych okresach, były bardzo różne, to też autorzy, wykazując wielce zawiły mechanizm rozwodnienia krwi u chorych, leczonych insuliną, nie znajdują wyjaśnienia „obrzęku insulinowego” i nawiązują do prowadzenia badań w tym kierunku.

J. Typograf.

E. SAVINO. Wpływ insuliny na fosfor we krwi. (Compt. Rend. de la Soc. de Biol. Nr. 20, 13.VI 1924).

Zastrzyk 30 jednostek klinicznych insuliny baranowi, głodzonemu od 24 godzin, wywołuje u niego po 3½ godz. spadek poziomu cukru we krwi z 0,59 pro mille na 0,14 pro mille. Fosfor nieorganiczny spada w tym samym czasie z 8,9 mgr. w 100 na 5 mgr. w 100, to znaczy o 43%. Na drugi dzień poziom fosforu powrócił do 8,9 mgr. w 100. Zastrzyki glukozy, które przeciwstawiają się spadkowi cukru we krwi nie powstrzymują zmniejszania się ilości fosforu: w jednym przypadku z 7,2 mgr. w 100 na 4,8 w 100, w drugim przypadku z 7,4 na 4,7 w 100; oznacza to spadek fosforu o 36%. Cukier we krwi podnosi się ponad poziom początkowy. Zastrzyk glukozy bez insuliny nie zmniejsza ilości fosforu we krwi w ciągu 4 godzin; w końcu tego czasu zauważono zmniejszenie się fosforu o 18%.

J. Typograf.

P. MAURIAC i E. AUBERTIN. O wpływie chloroformu, eteru i chloralozy na działanie insuliny. (Comptes Rend. de la Soc. de Biol. Nr. 20, 13.VI 1924).

Autorzy badali na psach i królikach zmiany w działaniu insuliny, wywołane uspianiem za pomocą chloroformu, eteru i chloralozy. Cukier we krwi obliczano w stanie czuwania oraz w stanie uspiania przed zastrzykiem i 40—60 minut po dożylnym zastrzyku insuliny. Okazało się, że działanie hypoglikemiczne insuliny bardzo stałe u zwierząt normalnych staje się bardzo nieprawidłowe, o ile zwierzęta te poddamy działaniu chloroformu, chloralozy lub eteru. Ta nieprawidłowość jest szczególnie wyraźna u psów, słabiej zaznaczona u królików. Najbardziej stałe przeciwstawia się działaniu insuliny uspianie eterem psa: ilość cukru we krwi po zastrzyku insuliny nie zmienia się, albo nawet wzrasta. Wyniki te wskazują, że wartość insuliny i sposób jej działania należy badać tylko na zwierzętach w stanie czuwania, gdyż uspianie często zmienia wyniki.

J. Typograf.

P. MAZZOCCO i V. MOZERA. Wpływ insuliny na skład krwi. (Compt. Rend. de la Soc. de Biol. Nr. 20, 13.VI 1924).

Doświadczenia były przeprowadzane na psach, uprzednio głodzonych w ciągu 24 godz. Insulinę zastrzykiwano w ilości 1—3 jednostek. Krew brano z żyły jarzmowej przed zastrzykiem oraz w 1, 2, 3, 5 i 8 godz. po zastrzyku. Badanie krwi wykazało: stałe obniżanie się poziomu cukru we krwi do 0,5—0,3 na 1000; liczba krwinek czerwonych i białych, ilość hemoglobiny i wzór leukocytów nie zmieniały się. Azot całkowity zmniejszał się stale, azot osocza znacznie mniej. W ilości azotu niebiałkowego, kreatyniny, mocznika, wapnia, potasu i magnezu nie stwierdzono żadnych zmian. Fosforany nieorganiczne osocza zmniejszały się we wszystkich przypadkach, po kilku godzinach zaś wracały do poprzedniej ilości, albo ją przekraczały nawet, gdy poziom cukru był jeszcze obniżony. Podczas spadku ilości fosforanów nieorganicznych we krwi zmniejszały się również fosforany moczu. W 4-ch doświadczeniach w 1½ godziny po zastrzyku dożylnym insuliny zmniejszyła się znacznie rezerwa alkaliczna w chwiłi, gdy stwierdzano znaczną hypoglikemję, następnie w 3 godziny po zastrzyku rezerwa ta znowu wzrosła, jednocześnie zaś ilość cukru we krwi wróciła do zwykłego poziomu.

J. Typograf.

O. KLEIN. O hormonalnym wpływie insuliny i pituitryny na zasób wodny u chorych na cukrzycę. (Zeitschr. f. Klin. Med. T. 100 Z. V).

W większości przypadków cukrzyca insulinowa powoduje zatrzymanie wody, którego wyrazem jest z jednej strony dodatni bilans wodny w porównaniu z okresem przedinsulinowym oraz występujący dość szybko znaczny przyrost wagi. Zatrzymanie wody jest tu pochodzenia pozanerkowego. W większości przypadków cukrzyca stężenie krwi oraz zawartość we krwi wody po pierwszych iniekcjach insuliny nie wykazują albo wcale zmiany albo też ujawniają pewne zagęszczenie. To zagęszczenie, a także występujące bezpośrednio po insulinie krótkotrwałe obniżenie się zawartości we krwi NaCl świadczy o przechodzeniu wody i soli ze krwi do tkanek, gdzie zostają pozanerkowo zatrzymane. Po dłuższym stosowaniu insuliny, gdy waga znowu się podnosi, następuje i we krwi zwiększanie się ilości wody; liczba krwinek spada, wskaźnik refraktometryczny i sucha zawartość (badane naczeczko) obniżają się. Zjawisko to stanowi niewątpliwie analogię do zaznaczonego powyżej wzmoczonego zatrzymywania wody przez tkanki: krew tu również zdradza oznaki rozwodnienia tylko na końcu. Zjawiska te należy bądź co bądź uważać za objaw powrotu do normy stosunków ustrojowych pod wpływem insuliny. Komórki ustrojowe, odzyskując zdolność zatrzymywania glikogenu, zaczynają też na nowo wiązać normalnie wodę. Pod wpływem pituitryny diureza i stężenie krwi u cukrzycowych, ujawniają takie same zachowanie się, jak u chorych na nerki z niedomogą nerkową, hypostenurią, i polyurią przymusową. Diureza wodna pochodzenia nerkowego i rozwodnienie krwi wzmagają się i trwają dłużej. Krzywa zawartości we krwi NaCl wykazuje krótkotrwałe wzniesienie się. Jednoczesne zastrzyknięcie insuliny nie wywołuje tu większego wpływu. W jednym przypadku diabetes na tle wielogruczołowem insulina wywołała efekt pituitrynowy, a jednocześnie zastrzyknięcie pituitryny wywołało zsumowanie się wpływów obu hormonów. Co się tyczy stanowiska insuliny wśród hormonów, to pod względem wpływu na przemianę węglowodanową można ją uważać za antagonistę adrenaliny. Działanie jej w tym kierunku jest do pewnego stopnia przeciwne działaniu pituitryny, oraz tyreoidyny. Ta ostatnia okoliczność jest tym znamiennejsza, że wpływ insuliny na zasób wody ustrojowej jest również wręcz przeciwny wpływowi tyreoidyny. Dla obu tych ciał punkt zadziałania znajduje się pozanerkowo.

K. Rz.

Erik LUNDBERG. Cukrzyca, gruźlica i pozatrzustkowe wytwarzanie insuliny. (Compt. Rend. de la Soc. de Biol. Nr. 24.—11.VII.24).

Autor badał zachowanie się chorych cukrzycowych, dotkniętych jednocześnie gruźlicą, i wpływ, jaki na nich wywiera leczenie insuliną. Przekonał się, że:

1) w przypadkach, w których stwierdzamy u jednego i tegoż osobnika obie choroby, cukrzyca zjawia się pierwsza, a w każdym razie pierwsza dała znać o sobie;

2) cukrzyca niekoniecznie musi być ciężką, aby dołączyła się do niej gruźlica; gdy jednak to powikłanie zaistniało, gruźlica przybiera postać ciężką, i chory zwykle szybko ginie.

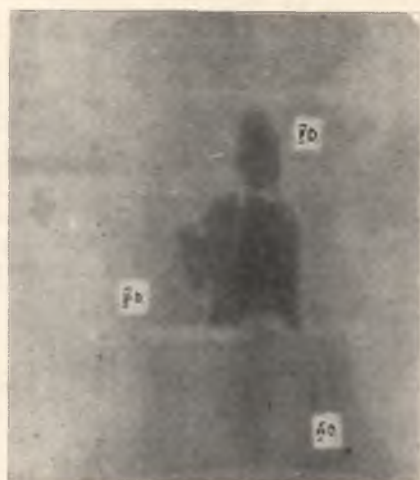


Fig. I.

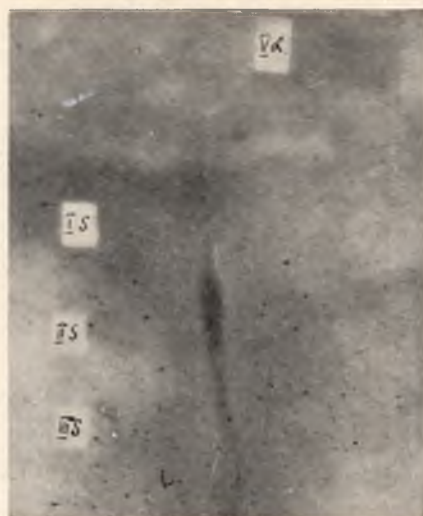


Fig. II.

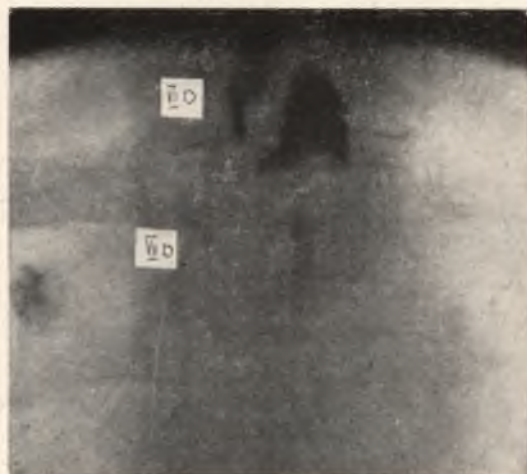


Fig. III.



Fig. IV



Fig. V.



Fig. VI.

Dlatego autor zalecał z początku duże dawki insuliny, aby, o ile możliwości, poprawić stan odżywiania chorego. Okazało się jednak, że sprawa gruźlica postępowała, chociaż próbowano odżywiać chorych we właściwy sposób, dając im jednocześnie dość insuliny, aby mogli wykorzystać podawaną im ilość pokarmów.

Na podstawie starego poglądu, że gruźlica zmniejsza objawy cukrzycy, można przypuścić, że zdolność organizmu do tolerancji insuliny zmniejsza się wraz z pogarszaniem się gruźlicy. Poziom cukru we krwi opada do 0,05—0,06. Po zmniejszeniu dawki insuliny wszystko idzie jakiś czas dobrze, ale potem objawy zatrucia insulinowego pojawiają się znowu nawet z tą mniejszą dawką, choć odżywianie pozostało prawie bez zmiany.

Jest godnym zaznaczenia, że acetonurja, ten najcięższy objaw cukrzycy, ginęła prawie natychmiast. Autor wobec tego przypuszcza, że gruźliczo zmienione części płuc i gruczołów mogą wytwarzać substancję podobną do insuliny. To tłumaczyłoby znikanie cukru i acetonu oraz wzmogoną wrażliwość tych chorych na insulinę i wzmaganie się tej wrażliwości w miarę postępu gruźlicy.

Autorowi udało się nawet za pomocą specjalnego sposobu postępowania otrzymać z gruźliczo zmienionych narządów tę hypotetyczną substancję. Zastrzykując otrzymane wyciągi myszom białym, autor stwierdził obecność insuliny w gruźliczych płucach i gruczołach. W 4 na 6 przypadków spostrzegali drgawki, które ustąpiły bezpośrednio po zastrzyknięciu roztworu glukozy. Ilość insuliny w gruźliczych narządach wydaje się bardzo zmienną. W wyciągach z płatków gruźliczych i z tuberkuliny, ani też we krwi i w narządach zdrowych nie udało się stwierdzić obecności insuliny. Autor uważa jednak za prawdopodobne, że insulina znajduje się zawsze w różnych narządach w bardzo małej ilości, która w sposób dotychczas nieznany wzmacnia się pod wpływem gruźlicy.

J. Typograf.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Prof. Aleksander PILCZ. Podręcznik psychiatrii szczegółowej. (Lehrbuch der speziellen Psychiatrie, wydanie 6-e. Deuticke 1922).

Podręcznik Pilcza przedstawia poglądy szkoły wiedeńskiej, co może interesować głównie ze względu na klasyfikację, która różni się pod niektórymi względami od ogólnie dzisiaj w psychiatrii przyjętej. Jeśli chodzi o względy dydaktyczne, to podręcznik jest łatwy, wykład prosty i jasny. Żałować jednak należy, że autor pomija cały szereg wielkich zagadnień psychiatrii współczesnej i zupełnie nie uwzględnia kierunku psychologicznego.

Gustaw Bychowski.

DERCUM. Próba teorii fizjologicznej myślenia. (Przekład niemiecki prof. A. Pilcza, Deuticke, 1923).

Znakomity neurolog amerykański próbuje w tej małej książeczce przedstawić całość zjawisk psychicznych w świetle fizjologii, zwłaszcza nauki o newrozach. Mimo uznania dla samej próby syntezy, musimy uznać usiłowanie to za chybione, gdyż autor, w typowy zresztą dla tego rodzaju materialistycznych koncepcyj sposób, pokrywa tylko fizjologicznymi terminami całą problematykę życia psychicznego, łudząc się, że coś — a właściwie nawet wszystko — wyjaśnia.

Gustaw Bychowski.

POLSKA BIBLIOTEKA PSYCHOANALITYCZNA. T. I. FREUD. O marzeniu sennem. Tom. II. FREUD. Trzy rozprawy z teorii seksualnej. (Międzynarodowy nakład psychoanalityczny, Lipsk—Wiedeń—Zurych, 1923, 1924).

Wydawnictwo psychoanalityczne, które wydaje dzieła psychoanalityczne w rozmaitych językach, zapoczątkowało obecnie — po bibliotece psychoanalitycznej włoskiej i hiszpańskiej — polską. W ten sposób czytelnik polski będzie miał możliwość łatwego zapoznania się przedewszystkiem z dziełami twórcy psychoanalizy profesora Freuda. Nie tu miejsce na rozważania epokowego znaczenia psychoanalizy dla nauk lekarskich, jak zresztą dla tylu innych. Niema dziś prawie dziedziny myśli, która nie doznałaby ożywczego kontaktu tej nowej nauki.

Książeczka „O marzeniu sennem“, w przekładzie Beaty Rank jest niejako kwintesencją nauki Freuda o snach,

wyłożonej w całości, jak wiadomo, w obszernym dziele „Traumdeutung“. Podczas kiedy lektura tego ostatniego wymaga dłuższego i głębokiego studjum, to książka, której przekład omawiamy, czyta się znacznie łatwiej, jakkolwiek odtwarza zupełnie dokładnie podstawowe zagadnienia tej tak doniosłej części psychoanalizy, jaką jest nauka o snach, ową, jak ją nazywa jej twórca, *via regia* — do zrozumienia psychologii zjawisk podświadomych i psychonerwicy.

Druga praca — to klasyczne „Trzy rozprawy o teorii seksualnej“, w przekładzie Jekelsa i Albińskiego. Mamy tutaj teorię zbroczeń płciowych, naukę o seksualizmie dziecka oraz o przeobrażeniach popędów seksualnych w okresie dojrzewania. Dzieło to zawiera najbardziej podstawowe i najbardziej przewrotowe odkrycia psychoanalizy.

Co do przekładów, to przy ocenie ich nie należy zapominać o trudnościach, związanych z niewyrobiałą w języku naszym terminologią oraz z świetnym lapidarnym i plastycznym stylem Freuda. Przekład pani Rank wymaganiom językowym, niestety, stanowczo nie odpowiada, spotykamy w nim nawet wyraźne błędy, na które przy ewentualnym drugim wydaniu winna być zwrócona baczną uwaga. Przekład Jekelsa i Albińskiego niewątpliwie lepszy, daleki jest jednakże od doskonałości językowej.

Gustaw Bychowski.

Prof. Kurt SCHNEIDER. Osobistości psychopatyczne. Die Psychopathischen Persönlichkeiten; Aschaffenburg a podręcznika psychiatrii, dział 7, część 1. (Deuticke, Lipsk i Wiedeń 1923).

Najnowszy zeszyt wielkiego zbiorowego podręcznika psychiatrii, omawiający trudne i wielce doniosłe zagadnienia, związane z osobistościami psychopatycznymi, zasługuje ze wszęch miar na uznanie. Zwięźle i treściwie — na 86 stronicach — daje autor bodaj pierwszą psychologiczną przemysłaną i konsekwentnie przeprowadzoną monografię psychopatów. Szczególniej podkreślić należy staranność i ścisłość, z jaką zostały przedstawione przesłanki teoretyczne i analiza zasadniczych pojęć, jakimi tego rodzaju praca może opierać. Rzecz oczywista, że autor uwzględnił nowe badania kliniczne i psychologiczne, wspomina więc zarówno o badaniach Kretschmera, jak i o charakterologii Klagesa i Sunga, nie pomija również milczenia psychoanalizy.

Gustaw Bychowski.

R. LOFORGUE et R. ALLENDY. La psychanalyse et les névroses. (Préface de M. Henri Claude, Professeur de clinique psychiatrique à la faculté de médecine de Paris. str. 251. Payot, 1924).

Teoria i praktyka psychoanalizy, stworzona, jak wiadomo, przez wiedeńskiego uczonego Zygmunta Freuda z trudem torowały sobie drogę wśród badaczy francuskich. Przeciwnicy psychoanalizy w ogromnej większości rekrutowali się, jak zresztą wszędzie, z pośród tych, którzy naukę Freuda znali tylko powierzchownie, i to z teorii wyłączenie. Stopniowo wzrastać zaczęła liczba psychiatrików i neurologów, którzy zaczęli psychoanalizę stosować w praktyce i ogłaszać wyniki swoje. Książka Loforgue'a i Allendy'ego do konywa pierwszego właściwego wyłomu w murze obojętności i niechęci w stosunku do psychoanalizy we Francji, albowiem prócz teorii, umiejętnie streszczonej, podaje długi szereg obserwacji osobistych chorych, leczonych i wyleczonych przy pomocy psychoanalizy. Pacjenci L. i A. to francuzi. Podkreślam ten szczegół dlatego, że książka ta zadaje w ten sposób ostateczny cios tym poglądom, które niestety, znalazły echo i u nas, jakoby metoda psychoanalizy posiadała w idei swej cechy swoiste, odpowiadające jedynie psychice o pewnym ukształtowaniu, a mianowicie psychice niemieckiej, anglosaskiej, żydowskiej, natomiast jakoby całkiem była niezgodna z psychiką narodów romańskich, łacińskich, katolickich, u których istnieje spowiedź religijna, zastępująca psychoanalizę. Jest to pogląd, mający tylko pozory jakiegokolwiek słuszności.

Miałem sposobność już u nas publicznie zwalczać ten pogląd w r. b. na posiedzeniu Tow. Neurologicznego i cieszę się, że znajduję w książce omawianej te same niemal wyrazy. Zacytuje dosłownie (str. 71) też wstęp, specjalnie pouczający dla tych kolegów, którzy, w braku innych racjonalnych argumentów przeciw psychoanalizie, uciekają się do takich ogólnych „racji“ pseudonaukowych. „Transformer une question scientifique en discussion religieuse est une manoeuvre vraiment

déloyale, car en sollicitant ainsi les susceptibilités religieuses et les sentiments affectifs qui s'y rattachent on place d'emblée le problème sur un terrain qu'on ne saurait plus considérer comme neutre. Les faits démontrent d'ailleurs la puérilité d'une pareille objection: il existe des catholiques ailleurs qu'en France et ils sont nombreux dans les pays, où la psychanalyse a été adoptée au même titre que le microscope, dans l'outillage scientifique. Du reste, beaucoup de nos malades vont régulièrement à confesse: cela leur fait sans doute beaucoup de bien, mais résoud nullement leur conflit névrotique, sans quoi ils n'auraient point besoin de nous... la confession s'occupe de ce que le sujet peut avouer, parce qu'il en a conscience, la psychanalyse de ce qu'il ne peut avouer, parce qu'il n'en a pas conscience".

Książka L. i A. składa się z 12 rozdziałów, z których pierwszy daje krótki zarys historyczny rozwoju psychoanalizy, drugi daje ogólne pojęcie o jej podstawach, trzeci omawia mechanizm powstawania psychoneurozów, czwarty i ósmy poświęcone są stanom pośrednim między zdrowiem a psycho-neurozą, stanom najczęściej spotykanym, a przed stosowaniem psychanalizy prawie beznadziejnym, stanom, które zakłócają i mącą spokój i szczęście małżeńskie. Są to: brak wrażliwości płciowej u kobiety i niemoc męczyzny; oba te rozdziały są obficie ilustrowane przez przykłady, umiejętnie dobrane. Piąty rozdział omawia sprawę stosunków psychiki do schorzeń cielesnych, jak zaburzenia przewodu pokarmowego lub skóry, i wykazuje częstą zależność tych ostatnich od nieświadomych spraw psychicznych. W szóstym rozdziale znajdujemy ciekawe rozważania na temat świata wyobraźni, t. zw. snów na jawie, które mają swe źródło w okrucieństwie, w t. zw. kompleksie Edypowskim i trwać mogą przez całe życie, wytwarzając t. zw. dwubiegunowość charakteru. Rozdział ten stanowi naturalne przejście do następnego, omawiającego utajony homoseksualizm. Dziewiąty i dziesiąty rozdziały, poświęcone są symbolizmowi i wyjaśnieniu teorii marzeń sennych; jedenasty omawia szczegółowo technikę psychoanalizy, wreszcie ostatni w krótkim zarysie daje pojęcie o stosunku psychoanalizy do nauki, literatury i sztuki i omawia stosunek nieświadomego do świadomości.

Zarzucałbym książce autorów francuskich pewną chaotyeczność, niedosć systematyczne wyjaśnienie podstaw teoretycznych, które omawiane są niejako między wierszami, trochę może zbyt powierzchowne objaśnienie przykładów, zbyt łatwe ich rozwiązywanie, głównie na zasadzie konfliktów aktualnych z częstym pominięciem konstytucji psychoseksualnej osobnika. Objaśnić to się daje prawdopodobnie przez chęć uprzyśpieszenia psychoanalizy szerszym kołom lekarzy, przez obawę odstręczenia ich od tej bądź co bądź nowej dla Francji nauki. Te same motywy grały zapewne rolę, kiedy autorzy w rozdziale o technice psychoanalitycznej idą na rozmaite ustępstwa: tak np. w przypadkach, których nie można z tych lub innych względów długo analizować, radzą autorzy stosować leczenie mieszane, jak analizę i sugestję. Niezrozumiały dla mnie jest ustęp, omawiający jakoś przypadków, nadających się do analizy, gdzie jest wzmianka o tem, że najbardziej beznadziejne co do skutków psychoanalizy są psychoneurozy, trwające po kilkadziesiąt lat, nerwice, w których wszystkie elementy stały się organicznymi (!) i niezniszczalnymi. Co oznacza w tym wypadku wyraz „organiczny”? Poza temi usterkami, książka naogół robi wrażenie dodatnie, pisana jest stylem jasnym, przejrzystym, poważnym, miejscami pięknym.

Trzeba się zgodzić z oceną tej książki, zawartą w przedmowie prof. Claudea, że jest to dzieło dobrej wiary i rzecz przemyślana i przeżyta („oeuvre de bonne foi et oeuvre vécut“).

Maurycy Bornsztajn.

REICHARDT M. Obecny stan badań nad padaczką. (Referat, wygłoszony na dorocznym zebraniu psychiatrów bawarskich w dniu 28.VII. 1923).

Cz. I. Klinika, Konstytucja, Mózg. (Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psychiatrie. B. 89, H. 1/3 p. 321—347).

Dzisiaj nie możemy rozwiać sprawy padaczki samej. Musimy przyjąć, iż układ wewnątrzwydzielniczy pozostaje w pewnym stosunku do objawów drgawkowych i padaczkowych; wyprowadzać jednak padaczkę li tylko z zaburzenia układu wewnątrzwydzielniczego nie jest na razie słuszne. Usposobienie osobnicze, tkwiące nie wyłącznie w mózgu, jest możliwe. Głównym problemem nauki o padaczkę

w najbliższym czasie wydaje się autorowi sprawa usposobienia. Należy doszukiwać się go zarówno w mózgu jak i w układzie wewnątrzwydzielniczym. Zamało obecnie bada się mózg, a zbytnio zwrócono się w tych sprawach do układu wewnątrzwydzielniczego (badać należy wzrost mózgu, objętość, stonki płynu mózgoworodzeniowego, zawartość wody w mózgu). Co daje powód do napadu drgawek — nie wiemy. Przyjmowanie działania jadu nie wydaje się autorowi niezbędnym. Należy odróżnić w obszernym dziale zaburzeń padaczkowych poszczególne grupy schorzeń.

Autor podaje następujący podział:

1) Ogólna i osobnicza drgawkowość: drgawki z uduszenia i skrwawienia, urazowe i inne, spowodowane organicznym podrażnieniem mózgu, rzucawka porodowa, zatrucia. Drgawkowość ośesoków i małych dzieci, zapewne częściowo polegająca na specjalnem usposobieniu, ustalająca się dzięki zaburzeniom rozwojowym i dziecięcym urazom mózgu.

2) Padaczkowy sposób oddziaływania na szkodliwość zewnątrzpochodne. Organiczne schorzenia mózgu na podłożu usposobienia osobliwego (mózgowego lub wewnątrzwydzielniczego lub obu razem).

3) Grupa padaczek z usposobienia (zaburzenia rozwojowe mózgu lub układu wewnątrzwydzielniczego). Postacie czysto dynamiczne (?). Epileptoid bez zaburzeń napadowych.

E. Herman.

WUTH O. Obecny stan badań nad padaczką. Cz. II. Przemiana materji. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. Psych., P. 89 1/3, 1924 p. 346—359).

Śród dotychczasowych teorii o napadach padaczkowych należy odróżniać biofizyczne i biochemiczne. Do I grupy należy teoria Nothnagela o znaczeniu procesów naczynioruchowych, Turnera o zamknięciu naczyń. Kolhaasa o zaczopowaniu powietrzem naczyń, Kochera o wzmożonem ciśnieniu—jako przyczynie napadów. Z biochemicznych teorii autor wspomina teorię Kaufmanna o zaburzeniu procesu utleniania, Allersa o zaburzeniu przemiany białka i ciał purynowych, Hartmanna, di Gasperi i de Cunisa o analogii z wstrząsem anafilaktycznym. Balten, Fischer, Frisch i Redlich przypisują dużą rolę zaburzeniom wewnątrzwydzielniczym, wreszcie ostatnio wysuwają na plan pierwszy układ roślinny.

Zajmując stanowisko krytyczne wobec powyższych zapatrywań, autor dochodzi do wniosków, że 1) badanie płynów ustrojowych nie daje żadnej podstawy do odróżnienia napadu padaczki samoistnej od napadów innego pochodzenia; 2) zmiany płynów ustrojowych w napadzie nie są dostatecznie sprecyzowane, by móc wyciągać pewne wnioski, wreszcie 3) dotychczasowe wyniki badania płynów ustrojowych nie upoważniają nas do wnioskowania o istocie i siedzibie zaburzeń podstawowych w padaczkę samoistnej.

E. Herman.

SPIELMEYER W. Obecny stan badań nad padaczką. Cz. III. Anatomja. (Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych., T. 89 1/3, 1924 p. 360—367).

W padaczkę stwierdzano najczęściej zmiany przewlekłe i ostre, mianowicie stwardnienie rogu Ammona, przybrzeżne bujanie gleju, zanik komórek w warstwach kory, zaburzenia rozwojowe, a z ostrych — przeistoczenie w komórkach nerwowych i glejowych. Zasadniczym jest pytanie, czy zmiany te umożliwiają rozpoznanie anatomiczne padaczki oraz czy pozwalają na wyodrębnienie postaci padaczki samej z ogólnej grupy padaczek. Należy zaprzeczyć tym pytaniom w odniesieniu do zmian ostrych, gdyż zdarzają się one zarówno w padaczkę samoistną, jak i objawową, zresztą nie są one wyrazem swoistym dla padaczki, towarzysząc rozmaitym uszkodzeniom układu nerwowego. Co dotyczy zmian przewlekłych, to zarówno bujanie przybrzeżne gleju oraz wypadnięcie komórek, jak i stwardnienie rogu Ammona nie może być uważane za wyraz anomalji rozwojowej. Pomimo to rozmaite zaburzenia rozwojowe są ważnym i nieprzypadkowym składnikiem w obrazie histologicznym padaczki. Najważniejszą oznaką jest zdaniem autora stwardnienie rogu Ammona, które pozwala na postawienie rozpoznania prawdopodobnego padaczki, aczkolwiek należy mieć na uwadze, że róg Ammona jest częścią mózgu czule oddziaływującą na różne szkodliwości (np. w porażeniu postępującem, zapalenie nagm. mózgowia, ośpieniu starczem).

Wniosek najpoważniejszy z dotychczasowych badań

histologicznych: posiadamy szereg oznak histologicznych, które nam niekiedy umożliwiają rozpoznanie histologiczne padaczki; nie pozwalają nam one jednak, jak dotąd, wejść w istotę tego procesu.

E. Herman.

RÜDIN E. Obecny stan badań nad padaczką. Cz. IV. Genealogia. (Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. T. 89 1/3, 1924 368—382).

Hoffman spostrzegł wśród 27 dzieci pochodzących z 8 rodziców, z których jedno cierpiało na padaczkę samoistną, tylko u 3 (11,4%) padaczkę. 55 epileptyków ze zbioru Kłusa miało razem 157 dzieci, z których 20 zmarło. Z pozostałych 137 — 13 (9,48%) cierpiało na padaczkę samoistną. Analogiczne statystyki Thoma i Walkera podają liczbę 7,85%, Collina — 2,53%. Według autora odsetek tę należy określić przeciętnie liczbą 9. Pogląd, iż alkoholizm rodziców powoduje u dzieci padaczkę nie jest bynajmniej dowiedziony. Autor rozpatruje kolejno genealogię w innych schorzeniach, przebiegających z napadami, wreszcie stosunek padaczki do migreny oraz niektórych schorzeń psychicznych.

E. Herman.

M. ROZENFELD. Przyczynek do rozpoznawania schorzeń IV komory. (Monatschr. f. Psych. u. Neur. T. 45, z. 5 1924).

Przypadek 65 letniej kobiety, u której nagle wystąpiły mdłości, parcie na stolec i następnie podczas aktu defekacji utrata przytomności. Badanie przedmiotowe: Oddech regularny, tętno 86 miarowe. Nieznaczna sinica warg. Słabe oddziaływanie na ułkucia. Oddziaływanie źrenic na światło zachowane. Dno oczne normalne. Brak zmian ze strony gałek ocznych. Bezład kończyn górnych i dolnych o typie wiotkim. Odruchy ścięgnowe normalne. Babińskiego brak.

Zupełny brak odczynu kalorycznego ze strony błędników. Przechylenie głowy ku tyłowi powodowało przerwę w oddychaniu. Autor rozpoznał wylew krwi do mózgu, a mianowicie do IV komory, a to ze względu na zniesienie pobudliwości narządów przedsionkowych i zależność czynności oddechowej od ułożenia głowy. Pierwszy z tych objawów tłómaczy autor uciskiem krwi wynaczynionej na leżące na dnie IV komory jądra: nucleus dorsalis acustici, nucl. Deitersi, nucl. angularis oraz na fasciculus longitudinalis post., który łączy jądra nerwów okoruchowych z jądrami nerwu przedsionkowego. — Badanie pośmiertne: komora IV ściśle wypełniona krwią płynną i skrzepłą. Wodociąg Sylwiusza zatkany skrzepem krwi; w komorze III oraz w bocznych krwi nie stwierdzono. Nie znaleziono też żadnych innych zmian w mózgu. Brak oczopląsu kalorycznego nie jest statym objawem sprawy chorobowej w IV komorze, a jego obecność ma tylko wówczas znaczenie rozpoznawcze, gdy odruchy źreniczne i odruchy rdzeniowe są zachowane. W stanach bowiem zupełnej afleksji (na skutek wstrząsu lub stanach komatycznych) odr. kaloryczne znikają na równi z innymi.

Na zakończenie zwraca autor uwagę na zaburzenia świadomości, występujące po uszkodzeniu dna IV komory w jakiś sposób bezpośredni, a nie na skutek wstrząsu ani też przez uszkodzenie ośrodków: oddychania i krążenia.

Bau-Prussakowa.

R. SCHWARTZ i E. A. GRUNEWALD. Nowy odczyn koloidalny z cieczą mózgową. (Klin. Woch. 1924, Nr. 23, str. 1026).

Jako sól przezroczysty o trwałości nieograniczonej S. i G. polecają t. zw. „siliquid“, t. j. wyrabianą przez firmę „C. F. Boehringer—Mannheim“ sól krzemową, zawierającą 0,25% SiO₂. Jeśli do 1 ctm. sześć. cieczy M. R. dodamy z pipety 10 kropli solu, to z cieczą normalną nie wystąpi żaden odczyn. W cieczy M. R., chorobowo zmienionej, natomiast wystąpi na zimno najprzód opalescencja ew. zmętnienie, przy ogrzaniu zaś wystąpi skłaczenie w postaci silnego zmętnienia a nawet białego obfitego osadu. Pod tym względem zwłaszcza obfite osady dają ciecz M. R. w przypadkach cierpień kiłowych, mianowicie też P. P., lues cerebri, tabes. W przypadkach, gdzie nie rozporządzamy większą ilością cieczy M. R., wykonywamy odczyn w ten sposób, że do 1 ctm. sześć. „siliquid“ puszczamy kroplami ciecz badaną. Jeżeli mamy do czynienia z P. P. to już przy 5—6 kropli wystąpią ślady pierwszego zmętnienia, gdy przy 10-ej kropli zmętnienie

zazwyczaj będzie całkowite. W przypadkach P. P. odczyn był dodatni już wówczas, gdy WR. we krwi i w cieczy MR. był jeszcze ujemny.

K. Rz.

PETER C. Zrakowacenie przerzutowe opon miękkich z komórkami nowotworowymi w płynie mózgoworodzeniowym. (Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. T. 89, 1.III.1924 p. 1—7).

W przypadku przerzutowego zrakowacenia opon miękkich, stwierdzonego również sekcyjnie, udało się autorowi wykazać za życia w płynie mózgoworodzeniowym komórki nowotworowe. Barwienie metodą, podaną przez Fischera: plyn m.rdz. + formalina w stosunku 1 kropla form. na 1 cm. płynu, po odwirowaniu otrzymanej mieszaniny osad z resztą płynu rozciera się na szkiełku, wysusza się na powietrzu, barwi się haematoksyliną, różnicuje się w 1% alkoholu z kw. solnym i podbarwia się eożyną. Komórki nowotworowe są większe od limfocytów, o jądrach nieprawidłowo ukształtowanych, mocno się barwiących; zaródki barwi się silnie eożyną, jest lekko siateczkowa, z wodniczkami. Łatwo je odróżnić od komórek jedno—i wielojądrzastych.

E. Herman.

Choroby oczu.

R. SCHEERER, W. PARRISIUS i Z. MAYER-LIST. Badania naczyń włoskowatych u chorych ocznych. (Kl. Mon. f. Aug. Bd 73, s. 29).

Autorzy podnoszą zasługi O. Müllera, który pierwszy zajął się szczegółową patologią naczyń włoskowatych u człowieka.

Podczas gdy serce i naczynia większe są tylko rurami, rozprzodządzającymi krew, naczynia włoskowate służą dla wymiany gazów i innych ciał między tkankami. Najczęstszą postacią schorzenia naczyń włoskowatych jest t. zw. skaza naczyńkowa, która ma dwie postaci — kurczowoatoniczną i wydzielniczą. Pierwsza postać charakteryzuje się szybką zmianą skurczu naczyń i rozkurczu, druga — zwiększoną przepuszczalnością naczyń włoskowatych. O. Müller ustalił zmiany w naczyniach włoskowatych w wielu schorzeniach. Autorzy badali w klinice O. Müllera stan naczyń włoskowatych u chorych ocznych. Wybitne zmiany naczyńnikowe najczęściej stwierdzali w przypadkach jaskry pierwotnej, natomiast w innych schorzeniach nie były one stałe. Technika badania nie jest podana, zapoznać się z nią można z książki O. Müllera „Die Kapillaren der menschlichen Körperoberfläche in gesunden und kranken Tagen“.

Arkin.

POYALES. Insulina w okulistyce. (Arch. d'opht. T. 41, 1924).

Autor omawia stosowanie insuliny przy zmianach ocznych, spowodowanych cukrzycą. Poprawę zauważył tylko w tych przypadkach, które można było stanowczo powiązać z cierpieniem zasadniczym. Natomiast w jednym przypadku ze zmianami w siatkówce nastąpiło pogorszenie, aczkolwiek ilość cukru zmniejszyła się. Według autora, zmiany siatkówkowe były zależne od schorzenia nerek. Podług P. insuliny należy stosować tylko w przypadkach, w których zmiany oczne powstały niewątpliwie w związku z cukrzycą.

Stosowanie insuliny przed operacją działa dodatnio, zwiększając odporność ustroju i przyspieszając gojenie rany.

Arkin.

RUNGE. Zaburzenia oczne w odurzeniu wysokiem. (Deutsch. Med. Woch. Nr. 10, 1924).

W połowie przypadków nagminnego zapalenia mózgu spotyka się oczopląs i porażenie spojrzenia w bok. Początek schorzenia przypomina bardzo ostre odurzenie wysokiem. Autor zbadał 43 osoby w ostrym odurzeniu wysokiem i stwierdził u wszystkich oczopląs, skojarzone porażenie i zaburzenia w oddziaływaniu źrenic. U królików, otrutych wysokiem, spostrzega się te same objawy, które, prawdopodobnie, są pochodzenia centralnego. Inne trucizny (weronal, sulfonal, eter, chloroform i inn.) mogą również wywołać oczopląs.

Arkin.

H. HENSEN i H. SCHÄFER. Wyniki naswietłań promieniami Roentgena w chorobach oczu, zwłaszcza w nowotworach narządu wzroku. (Graef. Archiv. f. Ophthal. 114, B. 27.IV, 1924).

Doświadczenia lat ostatnich i dodatnie wyniki w stosowaniu roentgenoterapii zarówno w medycynie wewnętrznej,

jak w chorobach kobiecych i skórnych, skłoniły autorów, do stosowania tej metody leczniczej w chorobach narządu wzroku. Obawy co do szkodliwego wpływu promieni na tak czułą tkankę, jaką jest siatkówka, autorowie rozpraszają całkowicie, dowodząc, że nawet długotrwałe leczenie i silne dawkowanie przy właściwym użyciu i stosowaniu ochronnej protezy ołowianej chroni wzrok dostatecznie od niebezpieczeństwa. Co do techniki stosowania naświetlań, odsyłają autorowie po szczegóły do prac Stumpfa i Martensteina.

Autorowie stosowali naświetlanie w następujących sprawach: 1) w raku powiek, 2) w łzawieniu (naświetlanie gruczołów łzowych), 3) w rozmaitych postaciach gruczolaka oka (tbc. conjunctivae, blepharitis eczematosa, tbc. glandul. lacrim., kerato-conjunctivitis et iridocyclitis tbc.), 4) w krwotocznych postaciach jaskry oraz w jaskrze dokonanej, 5) w nowotworach oczodołu i gałki ocznej, wreszcie 6) w nowotworach wewnątrzczaszkowych, w pierwszym rzędzie przysadki.

Wyniki stosowania nie są jednolite.

O ile przy gruczolaku, nawet ciężkiej, jak iridocyclitis tbc., autorowie otrzymywali bardzo zachęcające wyniki, zwłaszcza w tych przypadkach, w których inne leczenie zawiodło, o tyle w sprawach nowotworowych, zwłaszcza oczodołu i gałki, rezultaty leczenia są daleko słabsze albo wręcz ujemne (praca Jendralskiego).

Dodatni wynik naświetlania w nowotworach złośliwych zależy jest w pierwszym rzędzie od rodzaju nowotworu: im mniej są zróżnicowane jego komórki, tem czulsze są na działanie promieni Roentgena, a tem samem prędzej można się spodziewać od naświetlania poprawy.

N. Essigman.

I. ITERSHEIMER. O udziale nerwu wzrokowego w zapaleniu opon gruczolaczem. (Graef. Archiv. f. Ophthalm. 114 B. 2, H. 1924).

Na podstawie 10 dokładnie spostrzeganych klinicznie i zbadanych anatomicznie przypadków zap. op. grucz. I. dochodzi do następujących wniosków: pomimo znalezienia w mózgu wydatnych zmian gruczolacznych (tuberculum solitaire), nie bacząc na silne zmętnienie płynu mózgoworodzeniowego i wysokie ciśnienie w kanale rdzeniowym, tarcza n. wzr. może w przebiegu z. o. g. być pod względem wzornikowym i anatomicznym zupełnie prawidłowa, a nawet nacieczenie zapalne w pozagałkowym odcinku n. w. może nie dawać najmniejszych zmian wzornikowych. W wypadkach zamglenia tarczy i zatarcia jej granic najczęściej spotykamy współistnienie tarczy zapalnej i zastoinowej lub też czystą postać zastoinową. W żadnym z 10 badanych przypadków nie znaleziono na przebiegu n. w. swoistych zmian gruczolacznych. W wielu przypadkach mógł I., wprawdzie, stwierdzić prątki w oczodołowym odcinku nerwu, lecz nie pozostawały one w żadnym związku z otaczającymi je zmianami w tkankach, przypuszcza więc, że zostały one tu zawleczone mechanicznie, a mianowicie zmiany zapalne w oczodołowym odcinku mogą być pochodzenia toksycznego, przyczem pozostaje rzeczą wątpliwą, czy są to jady swoiste, czy też raczej nieswoiste, powstałe z rozpadu komórkowego wysięku w okolicy skrzyżowania n. wzr.

L. E.

H. DAVIDS. Dalsze doniesienie o dodatnich wynikach leczniczych przy stosowaniu emulsji prątkowej (Bacillen-emulsion) w gruczolaczach i żółtych cierpieniach oka. (Graef. Archiv. f. Ophthalm. B. 114, H. 2, 1924).

Wobec istniejącej jeszcze do dziś dnia znacznej rozbieżności zdań co do wartości leczniczej tuberkuliny w schorzeniach gruczolacznych oka D. dzieli się z ogółem swem doświadczeniem prawie 20-letnim, zdobytem przy stosowaniu preparatu „Bacillenemulsion“. Uważa on wprowadzenie tuberkuliny do arsenału środków leczniczych za rzetelny postępek, gdyż udaje się często za pomocą tego środka uratować oczy, które dawniej ulegały niechybnie utracie wzroku. Nie wolno nadal mieć w tym względzie żadnych powątpiewań, gdyż w ciągu dwóch dziesięcioleci na setkach przypadków został stwierdzony nader dodatni wpływ leczniczy tuberkuliny. Postępek w leczeniu, zdaniem D., byłby jeszcze znaczący, gdyby stosowanie tuberkuliny stało się powszechniejsze, a bodaj nawet obowiązkiem każdego okulisty w odpowiednich przypadkach. W leczeniu chorób ocznych należy najlepiej trzymać się metody t. zw. Hippela. Z preparatów tuberkuliny zaleca D. gorąco „Bacillenemulsion“.

L. E.

Choroby dróg moczowych.

B. E. LINBERG. W sprawie anomalji nerek. (Ztschr. f. Urolog. Chirurgie, T. XV).

Anomalje nerek zdarzają się naogół dość często, wśród nich jednak najrzadziej zwiększona liczba nerek. Autor miał w leczeniu chorego, któremu od 3 lat dolegały bóle w lewej połowie brzucha. Przy badaniu stwierdzono w lewej okolicy lędźwiowej guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, o rysach zaokrąglonych, spistości twardej, powierzonej gładkiej i nieznacznej ruchomości. Obmacywanie guza nieboleśnie. Po wypełnieniu kiszek powietrzem guz nie zmienia swego położenia i widocznie nie stoi w związku z kiszka. Rozpoznano guz pozaożrewnowy. Podczas operacji per laparatomiam stwierdzono nieco powyżej tętnicy biodrowej lewej na mięśniu lędźwiowo-udowym owalny guz. Po nacięciu otrzewny nad samym guzem uwidoczniła się twór o wyglądzie nerki. Lewa nerka w zwykłym swym miejscu, lecz nieco zwiększona. Moczowód lewy o kilka cm. poniżej swego początku przyjmuje od guza kilka szczątkowych moczowodów. Guz okazał się nerką dodatkową. Z powodu niewykonania przed operacją prób czynnościowych operację zakończono. Rana gładko się zagoiła. Po upływie 3 miesięcy chory ponownie się zgłosił, żądając wycięcia guza. Dokonana chromocystoskopia wykazała tylko 2 ujścia moczowodów. Zdecydowano się na powtórna operację. Po odsłonięciu nerki dodatkowej podwiązano kanaliki, idące do moczowodu lewego i dwie tętniczki, biorące swój początek w tętnicy głównej. Badanie anatomiczne wyciętego guza wykazuje budowę normalnej nerki.

S. Markusfeld.

Hermann HUECK. Przypadek niedorozwoju nerki ze zwyrodnieniem torbielowatym. (Ztschr. f. Urol. Chirurgie, T. XV).

Chory źle odżywiony, asteniczny zgłosił się z bólami w prawej okolicy lędźwiowej. Nerki nie są macalne. W moczu białko, leukocyty zalegają całe pole widzenia. Dwukrotna chromocystoskopia (indigokarmin wstrzyknięty dożylnie) wykazała stosunki następujące: z lewej nerki indigokarmin wydzieliał się po 15 minutach, z prawej wcale nie wydzieliał się. Cewnikowanie moczowodów dało moc mętnawą z lewej nerki, natomiast z prawej w ciągu kilkunastu minut zaledwo kilka kropelek przezroczystego bezbarwnego płynu. Pyelografia: do lewej miedniczki bromek sodu wchodzi z łatwością i w dość dużej ilości, do prawej jedynie 2 cm.³; lewa miedniczka rozszerzona, nerka opadnięta; prawa miedniczka nerkowa ledwo się odznacza. Rozpoznano: niedorozwój prawej nerki i przerost wyrównawczy lewej. — Wobec opadnięcia lewej nerki autor przystąpił do operacji: lewa nerka powiększona, większa z licznymi większymi lub mniejszymi torbielami. Umocowano ją do 12 żebra z pomocą pasemka z powięzi szerokiej. Przez zrobiony otwór w otrzewnie wymacano prawą nerkę, wielkości śliwki. Rana dobrze się zagoiła. Ponieważ pacjent cierpiał również na kłę, zastosowano kurację bismutową; w następstwie tej kuracji uległ mocznicy i po kilkunastu godzinach zmarł. Sekcja nerek wykazała: lewa nerka znacznie powiększona, gnie się z łatwością, na przekroju rysunek budowy zatarty, miedniczka rozszerzona, cała nerka usiana torbielkami. Prawa nerka b. mała, torebka tłuszczowa zróżniona z tkanką nerkową, powierzchnia nierówna; na przekroju mnóstwo drobnych torbiulek. Budowa histologiczna lewej nerki wykazuje zwyrodnienie miąższowe nieznacznego stopnia, prawa zaś nerka prócz torbiulek, wypełnionych brunatnym płynem i pokrytych sześciennym nabłonkiem oraz pasem tkanki łącznej, miąższu nerkowego prawie zupełnie nie zawiera.

S. Markusfeld.

GRUBER. Przyczynek do nauki o nerkach torbielowatych. (Ztschr. f. Urolog. Chirurgie, T. XV).

Powstanie torbielowatości nerek najprawdopodobniej zależne jest od wady rozwojowej. Często na stole sekcyjnym stwierdzana bywa t. zw. „nerka groniasta“, małych dzieci lub też pozbawiony prawie całkowicie miąższu torbielowaty twór — zamiast nerki — u dorosłych. Jednakże spotyka się nerki rzekomo torbielowate. Autor sekwował nerkę, która była powiększona, wagi 240 gr. W dolnym jej biegunie widoczna torbiel wielkości śliwki, silnie napięta i dobrze się odgraniczająca od tkanki nerkowej; torbiel wielokomorowa, wypełniona mętną cieczą. Budowa gruczolako — łącznotkankowa. Komórki nabłonkowe ściśle przylegają do siebie, posiadają dużo

zarodzi i małe jądro; przy barwieniu na tłuszcz stwierdza się dużą jego zawartość w komórkach. Jest to więc nowotwór, który nie wspólnego nie ma z torbielowatością nerek. — Drugi przypadek był zupełnie innego charakteru. Obie nerki asymetrycznie położone, b. małe. Lewa wagi 30 gr., przerośnięta cała nader licznymi torbielkami wielkości soczewicy. Kielichy, miedniczka i początek moczwodu b. rozszerzone i usiane takimiż torbielkami. Histologicznie stwierdza się: sklerozę drobnych tętniczek; dokoła kłębuszków naciek limfocytny; torbielki od wewnątrz pokryte wielowarstwowym nabłonkiem. W tym przypadku istniała wada rozwojowa. Pod wpływem następczego stanu zapalnego powstały torbielki. S. Markusfeld.

Ernst KRATSEISEN. W sprawie torbielowatych nerek i torbielowatej wątroby. (Ztschr. f. Urol. Chirurgie, Tom XVI).

O ile na stole sekcyjnym dość często obserwuje się nerki torbielowate, o tyle nader rzadko znajduje się je w łączności z wątrobą torbielowatą. Do autora zgłosiła się pacjentka ze skargami na bóle w nadbrzuszu. Stwierdzono raka wątroby. Po roku chora zmarła z powodu czerwotki. — Na sekcji stwierdzono, że nerki były znacznie powiększone i całkowicie przerośnięte torbielami różnej wielkości. Wątroba wielka, usiana torbielami wielkości od ziarnka grochu do dużego jabłka. Zarówno w nerkach, jak wątrobie prawie brak miąższu. — Torbielowatość nerek najczęściej bywa obustronna. Autor w pewnym przypadku rozpoznał nadnerczak prawej nerki i z tego powodu wyłuszczył ją: okazała się wielka torbiel nerki. Przez 3 lata pacjent był zdrow — poczem ponownie się zgłosił z powodu krwiomoczu; po pewnym czasie zmarł. Sekcja wykazała olbrzymią torbielowatą nerkę lewą. Torbiele cienkościennie wypełnione wodojasnym opalizującym płynem.

S. Markusfeld.

HARTTUNG. Wskazania do leczenia operacyjnego nerki torbielowatej. (Ztschr. f. Urolog. Chirurgie, T. XV).

Ze względu na częste obustronne występowanie tego cierpienia autor przed wkroczeniem operacyjnym radzi stosowanie wszelkich badań, by stwierdzić jednostronność sprawy i wydolność jednej i drugiej nerki. Gdy przy istniejącym guzie jednej nerki druga bodaj w małym stopniu jest powiększona, należy operacji zaniechać, chociażby funkcja drugiej była zupełnie zadowalająca. Gdy natomiast jednostronność sprawy ponad wszelką wątpliwość zostaje stwierdzona, należy wkraczać w wypadkach znacznych dolegliwości, krwawienia względnie zakażenia wtórnego torbieli. Najczęściej autor uciekał się do całkowitego wycięcia nerki (nephrectomia), szczególnie w przypadkach całkowitego przerośnięcia przez torbiele miąższu nerkowego. Jeżeli jednak autor stwierdza torbielowatość tylko jednego jej bieguna, to radzi, za przykładem Payra, stosować galwanokauteryzację. Payr w 11 przypadkach osiągnął przez takie postępowanie zmniejszenie się guza do połowy. Pozatem zapobiega się w ten sposób następczym krwawieniom i przetokom, jakie są możliwe po nephrotomji lub po rezekcji.

S. Markusfeld.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

BASTAI i BUSACCA. O obecności jadu opryszczki we krwi chorych opryszczkowatych podczas okresu wysypki i w stanie utajonym w przerwie pomiędzy wysypkami. (Kl. W. Nr. 11, 1924).

Autorom udało się wykazać jad opryszczkowaty w surowicy krwi chorych opryszczkowatych w okresie wysypki i w międzyczasie u chorych na opryszczkę powrotną. Dowodzi to, że zakażenie opryszczkowe jest zakażeniem ogólnym z wtórnymi miejscowymi objawami. Zdanie to znajduje potwierdzenie w stwierdzonej obecności jadu opr. w płynie mózgowodzeniowym. Ta okoliczność wyjaśnia nam, dlaczego nie istnieje odporność po przebytem cierpieniu, gdyż mamy tu do czynienia ze stale istniejącym zakażeniem utajonym. To zakażenie utajone tłumaczy nam obecność jadu w nagminnym zapaleniu mózgu i w pęcherzykach pępaśca.

D. Cytrynik.

KOCH. Leczenie czyraków. (Med. Kl. Nr. 6, 1924). Rozpaloną do czerwoności sondę grubości drutu do ro-

bienia pończoch wprowadzić kilkakrotnie na 6—10 mm. głęboko, żeby tą drogą doprowadzić czop do szybkiej martwicy, zabieg powtórzyć następnego, wzgl. trzeciego dnia. Bóle ustępują bardzo szybko, po 3—4 dniach chory jest wyleczony. Wyciskanie czyraka jest zbędne.

D. Cytrynik.

OPPENHEIM. Próby wewnętrznego leczenia przymiotu Stovarsolem. (Wien. Klin. Woch. Nr. 12, 1924).

Leczeniu podlegały 3 przypadki I-rzędowego przymiotu, 2 — II-rzędowego i 1 — III-rzędowego. Autor podawał trzy tabletki Stovarsolu po 0,25 na raz, rano naczczo przez 3 dni na zmianę z 3-dniową pauzą, dopóki chory nie zużył 12—16,0 w miesiąc. Ujemnych skutków nie zauważono ani razu; działanie na objawy było niezwykle szybkie. Krętki znikły w najkrótszym czasie (w jednym przypadku już po godzinie), odczyn Herxheimera występował wyraźnie już w 3—8 godzin po pierwszej tabletce.

D. Cytrynik.

KÜTTNER. Pruritus jako objaw wczesny nowotworów złośliwych. (Zbl. f. Chir. Nr. 16, 1924).

Na zasadzie własnych dwóch przypadków raka żołądka i kilku przypadków, przytoczonych z literatury, K. stwierdza, że u chorych ze swędzeniem, które nie da się niczem wytłumaczyć, należy pomyśleć o możliwości guza złośliwego, szczególnie organów brzusznych, i w tym kierunku prowadzić badania, gdyż pruritus w niektórych przypadkach może być ostrzegawczym objawem rozpoznawczym.

J. Pomper.

N. HENSEN. O niektórych znamionach przymiotu wrodzonego. (Deut. med. Woch. 1924, Nr. 34).

Jedną z najbardziej charakterystycznych cech przymiotu wrodzonego są zmiany zębów. Niestety, dziś kwestionuje się znaczenie rozpoznawcze zęba Hutchinsona, którego ubytek półksiężycowy występuje również (i to o wiele częściej) w innych schorzeniach konstytucjonalnych. Patognomiczną natomiast dla przymiotu wrodzonego jest nieprawidłowa kształtu zęba, polegająca na tem, że górne środkowe, czasem również i boczne, oraz dolne siekacze przybierają kształt kółka lub pala; inną odmianą jest t. zw. ząb beczkowaty, który jest również charakterystycznym dla przymiotu wrodzonego. Przymiot wrodzony poraża również i oczy. Wiadomem jest ogólnie, że zapalenie miąższowe rogówki należy do tryjady Hutchinsona, lecz należy pamiętać, że i w gruźlicy miewamy zapalenie miąższowe rogówki.

Nierzadko widuje się zboczzenia czynnościowe źrenicy, polegające na niewrażliwości na światło przy nietkniętej zdolności konwergowania; stwierdzenie podobnej cechy u osobnika młodego, gdyż o takich nam właśnie chodzi, powinno zawsze budzić podejrzenie przymiotu wrodzonego, zwłaszcza gdy znajdziemy obok tego jeszcze jakąś cechę dodatkową. Rozpoznanie staje się wtedy pewnem, chociażby odczyn W. we krwi i w płynie mózgowodzeniowym był ujemnym. Jeszcze większe znaczenie rozpoznawcze dla przymiotu wrodzonego posiada badanie dna oka. Sidler-Huguenin rozróżnia 4 typy zmian na dnie oka: typ I. Gruboplamiste żółto-różowe centkowanie obok punktowanej pigmentacji; typ II. Pola jasne w postaci plam obok większych pól ciemnych; typ III. Podobnie jak typ II, tylko z przewagą pól jasnych; typ IV. Obraz zbliżony do barwиковego zap. siatkówki.

Hutchinson, Antonelli, Hirschberg, Haab, Fuchs i inni okuliści twierdzą, że zmiany powyższe na dnie oka są charakterystyczne dla przymiotu wrodzonego. Co się zaś tyczy pytania, czy spotyka się je w gruźlicy, to autor twierdzi, że nigdy dotychczas ich nie spotykał. W nabytym przymiocie spotyka się wprawdzie poszczególne obrazy, przypominające opisane wyżej typy, lecz nie występują one, jak w przymiocie wrodzonym, na obwodzie, co jest tu prawidłem.

Prócz zaburzeń w czynności źrenicy, stwierdzamy czasem również mniej lub więcej silne zaburzenia słuchu lub oczopląs. Niekiedy, obok zmian na dnie oka, występują silne bóle głowy oraz lekkie zwiększenie leukocytów w płynie mózgowodzeniowym obok ujemn. WaR i ujemn. lub słabo dodatniego odczynu globulinowego. W końcu autor wymienia jeszcze jedną cechę przymiotu wrodzonego, a mianowicie — zanik szczęki górnej, który wywołuje specyficzne spłaszczenie twarzy. Podczas gdy nos siodłkowaty przed-

stawia rzadszą cechę, zanik szczęki górnej spotyka się znacznie częściej.

E. B e m s k i.

HIRSCH. O wartości leczniczej nowego środka przeciwzręczkowego „Reargon“. (D. m. W. 1924, Nr. 24).

Głosy poszczególnych autorów, oceniających wartość leczniczą Reargonu, stopniowo brzmiały coraz mniej optymistycznie. Po Josephie, zdaniem którego R. działa doskonale nie tylko, jako środek poronny, ale i w przypadkach rzeżączki tylnej i przewlekłej, po Klausnerze, który w swoich przypadkach spostrzegał opóźnione znikanie gonokoków jedynie w przypadkach powikłanych, notuje Popper doskonałe wyniki w swoich 10 przypadkach. We wszystkich przypadkach pacjenci używali 100,0 5% roztworu R. w przeciągu 24 godz., tak, że co 1—1½ godz. robili oni sobie pręmywanie. Przy badaniu w 48 godz. później gonokoków nie wykryto ani razu. Ze względów ostrożności pacjenci mieli zalecone pręmywanie jeszcze przez 4—5 dni 4—5 razy dziennie, poczem w 8 przyp. wydzielina znikła całkowicie, w 2 zaś składała się przeważnie z nabłonków z skąpymi leukocytami, Hirsch występuje przeciwko schematycznemu stosowaniu aż 5% roztworu, zachowując tak wysokie stężenie jedynie dla leczenia poronnego. Przypisuje on zbyt silnemu wręczowi znaczne pogorszenie w dwóch swoich przypadkach. Wreszcie Nagel w przypadkach rzeżączki starszej u kobiet i dzieci nie widział żadnej różnicy w działaniu R. w porównaniu z dawnymi przetworami srebra. W 13 przypadkach świeżych (3—5 dni od zakażenia) chorzy w przeciągu doby, pręmywając w dzień i w nocy, otrzymali 18—23 zastrzyknięć. W ciągu dni następnych chorzy otrzymywali 4 zastrzyknięcia dziennie; roztwór przygotowywano codziennie świeży, gdyż według wskazań fabryki, roztwór R. trzyma się tylko 2 dni. Ani w jednym przypadku nie udało się autorowi leczenia poronne, natomiast spostrzegał on bardzo liczne powikłania. Autor słusznie przypomina zapal, jaki towarzyszył wprowadzeniu przez Neissera protargolu i ogólne późniejsze rozczarowanie.

S. W a j s f l a j s z.

H. WEITGASSER. Doświadczenia ze stovarsolem. (Med. Klin. Nr. 28, 1924).

Jako środek, leczący kiłę, stovarsol nie ma wielkiej wartości. Zdanie to oparte jest na wynikach leczniczych 6 przypadków, poddanych leczeniu stovarsolem w okresie wczesnym (4—10 tydzień choroby).

We wszystkich przypadkach już w pierwszych dniach leczenia znikły krętki z powierzchni owrzodzeń, a same owrzodzenia szybko uległy zabliznieniu, w wyciętej bliźnie jednak autor znajdował krętki.

Wpływ środka na odczyn Wassermanna przedstawia się gorzej: ani w jednym przypadku, po zastosowaniu przepisanej przez autorów francuskich dawki 16 gr., a nawet większej, nie otrzymano odczynu ujemnego, w 2-ch zaś odczyn ujemny po zakończeniu leczenia przeszedł nawet w dodatni.

Działania z a p o b i e g a w c z e g o stovarsolu autor nie badał, zwraca jednak uwagę, że 2 z przytoczonych przezeń przypadków ze względu na wcześnie rozpoczęte leczenie (4 i 5 tydzień choroby) nadawały się do leczenia poronnego, które prawdopodobnie dałoby wynik dodatni, gdyby był zastosowany salwarsan.

S.

Medycyna sądowa.

F. ERZER. Samobójstwo za pomocą zażycia kokainy i zmiany drobnowidzowej u zwierząt przy doświadczalnym zatruciu kokainą. (Deutsch. Zeitschr. f. die ges. ger. Med. IV Bd. H. 1).

W jednym przypadku śmiertelnego zatrucia kokainą autor znalazł, między innymi, rozsiane stłuszczenie komórek wątroby i stłuszczenie komórek śródmiąższowych jądra. Zatrzymując kokainą myszy, króliki i świnki morskie, autor znajdował zmiany następujące: u myszy przy zatruciach, które szybko prowadziły do śmierci, występowało ogólne przekrwienie narządów, zmiany drobnowidzowe zaś w wątrobie były bardzo nieznaczne. W przypadkach, gdy zwierzę żyło przez dni kilka, wątroba była duża, anemiczna, tu i ówdzie tylko się widziało drobne ogniska przekrwienia, mikroskopo-

wo zaś stwierdzało się wybitne zwyrodnienie tłuszczowe, tem większe, im zwierzę żyło dłużej. Poza stłuszczeniem, występowały w wątrobie i zmiany martwicze. W komórkach nerek również spotykano dość wybitne zmiany wsteczne. Zmiany w wątrobie były wybitniejsze w przypadkach, gdy kokaina była podawana w pokarmach, niż — gdy stosowano ją podskórnie. W niektórych przypadkach stosowania kokainy podskórnie myszom, znajdowano nagromadzenie mas tłuszczowych w śledzionie, i to bardzo szybko, bo już w 20 minut po zastrzyknięciu.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

W. HEUBNER. Zatrucie parą smołową pod postacią błednicy żółtawej (?) (Zeitschr. f. die ges. ger. Med. IV Bd. H. 1).

Pewien malarz D. przez 8½ g. pracował w małej prawie zamkniętej przestrzeni na statku, asfaltując, przytem musiał rozcieńczać asfalt i smołę, co było połączone z wytwarzaniem się dużej ilości duszącego dymu, zawierającego toluol, xylol i naftalinę; wiadomo, że ciała te są silnymi truciznami, i że domieszka ich nawet kilkunastu miligramów na litr powietrza może powodować wybitne objawy zatrucia.

Podczas pracy już i po jej ukończeniu D. odczuwał ucisk w piersiach, wystąpił kaszel, zawroty głowy i t. p., a w następnych dniach i tygodniach wystąpiło osłabienie, żółtaczka, wymioty, obrzęki, 30% hemoglobiny we krwi, 1,1 milion ciałek czerwonych w 1 mm.³, poikilocytoza, polychromazia i t. d., wogóle — obraz szybko postępującej żółtawej błednicy. D. zmarł po miesiącu i 25 dniach od dnia, gdy wykonywał wspomnianą pracę na statku. Przy sekcji stwierdzono żółtaczkę ogólną, obrzęk śledziony, powiększony wylewami krwi do mięszu, czerwony rozplywający się szpik w kościach długich, obrzęk płuc.

Przypadek ten można traktować albo jako zatrucie trującymi węglowodorami, lub — jako obostrzenie kiękującej już choroby pod wpływem wspomnianego zatrucia. Badania doświadczalne nad zwierzętami dowiodły, że pod wpływem benzolu lub naftaliny mogą się rozwijać ciężkie stany niedokrwistości ostrej, prowadzące nieraz do zejścia śmiertelnego. Gwałtowny i szybki przebieg niedokrwistości w danym przypadku również przemawia za tem, że raczej miało tu miejsce jakieś zatrucie, gdyż zwykle — niedokrwistość żółtawa trwa miesiące i lata, a do nadzwyczajnej rzadkości należą przypadki, gdzie od chwili pierwszych objawów chorobowych do śmierci upływa, jak było w danym przypadku, zaledwie kilka tygodni.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

MERKEL. O znaczeniu znalezienia glikogenu w nabłonkach pochwy i t. d. (Zeitschr. f. die ges. ger. Med. Bd. IV 1924 r.).

Znalezienie komórek nabłonka pochwy i ich zróżnicowanie nieraz ułatwia stwierdzenie obecności glikogenu w tych komórkach. Z punktu widzenia medycyny sądowej, znalezienie tych komórek ma dla nas znaczenie w następujących przypadkach: 1) ustalenie obecności krwi menstruacyjnej — tu nawet w preparatach mazanych możemy łatwo wykazać obecność tych komórek, barwiących się na brunatno rozcieńczonym roztworem Lugola. 2) Stwierdzenie na bieżąco obecności płam śluzu z pochwy — w którym w sposób, powyżej wskazany, można znaleźć komórki nabłonka pochwowego. 3) Znalezienie komórek nabłonka pochwy w płamach nasiennych; nieraz ma to ważne znaczenie w przypadkach procesów rozwojowych. Do płam nasiennych komórki nabłonka pochwowego mogą się dostać, gdy nasienie po stosunku płciowym wypływa z pochwy i zabiera ze sobą nabłonki pochwy; w drugim, ważniejszym praktycznie, przypadku, znajdziemy te nabłonki w płamach nasiennych, gdy członek męski, po stosunku płciowym, był wytarty koszulą i t. p., obecność wspomnianych nabłonków pozwoli odróżnić płamy, powstałe w sposób powyżej podany, od płam wytworzonych wskutek polucji. 4) W drogach oddechowych i w żołądku noworodka czasami można znaleźć komórki pochwo-we; w niektórych przypadkach mogą one tam się dostać w związku z duszeniem się w łonie matki, wskutek oddychania przedwczesnego. Należy jednak zaznaczyć, że nabłonek pochwo-owy do dróg oddechowych i żołądka noworod-

ka może się dostać i w warunkach normalnych, gdyż dziecko łyka wody płodowe; pozatem nabłonek płaski jamy ustnej noworodka nieraz może imitować nabłonek pochwy.

W przypadkach nawet niezbyt daleko posuniętego roz-

kładu włók glikogen w komórkach nabłonkowych łatwo znika, wobec tego — ujemny wynik badania niema większego znaczenia, dodatni zaś — ma znaczenie duże.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Zapiski lecznicze.

Opracował dr. D. SZENKIER (Warszawa).

O leczeniu zapalenia miedniczek nerkowych (pyelitis).

Zapalenie miedniczek nerkowych często ogranicza się do jednej strony i bywa tylko schorzeniem sympatycznym. Wyjaśnienie (czynnościowe badanie nerek, Roentgen) przyczyny schorzenia (gruźlica, rzeżączka, kamica nerkowa i. t. p.) i ewentualne jej usunięcie często prowadzi do rychłego ustąpienia zapalenia miedniczki nerkowej. Niekiedy zapalenie miedniczek znajduje się w zależności od procesu, umiejscowionego w narządach mniej lub więcej oddalonych od nerek: zapalenie wyrostka robaczkowego, przewlekłe schorzenia jelit, szczególnie grubych, zapalenie migdałków i t. p. Należy dążyć do stwierdzenia rodzaju drobnoustroju, który wywołał zapalenie miedniczki. Najczęściej (o ile zapalenie miedniczki nie jest schorzeniem sympatycznym) spotyka się pałeczkę okrężnicy i gronkowca.

Chociaż wielkie nadzieje, pokładane w leczeniu szczepionkami nie sprawdziły się, jednakże w przypadkach uporczywych warto spróbować leczenia autoszczepionką. Osobiście na dużym materiale nie widziałem znacznych rezultatów od tego sposobu leczenia.

Natomiast bardzo dobre wyniki daje stosowanie leczenia dożylnego. Używam w tym celu solut. urotropini 40% w ilości 2—10 ccm. co 1—2 dzień albo argochromu czy argoflawiny. W najuporczywszych i zastarzałych przy-

padkach wyniki dodatnie otrzymywałem, działając bezpośrednio przepłukiwaniem miedniczki nerkowej przez cewnik moczowodowy. Rozczyny używane przytem są: solut. acidi borici 3%, solut. Hyrdarg. oxycyan. 1,0/4000,0, solut. arg. nitr. 1,0/1000,0 — 1,0/250,0.

W przypadkach większego zatrzymania moczu w miedniczkach, szczególnie przy podwyższonej ciepłocie ciała i dreszczach wskazane jest założenie cewnika moczowodowego do miedniczki na komorne (à demeure) na 24—48 godzin.

Jednocześnie podajemy do wewnątrz różne moczwowe środki odkażające: salol, urotropinę, hexal, borovertinę, cystopurinę i t. p. Nie należy zapominać, że urotropina działa odkażająco, wydzielając formalinę, co może się odbywać przy kwaśnym odczynie moczu. O ile więc oddziaływanie moczu jest zasadawe, dodajemy do urotropiny: acid camphor. 0,3 lub natr. bezoicum 0,5 albo acid benzoic. 0,5. Widziałem również dobre wyniki od błękitu metylenowego: Methyl. coerulei puris. medic. 0,03—0,1 pro dosi. Nie należy zapominać i o ogólnem leczeniu higieniczno-dietetycznem. Wody mineralne alkaliczno-wapniowe: Wildungen, Truskawiec — Naftusia. W zapaleniu miedniczek u dzieci wszelkie leczenie wewnątrzpecherzowe jest przeciwwskazane. W przypadkach tych, które są zwykle uporczywe i bardzo przewlekłe, zwracać należy baczną uwagę na dobre i racjonalne odżywianie i na stan ogólny.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na międzynarodowej konferencji przeciwgruźliczej w Lozannie w sierpniu ubiegłym omawiano jako temat programowy starą lecz dotąd wciąż jeszcze sporną kwestję, czy istnieje lub czy można sztucznie otrzymać formy saprofityczne lasecznika Kocha, któreby były w stanie przekształcić się w istotne laseczniki gruźlicze. Główny referent Calmette odpowiada na zasadzie dotychczasowych badań przecząc na powyższe pytania. Nikomu, bowiem, nie udało się dotąd nadać prątkom paragraficznym własności prątka gruźliczego, nieliczne zaś dotąd ogłoszone fakty o wyniku jakoby dodatnim zawdzięczają swoje dane błędom, zależnym od zakażenia dodatkowego. Nie udało się również uczynić prątka gruźliczego paragraficznym. Jedynie osiągnięto ten wynik, że w sztucznych warunkach hodowli otrzymano gatunek prątków gruźliczych, który nie wywołuje w ustroju zwierząt czułych na gruźlicę gruźleczek, lecz prątki owe zachowały własność wytwarzania tuberkuliny i nie tracą właściwości antygenu, pozostając jadowitemi dla zwierząt gruźliczych i rozwijając się w ciepłocie 38°. Laseczniki paragraficzne nie nadają się do uodpornienia przeciwko gruźlicy istotnej. Laseczniki te posiadają pewne własności biochemiczne wspólne z grupą prątków gruźlicy ludzkiej, bydłowej i ptasiej, niema jednak danych do przyjmowania jednakowego pochodzenia dla obu tych grup. To też należy sądzić, że prątki paragraficzne nie są niebezpieczne dla zwierząt wrażliwych na gruźlicę i że nie grają roli w szerzeniu się gruźlicy. Byłoby ciekawe, powiada Calmette, zająć się zbadaniem sprawy, czy w krajach, gdzie jeszcze niema prawie gruźlicy, można stwierdzić w ziemi, wodach, na skórze tuziemców — przedstawicieli grup prątków kwasotrwałych w tej obfitości, co w krajach cywilizowanych. W dyskusji Bezançon i Philibert podnoszą, że, zdaniem ich, prątki paragraficzne znajdują się wyłącznie w otoczeniu bydła i człowieka. Nie są to, według nich, poprzednicy laseczników chorobotwórczych

lecz „zdegradowane“ prątki gruźlicy istotnej. W szeregu doświadczeń udało się im zmodyfikować w ten sposób prątki gruźlicze, że wywoływały nieznaczne zmiany włókniaste. Nie należy tedy negować bliskiego powinowactwa między prątkiem Kocha i prątkami paragraficznymi. W każdym jednak razie przenosi się gruźlica nie za pośrednictwem tych właśnie prątków, które są pozbawione cech chorobotwórczych.

Drugim tematem programowym na konferencji była sprawa stosunku wzajemnego ciąży i gruźlicy. Referent M. Forssner ze Sztokholmu opierał się w swych wywodach na materiale statystycznym, zbieranym w ciągu 6 lat, obejmującym przeszło 30 tysięcy kobiet. Na podstawie tysięcy przypadków współcześnie istniejącej gruźlicy i ciąży, obserwowanych w ciągu 2 lat, referent wypowiada się przeciwko rozpowszechnionemu ogólnie zdaniu co do szkodliwego wpływu ciąży na gruźlicę, zwłaszcza gdy idzie o przypadki początkowe. Statystyka poza tem przekonywa, że przeciętna waga dzieci matek chorych na gruźlicę jest taka sama, jak i waga dzieci matek zdrowych. Poza tem nikt jeszcze nie dostarczył niezbitego dowodu, iżby poronienie sztuczne miało wpłynąć dodatnio na rozwój gruźlicy. Referent wnosi, że należy wogóle decydować indywidualnie, uciekając się naogół rzadko do wywoływania sztucznych poronień w przypadkach gruźlicy. Wywody te podziela znany fizjolog paryski Leon Bernard, który widzi główne niebezpieczeństwo dla przypadków gruźlicy otwartej czynnej nie w samej ciąży lecz w okresie połogowym, po którym w krótkim czasie dają się stwierdzić objawy pogorszenia stanu płuc. Ponieważ rokowanie w takich przypadkach gruźlicy płuc jest zawsze poważne, zaś poronienie w tych razach nie mogłoby wiele pomóc należy tedy myśleć o uratowaniu dziecka. W gruźlicy płuc o charakterze włóknistym ciąży i połóg zazwyczaj przebiegają dobrze. Bezançon, który również nie widzi szczególnej korzyści od sztucznego poronienia, uważa jednak, że nie należy zmniejszać niewątpliwego niebezpieczeństwa

cięży i położu dla chorej na gruźlicę płuc i że winno się zabraniać takim osobom wstępowania w związki małżeńskie czy zachodzenie w ciążę. Sargent zastanawia się nad tem, czy pewną poprawa, którą nieraz można stwierdzić u chorych na gruźlicę płuc w czasie ciąży i nagłe pogorszenie wkrótce po położu nie zależą od pewnego uciśnięcia płuc w ciąży i ich nagłego rozszerzenia się po porodzie.

Rist zaleca stosowanie odmy sztucznej zawczasu u chorych w ciąży. Staehelin (Szwajcarja) wychodzi z założenia, że rola lekarza nie polega na zwiększaniu liczby urodzeń, lecz na zabezpieczeniu zdrowia i życia kobiet, które mu się oddają w opiekę, jest więc zdania, że należy częściej interwenjować, niż to twierdzą poprzedni mówcy.

M. G.

Zjazdy

II Zjazd Pedjatrów Polskich w Poznaniu.

W dn. 23, 24, 25 czerwca r. b. odbył się w Poznaniu II Zjazd Pedjatrów Polskich. Zjazd ten odznaczył się wysokim poziomem naukowym, pracowitością uczestników, oraz sprawnością w odbywaniu posiedzeń. Pośród uczestników panował podniosły nastrój, spowodowany pocuciem, że po raz pierwszy po odebraniu Wielkopolski zgromadzili się tutaj przedstawiciele trzech dzielnic Niepodległej Polski.

W czasie zjazdu odbyło się 5 posiedzeń naukowych. W 2-im dniu odbył się bankiet, w którym brali udział przedstawiciele Wydziału lekarskiego Uniw. Poznańskiego. W ostatnim dniu zjazdu zwiedzano Poznań, jego pamiątki historyczne i okolice.

Komitet organizacyjny zjazdu stanowili pp. dr. Kryśiewicz, prof. Jonscher i dr. Szenic.

Posiedzenia odbywały się w Collegium minus.

Posiedzenie I.

Posiedzenie otworzył piękną przemową dr. Kryśiewicz, powszechnie znany nie tylko jako zasłużony pedjatra, ale jako wybitny działacz w walce z germanizacją.

Prezydjum: prof. M. Michałowicz, M. Erlichówna, R. Stankiewicz.

Kol. J. Fritz. Z dziejów pedjatrii XVI wieku: Jan Hieronim Chrościejewski.

Nawiązując do uroczystości zjazdu mówca skreślił rozwój pedjatrii, jako osobnej gałęzi lekarskiej, i poddał analizie podręcznik polskiego uczono: „De morbis puerorum tractatus completissimus“ Venita 1583, oraz zademonstrował egzemplarz pierwszego wydania.

I. Główny referat zjazdowy: prof. Groer (Lwów).

O kile dziecięcej, jej istocie i walce z nią.

W obszernym przemówieniu prelegent omówił swój pogląd na dziedziczenie kiły, jej klinię, leczenie, oraz przedstawił plan walki z tą klęską społeczną.

R. Barański i St. Popowski (Warszawa).

O właściwościach krzywej cukru w krzywicy.

W celu zbadania przemiany węglowodanowej w krzywicy autorzy zastrzykiwali dzieciom krzywicznym i normalnym cukier gronowy podskórnie i określali przebieg krzywej cukru we krwi, oraz zmiany w przebiegu krzywej pod wpływem adrenaliny. Okazało się, że w krzywicy krzywa przez dłuższy czas utrzymuje się na wyższym poziomie, oraz że wydłuża się znacznie pod wpływem adrenaliny. U dziecka normalnego uprzednie zastrzyknięcie adrenaliny zbliża krzywą cukrową do krzywej u dziecka krzywiczego (tablica).

M. Erlichówna i St. Bień (Warszawa).

Badania nad limfocytozą u dziecka.

Badano z górą 200 przypadków. Stwierdzono: 1) wysokie odsetki limfocytów u dzieci każdego wieku. 2) Częstość występowania postaci niedojrzałych tam, gdzie procent limfocytów przekracza granice fizjologiczne, tem łatwiej im dziecko jest młodsze. 3) Limfocytozę absolutną i względną w niektórych przypadkach chorobowych, które zazwyczaj charakteryzują się neutrofiliją.

M. Erlichówna i St. Bień (Warszawa).

Badania nad obrazem obojętnochnym u dziecka.

Badania dotyczą 200 kilkudziesięciu przypadków. Stwierdzono tokczne zmiany (przesunięcie w lewo, względnie postaci toksyczne) w zakażeniach ogólnych, w zapaleniu płuc, w niektórych postaciach gruźlicy, w kile, sprawach ropnych, w ciężkich zaburzeniach w odżywianiu. Skazy krwotoczne i niedokrwistości banalne same przez się nie mają wpływu na obraz obojętnochny. Zmiany w obrazie są do pewnego stopnia wyrazem uszkodzenia ustroju, nie pozwalają jednak na tak daleko idące wnioski, do jakich dochodzi Schil-

ling. (Przedstawiono dokładne cyfry i krzywe ilustrujące przypadki) (tablice).

R. Barański (Warszawa).

Badania nad cholesteryną u dzieci.

1) Normy dla miana cholesterynowego u normalnych niemowląt wahają się w tych samych granicach, co u dorosłych. 2) Miano cholesteryny we krwi dzieci, dotkniętych gruźlicą, lub chorobami zakaźnymi, przebiega podobnie jak w tych samych stanach u dorosłych. 3) U dzieci kiłowych miano to jest niższe niż u dorosłych, chorych na kiłę. 4) Dystrofia przebiega u dzieci zazwyczaj z obniżeniem mianem cholesteryny we krwi. 5) Ostre okresy intoksykacji charakteryzuje zazwyczaj znaczna hypocholesterynemja. W okresie poprawy miano to wzrasta (tablice).

R. Stankiewicz (Warszawa).

Nakłucie zatoki strzałkowej u dzieci należy do zabiegów łatwych i nieszkodliwych. Zabieg ten stosuje się dla celów rozpoznawczych i leczniczych. Ilość krwi, którą otrzymujemy tą metodą, nie powinna przekraczać 30 cm.³ Dożylnie wlewanie do zatoki strzałkowej środków leczniczych nie przedstawia niebezpieczeństwa dla życia dziecka - późniejszego jego rozwoju (ryciny).

Hescheles (Lwów).

Badanie płynu mózgoworodzeniowego w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej.

Badania płynu 12 przypadków w 4 pierwszych miesiącach życia wykazały cechy, wskazujące na zmiany swoiste w układzie nerwowym, raz nawet przed wystąpieniem objawów skórnych, w jednym przypadku już w kilka dni po urodzeniu. Odczyn koloidalny mastiksowy okazał się najczulszym dla zmian swoistych kiłowych w płynie, odczyn Pandeyego nie ma wartości, gdyż bywa dodatni także w płynie zdrowych niemowląt.

Doc. Progulski (Lwów).

Szczepienie ochronne a chorobowość na ospę w czasie wielkiej wojny.

W r. 1915/16 w dawnej Galicji wybuchła olbrzymia epidemia ospy, zawleczona przez wojska rosyjskie. Mimo szczepień ciągłych w r. 1915 nie udało się jej opanować.

Na wezwanie Ministerstwa spraw wewnętrznych uniwersytetu lwowski i krakowski, oparte o pomoc Książęcego Komitetu biskupiego i Czerwonego Krzyża, wysłały na czas kilku tygodni 600 studentów, którzy dokonali masowego szczepienia. Po kilku tygodniach okazało się, że śmiertelność, która w jednym miesiącu przekroczyła zwykły 7000 przypadków, spadła do 0.

Okazuje się, że sam zabieg bez szczególniejszych urządzeń higienicznych, jak tego żąda prof. higieny społecznej Grothjan, wystarcza, aby zarazę opanować.

Posiedzenie II.

Prezydjum: prof. Groer, doc. Progulski, Szaniawski.

M. Michałowicz (Warszawa).

Colinilocystitis, czy colibacteraemia i colitexaemia?

Panujący dotychczas pogląd na pyelocystitis, na jego powstawanie, istotę i leczenie należy uważać za pogląd zbyt uproszczony i nieodpowiadający w większości przypadków istotnemu stanowi rzeczy. Zakażenie idzie prawdopodobnie w wielu razach drogą krwi. Prątek okrężnicy przenika często do całego ustroju. Istnieje też szereg ślanych, świadczących o zatruciu ustroju toksynami coli. Stąd też wskazówka, że leczenie pyelocystitis nie powinno ograniczać się do zniknięcia leukocytów w moczu, lecz powinno być prowadzone niezwykle intensywnie i nieprzerwanie przez długi okres czasu.

Michałowicz (Warszawa).

„Krzyży neuroartretyczne“, jako syntetyczna jednostka kliniczna. (Doniesienie I-sze).

Wiele z obrazów jest tylko jednym z wyrazów skazy artretycznej, ujawniającej się w jak najróżnorodniejszych postaciach. Przez wprowadzenie do pedjatrii pojęcia „krzyży neuro-artretycznej“ da się uzyskać zsyntetyzowanie różnorodnych dotychczasowych jednostek klinicznych w jedną większą całość. Stąd wskazania do przyczynowego leczenia szeregu stanów chorobowych, leczonych dotychczas symptomatycznie.

Hescheles, Piechowski i Roszak.

Icterus haemolyticus familiaris.

Streszczenie poglądów na patogenezę tego cierpienia, opis 2 przypadków: w jednym z nich zmiany we krwi w czasie przełomu hemolitycznego. Badania doświadczalne nad czynnikami hemolitycznymi dały wyniki ujemne.

Frenklowa (Łódź).

Nowsze metody sztucznego odżywiania osesków.

Mieszanki skoncentrowane, jako zawierające dostateczną liczbę kaloryj przy małej objętości płynu, wskazane są tam, gdzie nie udaje się z jakichkolwiek przyczyn wprowadzić do ustroju dużej ilości pokarmu, np. u noworodków, zwłaszcza niedonoszonych, u dystrofików, u niemowląt z brakiem łaknienia i t. p.

Wskazania dla mieszanek węglowodanowych i tłuszczowych są naogół te same. Z góry nie można przewidzieć, którą z tych mieszanek będzie niemowlę lepiej znosiło. Wszelkie mieszanki skoncentrowane są przeciwwskazane w ciężkich zaburzeniach w odżywianiu, ostrożność wskazana jest również podczas upałów. U dzieci z ciężkimi zaburzeniami w odżywianiu wskazane są mieszanki białkowe o normalnej wartości kalorycznej, bądź odczynnie obojętnym, zastępujące mleko białkowe, bądź z kwaśnym, zastępujące maślanek.

Progulski i Fritz (Lwów).

Oddział niemowląt kliniki lwowskiej w ostatnich 5 latach.

Omawianie urzędów kliniki, ruchu chorych. Oddział niemowląt musi być oddziałem zamkniętym, mieć personel, wyszkolony w aseptyce, żywieniu i pielęgowaniu, rozporządzać pokarmem kobiecym. W żywieniu należy stosować pożywki najprostsze, dawkując je według indywidualnej tolerancji, w leczeniu zaś kłaść nacisk na samo odżywianie.

M. Erlichówna (Warszawa).

Badania nad wielkością i kształtem ciemiączka.

Badania (około 360) u noworodków, niemowląt zdrowych i dzieci krzywiczych wykazały: 1) istnieje kilka typów ciemiączek co do kształtu i wielkości. 2) Istnieje kilka typów zarostu ciemiączka. 3) Wielkość ciemiączka jest tylko w pewnych granicach proporcjonalna do wieku czy wagi noworodka i niemowlęcia. 4) W przypadkach ciężkiej krzywicy ciemię jest zawsze duże i zamyka się bardzo późno (2—3 lat). 5) W przypadkach krzywicy średniego stopnia i lekkich niezarostach ciemiączka nie jest objawem ani stałym, ani proporcjonalnym do stopnia krzywicy (tablice).

Groer (Lwów).

O samoistnym braku łaknienia.

Przedstawia charakterystykę jednego z najczęstszych objawów u dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym, a nie ujętych dotąd w jednostkę kliniczną. Sprawa ta ma podkład neuropatyczny, stąd wskazanie do leczenia w tym właśnie kierunku.

SzczaWińska (Warszawa).

Chorobowość u noworodków w zakładzie położniczym przy ul. Karowej.

Szczegółowe sprawozdanie, połączone z opisem schorzeń tego wieku. Podkreśla konieczność fachowej opieki nad noworodkami.

Doc. Progulski (Lwów).

O wydzielaniu moczu pod wpływem diety białkowej u niemowląt.

Dieta białkowa wywołuje u niemowląt nieznaczne zmniejszenie się ilości moczu. Doświadczenie urządzono tak, że w I okresie obserwacyjnym, II doświadczenia samego, III następowym podawano dzieciom tę samą wagę pożywienia (woda + pokarm) i w tej samej wartości odżywczej, co daje tę samą koncentrację, względ, który w dotychczasowych obserwacjach nie był należycie uchwycony.

Natomiast tak samo białkowa dieta ale bezsolna podnosi bardzo wydzielniczość.

Posiedzenie III.

II. Główny referat zjazdowy: H. Brokman.

Zagadnienia i kierunki w nauce odporności u dzieci.

W referacie bardzo obszernym na przykładach odporności przeciwbłoniczej, gruźlicy, idiosynkrazji prelegent podał analizę rozwój odporności osobniczej od chwili urodzenia do okresu dojrzewania. Na przykładzie błonicy stwierdził nabywanie biernej odporności niemowląt od matek odpornych, znikanie jej w 1 roku życia i ponowne późniejsze nabywanie odporności naturalnej. Ostatnią, której wyrazem jest zjawianie się we krwi antitoksyny, wytwarzają tylko dzieci konstytucyjnie zdolne do wytwarzania odporności. Zdolność ta jest cechą dziedziczną, odziedziczoną po matce, lub ojcu. Dziedziczna jest również skłonność do idiosynkrazji, którą można uważać za negatyw odporności. Mechanizm idiosynkrazji polega na łączeniu się naturalnych przeciwciał obecnych w sokach i tkankach ustroju dziecięcego z wywołującym, t. j. z substancją, na którą dziecko jest wrażliwe. W stosunku do gruźlicy największe znaczenie posiada odporność, powstająca pod wpływem pierwszego zakażenia; decyduje ona o wyniku walki pomiędzy ustrojem a zarazkiem. Wobec braku miernika odporności przeciw gruźlicy, miernika jakim jest w błonicy obecność antitoksyny, badania, dotyczące usposobienia względnie odporności do gruźlicy, nie dały dotąd wyników zadawalających. Poza tem referent poruszył jeszcze szereg innych zagadnień o znaczeniu praktycznym dla pedjatrii.

H. Brokman i R. Barański (Warszawa).

Badania nad odpornością w stosunku do błonicy.

Badania szeregu rodzin doprowadzają do wniosku, że zdolność do wytwarzania odporności stanowi cechę dziedziczną i konstytucyjną ustroju. Zetknięcie się ustroju z zarazkiem jest jedynie bodźcem, ujawniającym tę zdolność.

H. Hirszfildowa, L. Hirszfild i H. Brokman (Warszawa).

Wrażliwość na błonice w świetle badań nad konstytucją i dziedzicznością.

Zbadano 50 rodzin na odczyn Schick'a i na grupę serologiczną, zawartą w krwinkach u wszystkich członków tych rodzin. Stwierdzono, że odporność na błonice przekazywana zostaje od rodziców dziecku w korelacji z grupą serologiczną krwi. Badania te przesądzały ostatecznie sprawę, iż odporność w stosunku do błonicy stanowi cechę konstytucyjną ustroju.

Szłazkiewiczówna (Warszawa).

Praktyczna wartość pożywki Pergoli w rozpoznawaniu błonicy u dzieci.

Pergola spostrzegł, że podłoże Loefflera z dodaniem roztworu telluranu potasowego w rozcieńczeniu 1:50000 zwiększa w znacznym stopniu rozwój kolonii laseczników błonicy.

Proponowana przez niego pożywka ma skład następujący:

Normalna surowica wołu	50 cm ³
NaCl 0,8%	50 cm ³
Telluran potasowy	2 cm ³
Żółtko jaja	1

Autor stwierdza, że kolonie błonice wyrastają na jego podłożach już po 10 do 12, a często po 8 do 6 godzinach. Wygląd kolonii błonicy jest nader charakterystyczny, co pozwala odróżnić je makroskopowo od kolonii innych bakterij, kolonie dyfterytowe są okrągłe, czarne, wzniesione i lśniące.

Pragnąc zbadać, jaką jest wartość praktyczna metody Pergoli, przeprowadzono badania porównawcze nad rozwojem kolonii dyfterytowych na podłożach Loefflera i Pergoli.

H. Brokman i St. Popowski (Warszawa).

Odczyn czerwony u dzieci.

Badania dotyczące stosowania u dzieci odczynu, wywołanego z toksyną Shiga-Kruze, a opisanego przez Brokmana u dorosłych. Odczyn ten ma być wskaźnikiem wrażliwości ustroju na czerwone podobnie jak odczyn Schick'a w stosunku do błonicy.

H. Brokman i Marja Prokopowicz (Warszawa).

Analiza istoty choroby posurowiczej.

Autorzy zastosowali metodę doświadczenia wprowadzania surowicy. Otrzymując w ten sposób miejscową chorobę posurowiczą, dochodzą do wniosku na materiale przeszło 100 przypadków, że choroba posurowicza jest wynikiem oddzia-

ływania wywoławcza (antygeny) z niwecznikiem (przeciwciałem).

H. Hirszfelowai i Marja Prokopowicz (Warszawa).

Badania nad istotą nadwrażliwości wrodzonej u dzieci.

Badania miały na celu ustalenie wrażliwości na rodzaje białka w przypadkach wyprysku, gruczniaka i dychawicy oskrzelowej. Celem wyjaśnienia istoty zjawiska nadwrażliwości wykonano próby przeniesienia biernego za pomocą surowicy chorego na zdrowego z wynikiem dodatnim. W szeregu przypadków zastosowano leczenie swoiste, polegające na zmniejszaniu wrażliwości na uczulającą białkową.

Mikułowski (Warszawa).

Zastosowanie odczynu wiązania dopełniacza Bordet-Gengou z antygenem Besredki w gruźlicy dzieci.

Na materiale 106 dzieci szpitala im. Karola i Marji zastosowano reakcję wiązania dopełniacza Bordet-Gengou z oryginalnym antygenem Besredki.

W klinicznie pewnej i jawnej gruźlicy narządów wewnętrznych, kości, stawów i błon surowiczych wypadł odczyn serologiczny w 77,5% dodatnio, w 22,5% ujemnie.

W klinicznej, początkowej, niejawnej gruźlicy gruczołów i płuc wypadła reakcja serologiczna w 65,38% dodatnio, w 34,62% ujemnie.

W chorobach niepodlegających o gruźlicę pod względem klinicznym (przy ujemnym odczynie Wassermann'a), mimo częstokroć dodatniego skórniego odczynu Pirqueta, reakcja z antygenem Besredki była w 100% ujemna.

Odczyn wiązania dopełniacza z antygenem Besredki odosobiony nie ma znaczenia diagnostycznego dla sprawy gruźlicy u dzieci i służy tylko jako cenny środek pomocniczy dla zespołu innych metod badania klinicznego i bakteriologicznego.

Posiedzenie IV.

III. Referat programowy: Szenajch (Warszawa).

Dotychczasowe prawodawstwo polskie w zakresie opieki nad dzieckiem.

Prelegent omawia ze stanowiska higieny społecznej następujące ustawy i rozporządzenia:

- 1) Ustawę konstytucyjną z dnia 17 marca 1921 roku.
- 2) Ustawę z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby.
- 3) Ustawę z dnia 25 lipca 1919 roku w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie.
- 4) Ustawę z dnia 19 lipca 1919 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie.
- 5) Ustawę z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej.
- 6) Konwencję, dotyczącą pomocy i opieki społecznej, podpisaną pomiędzy Polską a Francją w Warszawie dnia 14 października 1920 r.
- 7) Ustawę w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet.
- 8) Projekt ustawy o sadach dla nieletnich, uchwalony przez wydział karny komisji kodyfikacyjnej.
- 9) Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 22 lutego 1922 r. w przedmiocie utworzenia rady tymczasowej i komisji do spraw kolonii letnich.
- 10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 25 sierpnia 1920 r. o utworzeniu powiatowych komisji do spraw higieniczno-lekarskiej opieki nad dziećmi.
- 11) Projekt rozporządzenia w przedmiocie praw i obowiązków karmielek, trudniących się zawodowo karmieniem i utrzymywaniem niemowląt.
- 12) Instrukcję dla lekarzy szkolnych, wydaną przez Ministerstwo Oświecenia w dniu 29 lipca 1918 r., oraz instrukcję dla dentystów szkolnych z dnia 8 października 1920 r.
- 13) Przepisy zapobiegawcze przeciwko szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze z dnia 15 marca 1918 r.
- 14) Okólniki ze wskazaniem zdrowotnymi, wydane przez Ministerstwo Oświecenia dnia 29 września 1919 r., 10 grudnia 1920 r., 13 stycznia 1922 oraz z roku 1923 w sprawie walki z alkoholizmem wśród młodzieży szkolnej.
- 15) Okólnik Ministerstwa Oświecenia z grudnia 1923 r. w sprawie utworzenia w szkołach komisji do spraw wychowania fizycznego.

Jasiński (Wilno).

Współdział kliniki uniwersyteckiej w organizacji opieki społecznej nad dzieckiem.

A) Głównym i bezpośrednim zadaniem kliniki jest niewątpliwie nauczanie. Klinika pediatryczna przyczyni się skutecznie do podniesienia poziomu i wartości opieki społecznej nad dzieckiem przez:

- 1) wykształcenie młodych lekarzy,
- 2) stworzenie zastępów lekarzy pediatrów,
- 3) urządzenie kursów dla lekarzy-praktyków.

B) W naszych warunkach kliniki pediatryczne częściowo uzupełniać muszą braki organizacji w zakresie opieki społecznej nad dzieckiem.

Najważniejsze braki tej organizacji:

- a) brak nam wzorowo urządzonych zakładów, w szczególności dla niemowląt,
- b) brak wykształconego personelu pielęgniarskiego,
- c) brak personelu pomocniczego zarówno w opiece zakładowej, jak w pierwszym rzędzie do opieki nad dzieckiem w rodzinie,
- d) brak opiekunek społecznych.

Kliniki pediatryczne naszych miast uniwersyteckich muszą wziąć na siebie obowiązek przyczynienia się do usunięcia tych braków.

Winny one w tym celu:

- 1) posiadać wzorowo urządzony zakład dla niemowląt, który mógłby być szkołą dla personelu,
- 2) oprócz ogólnej przychodni klinicznej prowadzić poradnię specjalną:
 - a) dla zdrowych niemowląt,
 - b) dla dzieci gruźliczych,
 - c) dla dzieci kiłowych,
 - d) dla dzieci upośledzonych umysłowo i niedorozwiniętych oraz poradnię wychowawczą.
- 3) kształcić personel pielęgniarski,
- 4) urządzać periodyczne kursy dla osób, pragnących poświęcić się pielęgnowaniu niemowląt w rodzinie,
- 5) utrzymywać stały kontakt z instytucjami opiekuńczymi,
- 6) urządzać cykle wykładów dla matek, opiekunek społecznych i t. p.

C) Zadania powyższe klinika spełniać może tylko wtedy, gdy posiadać będzie odpowiednie pomieszczenie i urządzenia.

Gromski (Warszawa).

Materiał statystyczny Stacji Opieki nad Niemowlętami w Polsce.

- 1) Cel i zadanie instytucji otwartej opieki nad niemowlętami.
- 2) Warunki sprzyjające rozwojowi i działalności Stacji.
- 3) Najpilniejsze potrzeby w zakresie otwartej opieki w Polsce.
- 4) Dotychczasowa działalność Stacji Opieki w Polsce.
- 5) Ostani (1923) rok działalności.
- 6) Czy i w jakiej mierze polskie instytucje wykonały swoje zadania:
 - a) liczba dzieci objętych opieką;
 - b) działalność poradni;
 - c) działalność opiekunek zdrowia.
- 7) Niektóre dane liczbowe, dotyczące polskiego niemowlęcia.
- 8) Śmiertelność wśród dzieci objętych opieką.

J. Fritz (Lwów).

Kilka spostrzeżeń nad działaniem insuliny w cukrzycy i intoksykacji u dzieci.

Własne spostrzeżenia wykazały:

- 1) że chory na cukrzycę po leczeniu dietetycznym i insulinowym wykazał wzmoczoną tolerancję na białko, trwającą przez 1½ miesiąca, przyczem zyskał na wadze—zjawisko, które pozwalałoby spodziewać się lepszego rokowania w cukrzycy dziecięcej, bo czyni prawdopodobną regenerację aparatu wysepkowego Langerhansa w ciągu rozwoju organizmu dziecięcego i, co byłoby tego następstwem, podniesienie tolerancji na węglowodany;
- 2) w stosowaniu insuliny wskazana jest ostrożność, możliwą bowiem jest wzmoczona kumulacja w działaniu przy różnorodnych sposobach aplikacji, rzecz dotychczas nie zbadana;
- 3) drugie działanie insuliny, polegające na zatrzymaniu wody może znaleźć zastosowanie lecznicze z dobrym skut-

kiem w zatruciu pokarmowym, czynić to jednak należy już we wczesnym okresie tego cierpienia.

T. Kopeć (Warszawa).

Przypadek cukrzycy leczony insuliną.

Opisuje przypadek chłopca 13 letniego chorego na cukrzycę. Leczenie insuliną dało wyniki dodatnie. Podkreśla znaczenie tego środka w wieku dziecięcym, gdzie dotąd rokowanie w cukrzycy było zawsze fatalne.

M. Biehlerowa (Warszawa).

Enteroantygén Danysza w leczeniu zapalenia grubego jelita.

Na 228 przypadków 88,6% dało wyniki dodatnie po 2—3 tygodniach.

Bogdanowicz (Warszawa).

Leczenie zółt i skazy wysiękowej u dzieci enteroantygénem Danysza.

W szpitalu im. Karola i Marji w Warszawie były robione próby co do właściwości leczniczych prep. Jali w czerwonce, łuszczycy, dusznicy, płasawicy i zółtach. W tej ostatniej chorobie było leczonych preparatem Jali 25 przypadków. W zestawieniu z taką samą ilością przypadków nie leczonych Jali, w leczeniu których stosowano albo odpowiednią dietę, albo środki lecznicze jak ferrum jodat., tran, arsenik, żelazo, fosfor, okazuje się, że szybkość powrotu do zdrowia była większą przy stosowaniu prep. Jali; szybko zwłaszcza miały światłowstręt, znaczną była poprawa stanu ogólnego, wyrażająca się wzrostem wagi (100% wszystkich przyp.). W przypadkach, nie leczonych Jali, poprawę wagi uzyskano tylko w 15% przypadków.

Nie wypowiadając się ostatecznie co do skuteczności środka leczniczego Jali w chorobie tak indywidualnej jak zółty, w związku również ze szczupłością materiału — referent jednak ma wrażenie skuteczności i celowości kuracji Jali.

Posiedzenie V.

Celichowska (Warszawa), odczytał doc. Sze-najch.

O zakażeniach wewnątrzszpitalnych i ich zwalczaniu.
Doświadczenie 10-letnie w szpitalu im. Karola i Marji doprowadziło do następujących wniosków:

1) W każdym szpitalu dziecięcym powinien być oddział obserwacyjny systemu celek zamkniętych w obliczeniu 20 celek na 100 łóżek szpitalnych.

2) Na salach chorych winny być celki w obliczeniu 1/3 części łóżek na sali.

3) Przy kontroli przyjęć i przestrzeganiu wszelkich przepisów przy pielęgowaniu daje się ograniczyć liczba zakażeń.

4) Najmniej daje się ograniczyć ospa wietrzna i odra, z tą ostatnią należy walczyć za pomocą surowicy przeciw-odrowej.

Mikułowski (Warszawa).

Na podstawie 10-letniego doświadczenia w szpitalu im. Karola i Marji, omawia znaczenie ambulatorjum w szerzeniu się chorób zakaźnych. O ile ambulatorjum nie jest wzorowo urządzone, skupienie dzieci sprzyja zakażeniu się wzajemnemu. Konieczne jest budowanie werend przy poczekalni. Najłatwiej szerzą się influenza i krztusiec.

Doc. Szulczewski (Poznań).

O wywoływaniu snów w hipnozie u dziecka.

Autor wykonał 70 doświadczeń nad wywoływaniem w hipnozie snów u dziecka, które po obudzeniu się opowiadało treść snu.

Szulczewski (Poznań).

O zasadach fizjologicznych snu u dziecka w hipnozie.

Referat powyższy zawiera wnioski, wynikające z doświadczeń, o których była mowa w referacie pierwszym. Sen, wywołany w hipnozie, spowodowany jest bodźcami cielesnymi. Prócz tego zachodzą sny na tle kojarzenia myśli. Następuje badanie, jaką rolę odgrywa pierwiastek płciowy, a wreszcie pogląd krytyczny na teorię Freuda.

Fr. Cieszyński i H. Gileczek-Hacowa (Warszawa).

Czerwie u dzieci warszawskich.

Za pomocą prób Telermanna, Füll borna i częściej Yavity zbadano 600 dzieci na obecność jaj pasorzytów kiskowych. Znalaziono jaja glist mniej więcej w 20%, jaja włosogłówek w 30%, owsików 5%, Taenia solium w 1 przypadku, Taenia nana w 2 przypadkach, Taenia saginata w 2—2½%.

Wszystkie referaty, a zwłaszcza 2 główne referaty zjazdowe wywołały ożywioną dyskusję.

Na zakończenie odczytano uchwały Zjazdu, dotyczące: Zachęcenia klinik pediatrycznych do współdziałania w organizacji opieki społecznej przez kształcenie personelu lekarskiego i pielęgniarzkiego;

Zreorganizowania opieki nad noworodkami w zakładach położniczych;

Walki z chorobami zakaźnymi w szpitalach i ambulatoriach dziecięcych;

Walki z jaglicą;

Walki z kłwą wrodzoną;

Opieki nad dzieckiem nieślubnym.

M. Erlichówna.

MEDYCyna Społeczna

Pojęcie prawne praktyki lekarskiej.

Z Seminarjum prawa sanitarnego w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie.

Podał

Dr. praw Tadeusz HILAROWICZ.

Pojęcie praktyki lekarskiej posiada doniosłe znaczenie przy interpretacji i stosowaniu dwóch naszych ustaw, a mianowicie: ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich i ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. No. 105 poz. 763) o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich, postanawia w art. 2: „Izbę Lekarską tworzą wszyscy zamieszkali w jej okręgu i zapisani na jej listę lekarze, jako członkowie Izby. Na listę lekarzy-członków Izby winni być zapisani wszyscy lekarze, wykonujący praktykę lekarską i zamieszkali w jej okręgu; na listę lekarzy-członków Izby, za zgodą jej Rady mogą być również zapisani wszyscy, posiadający uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej, zgodnie z art. 3 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, a nie korzystający z tego uprawnienia“.

Samego pojęcia „praktyki lekarskiej“ ustawa ta wprowadza

nie określa, ale z wykonywaniem jej, względnie z niewykonywaniem, łączy daleko idące skutki prawne. Lekarze, wykonywujący praktykę lekarską, muszą bowiem do Izby należeć, a Izba musi ich przyjąć, natomiast ci lekarze, którzy praktyki lekarskiej nie wykonywują, mogą do Izby należeć lub nie, (według swej woli) ale Rada Izby także może ich przyjąć lub nie przyjąć, według swego uznania.

Jakie kryterjum odróżnia więc uprawnionych do praktyki lekarskiej i ją wykonywujących, od uprawnionych do tej praktyki, ale jej niewykonywujących? Powstaje więc tutaj pytanie, co oznacza „wykonywanie praktyki lekarskiej“ według ustawy o Izbach lekarskich?

W odpowiedzi na to pytanie skrytykowały się dwa zasadnicze poglądy. Jeden, który można nazwać pojęciem obszerniejszym, twierdzi, że przez praktykę lekarską w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich, należy rozumieć każdy zawód, wykonywany przez lekarza przy zastosowaniu jego wiedzy fachowej, której wyrazem jest dyplom lekarski; według poglądu tego pod pojęcie „praktyki lekarskiej“, uzasadniającej obowiązek należenia do Izby lekarskiej, podpadałaby więc nie tylko „praktyka lekarska“, polegająca na stykaniu się lekarza z chorym, czy to w drodze t. zw. praktyki wolnej czy też w szpitalu publicznym, ale także wszelkie inne czynności fachowe lekarza, a więc nawet praca lekarza, jako urzędnika administracji sanitarnej przy biurku, bo pracę tę

wykonywa on przecież, jako lekarz, a nie np. jako inżynier czy prawnik.

Natomiast według poglądu drugiego pod pojęcie praktyki lekarskiej według ustawy o Izbach lekarskich, uzasadniającej obowiązek należenia do Izb lekarskich, podpadałyby tylko praktyka lekarska w znaczeniu ściślejszym, a więc polegająca na stykaniu się lekarza z chorym, jednakowoż bez względu na to, czy to stykanie się następuje w formie t. zw. praktyki wolnej czyli praktyki prywatnej, czy też w wykonywaniu swego zawodu w szpitalu publicznym, cywilnym lub wojskowym.

B. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, względnie obecnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) nie wydało w tej kwestii ogólnego decydującego rozstrzygnięcia. Zajmowało ono tylko stanowisko w poszczególnych wypadkach na zapytania władz podwładnych. Np. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) reskryptem z dnia 14 kwietnia 1924 r. Nr. Z. O. 2479/24, wystosowanym do Wojewody we Lwowie, wyjaśniło co następuje: „Na zapytanie, przedłożone sprawozdaniem z dnia 5 kwietnia 1924 r. L. 4056/IX 1924 r., Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) oznajmia, że podziela zasadniczo stanowisko, zajęte w powyższym sprawozdaniu, iż przez „praktykę lekarską” w znaczeniu ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej (Dz. Ust. Nr. 105/21 poz. 762) należy rozumieć praktykę lekarską w znaczeniu ściślejszym, polegającą na bezpośrednim stykaniu się lekarza z chorym, a więc obejmującą tylko momenty rozpoznania, rokowania i terapii, nie zaś także inne czynności lekarskie, jak pracę naukową, laboratoryjną lub administracyjną. W myśl art. 12 ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2 grudnia 1921 (Dz. U. Nr. 105/21 poz. 763) lekarz, należący do Izby może zażądać wykreślenia z listy jej członków, jeżeli zaniechał wykonywania praktyki lekarskiej (w powyżej wymienionem znaczeniu). Natomiast Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) jest zdania, że pojęcie praktyki lekarskiej, tak, jak ono powyżej przedstawione zostało, nie należy ograniczać do praktyki „prywatnej”, przeciwnie należałoby pod nie podciągnąć wszystkie wypadki praktyki lekarskiej w znaczeniu ściślejszym, bez względu na to, czy chodzi o tak zwanego lekarza wolnopraktykującego, czy o lekarza stykającego się z chorymi w szpitalu publicznym i t. p.“.

Inne stanowisko w tej kwestii zajęły Izby lekarskie, podciągając pod pojęcie praktyki lekarskiej w znaczeniu ustawy o Izbach lekarskich nie tylko tych lekarzy, którzy leczą chorych, ale także innych a w szczególności także pracujących w administracji sanitarnej.

I tak np. Zarząd Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej w swem piśmie do szefa sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych zaznaczył, co następuje: „Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej stoi na tem stanowisku, że praktykę lekarską wykonywa nie tylko lekarz wolnopraktykujący, ale i każdy inny, zarówno lekarz szpitalny jak i udzielający pomocy lekarskiej określonej grupie pracowników rządowych lub komunalnych, a także lekarz pracujący w zakresie administracji sanitarnej; z liczby lekarzy, wykonywujących swój zawód nie mogą być również wykluczeni lekarze, chociaż nie leczący chorych, lecz mocno związani ze swoim zawodem, pracujący w zakresie lecznictwa: lekarze pracownicy dagnostycznych, roentgenowskich, zakładów przyrodoleczniczych i t. p.“.

Pozostawałaby tylko kwestja lekarzy zajmujących stanowiska wyłącznie administracyjne, nie mające nic wspólnego ani z lecznictwem, ani ze sprawami sanitarnymi“.

Charakterystycznym dla powyższego poglądu jest, że pojęcie „praktyki lekarskiej” identyfikuje on z pojęciem „wykonywania zawodu lekarskiego“.

Nadto można w tej sprawie zaznaczyć jeszcze trzeci pogląd, który pojęcie „praktyki lekarskiej” w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich zwręza jeszcze bardziej, podciągając pod nie nawet już nie stykanie się z chorymi w ogóle, ale tylko praktykę prywatną; według tego poglądu pod pojęcie praktyki lekarskiej w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich nie podpadałoby więc leczenie chorych przez lekarza w szpitalu publicznym cywilnym lub wojskowym. Takie mniej więcej stanowisko zajęło Ministerstwo Spraw Wojskowych.

Wydało ono w tej sprawie następujący okólnik: „Mi-

nisterstwo Spraw Wojskowych Departament VIII Sanitarny. Stosunek lekarzy wojskowych do Izb lekarskich. Warszawa, dn. 27 lutego 1924 r. Do D. O. K. Nr. ... Stosunek lekarzy wojskowych do Izb lekarskich w porozumieniu się z Ministerstwem Zdrowia, wyjaśniam jak następuje: W myśl art. 2 ustępu drugiego Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich (Dz. U. R. P. Nr. 105/21 poz. 763) na listę lekarzy — członków Izby winni być zapisani wszyscy lekarze, wykonywujący praktykę lekarską i zamieszkali w jej okręgu, a zatem i wszyscy lekarze wojskowi, wykonywujący oprócz swych funkcji służbowych praktykę prywatną. Natomiast: a) lekarze wojskowi, którzy pełnią funkcje jedynie administ. sanitarne i nie zajmują się wcale leczeniem oraz b) lekarze wojskowi, którzy bądź w szpitalach, bądź w oddziałach z tytułu swej służby wykonywują leczenie osób wojskowych i cywilnych, zatrudnionych w podległych im zakładach, nie praktykują zaś prywatnie, nie są obowiązani do Izb lekarskich należeć, mogą być jednak, na zasadzie wyżej zacytowanego artykułu, zapisani do odpowiedniej Izby, za uprzednią zgodą jej Rady — p. o. Szefa Sanitarnego M. S. Wojskowych (—) Religioni Generał Brygady“.

Przy rozstrzygnięciu tej kwestji należy, naszym zdaniem, trzymać się dwóch następujących zasad:

1) W myśl ogólnoprawniczych zasad interpretacji ustaw należy ustawę o Izbach lekarskich interpretować tak, aby jej postanowienia o obowiązku należenia do Izby lekarskiej w razie wykonywania praktyki lekarskiej względnie o zwolnieniu z tego obowiązku w razie niewykonywania tej praktyki, mogły być w całej pełni zastosowane, a w szczególności, aby wyraźna różnica, uczyniona przez ustawę pomiędzy lekarzami praktykę wykonywującymi a jej niewykonywującymi — była w zastosowaniu utrzymana. Otóż, z tego punktu widzenia rzecz biorąc, należy stwierdzić, że rozciągnięcie pojęcia praktyki lekarskiej w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich na wykonywanie zawodu lekarskiego w ogóle, nawet na stanowisku czysto administracyjnym lub w pracy teoretycznej, uczyniłoby tę różnicę w zastosowaniu iluzoryczną. Chyba bowiem tylko tacy lekarze, którzy np. (wypadki znane nam) piastują godność starosty, oddają się rolnictwu, a którzy przytem zupełnie leczeniem chorych ani żadnym innym zawodem o charakterze lekarskim się nie zajmują, byłiby od obowiązku należenia do Izby zwolnieni; ponieważ takie wypadki są wyjątkowe, a regułą jest, że człowiek posiadający dyplom lekarski w zawodzie swoim, chociażby czysto urzędniczym, użytkowuje swoją wiedzę lekarską, przeto prawie wszyscy lekarze musieliby być uważani za podlegających obowiązkowi należenia do Izby lekarskiej. Gdzież w takim razie miejsce na realizację różnicy ustawowej?

2) Następnie należy pamiętać, że miarodajnem dla pojęcia praktyki lekarskiej według ustawy o Izbach lekarskich musi być pojęcie praktyki lekarskiej według ustawy o praktyce lekarskiej.

Obie ustawy ukazały się w jednym i tym samym numerze „Dziennika Ustaw”; łączność pomiędzy obiema ustawami jest widoczna i wyraźny jest zamiar ustawodawcy, aby pojęcie praktyki lekarskiej według obu ustaw się nakrywało. Wprawdzie ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem definicji tej praktyki również nie zawiera, ale z całego jej charakteru i poszczególnych postanowień wynika, że ma ona na myśli praktykę lekarską, polegającą na stykaniu się lekarza z chorymi (por. niżej).

Z powyższego wynika, że za „praktykę lekarską” w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich, należy uważać wykonywanie zawodu lekarskiego, polegające na stykaniu się lekarza z chorymi, ale bez względu na to, czy ona się odbywa w formie t. zw. praktyki wolnej (prywatnej) czy też w wykonywaniu obowiązków lekarza w publicznym szpitalu cywilnym lub wojskowym, w ambulatorjum dla urzędników i t. p.

Natomiast inne czynności, chociaż spełniane przy zastosowaniu tej wiedzy, której dowodem jest dyplom lekarski, zdaniem naszym, pod pojęcie praktyki lekarskiej w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich nie podpadają.

Ciekawego materiału do kwestji pojęcia praktyki lekarskiej dostarcza ankieta, urządzona w swoim czasie w b. Austrii.

Austrjacka ustawa z dnia 22 grudnia 1891 r. (dz. p. p. Nr. 6 z r. 1892) postanowiła w par. 2: „Każdy lekarz do wykonywania praktyki lekarskiej uprawniony z wyjątkiem osób, w par. 15 wzmiankowanych, o ile wyraźnie nie zrzecze

się wykonywania praktyki, podlega postanowieniom ustawy niniejszej, winien zgłosić się do Izby lekarskiej, w której okręgu ma stałą siedzibę,awiadamić ją o zmianie mieszkania w przeciągu dni 14 i czynić zadość wymaganiom wynikającym z uprawnień Izby“; (według par. 15: „Ustawa niniejsza nie stosuje się do lekarzy wojskowych w czynnej służbie zostających, ani też do lekarzy na posadach przy rządowych władzach administracyjnych“).

Wschodnio-Galicyska Izba lekarska w 1897 r. prosiła o autentyczną interpretację wyrażenia „praktyka lekarska“ (ärztliche Praxis) w rozumieniu par. 2 ustawy austriackiej z 22 grudnia 1891 r. Dz. P. Nr. 6 z r. 1892, dotyczącej utworzenia Izb lekarskich.

Na skutek tego polityczne władze krajowe w Austrii (z wyjątkiem Galicji i Dalmacji) reskryptem austr. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 9 lipca 1897 L. 16060 otrzymały polecenie zasięgnięcia opinii pod tym względem od Izb lekarskich. Również polecono zasięgnięcie opinii Krajowych Rad Sanitarnych. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych skierowało otrzymane opinie Izb lekarskich, Krajowych Rad Sanitarnych tudzież sprawozdania politycznych władz krajowych do Najwyższej Rady Sanitarnej, celem wydania opinii.

Wschodnio-Galicyska Izba lekarska proponowała, aby za praktykę lekarską („ärztliche Praxis“) w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich była uważana nie tylko lekarska praktyka prywatna, czyli traktowanie chorych (die ärztliche Privatpraxis oder Krankenbehandlung), ale wykonywanie zawodu lekarskiego wogóle i bez względu na to, w jaki sposób to następuje. Izba uzasadniła ten swój pogląd, wskazując na ducha ustawy i zauważając, że lekarze także na polach innych jak i na polu ratowania chorych mogą być czynni zawodowo i są czynni, że ograniczenie pojęcia do lekarskiej praktyki prywatnej dużą ilość lekarzy pozostawia poza Izbami; nadto wskazano na trudności prowadzenia ewidencji obowiązku należenia do Izb lekarskich, jeżeli on byłby ograniczony do lekarzy, wykonywujących praktykę prywatną.

Inne austriackie Izby lekarskie, zapytywane o zdanie, wypowiedziały się bezpośrednio lub pośrednio całkiem lub prawie zgodnie z poglądem izby wschodnio-galicyskiej. Np. Izby w Salzburgu, Styrii, Tyrolu niemieckim, Czechach, Morawie, Śląsku i na Bukowinie podciągnęły pod pojęcie praktyki lekarskiej w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich każdą działalność zawodową, którą może tylko lekarz wykonywać, względnie do której wykonywania jest konieczne posiadanie dyplomu lekarskiego.

O ile chodzi o Krajowe Rady Sanitarne, to z wyjątkiem dolnoaustriackiej, salzburskiej i śląskiej zgodne one były całkowicie lub z pewnemi zastrzeżeniami z poglądami Izb lekarskich. Opinia dolnoaustriackiej Krajowej Rady Sanitarnej oznaczała jako praktykę lekarską (ärztliche Praxis) zarobkowe wykonywanie sztuki leczniczej przez zastosowanie wiedzy lekarskiej do leczenia chorych („die erwerbsmässige Ausübung der Heilkunde durch Anwendung der medizinischen Wissenschaft zur Heilung von Kranken“). Podobnie wypowiedziała się rada fachowa w Salzburgu. Krajowa Rada Sanitarna na Śląsku chciałaby tych lekarzy, którzy reprezentują zawody teoretyczne i rezygnują z praktyki prywatnej, mieć wyjątkami z pod obowiązku należenia do Izby. Styryjska Krajowa Rada Sanitarna zaopiniowała praktykę lekarską, jako czynność wykonywaną na podstawie dyplomu, o ile nie należy ona do zakresu obowiązków stanowiska urzędowego.

Namiestnictwa w dolnej i górnej Austrii tudzież w Tyrolu widziały tylko w traktowaniu chorych (Ausübung der Krankenbehandlung) praktykę lekarską w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich. Inne polityczne władze krajowe ujmowały to pojęcie w znaczeniu szerszym i rozumiały przez nią każdą czynność lekarską (którą może wykonywać tylko lekarz (jde ärztliche Tätigkeit, welche nur ein Arzt ausüben darf) przyczem Namiestnictwo styryjskie uczyniło to samo ograniczenie, co styryjska Krajowa Rada Sanitarna.

Austriacka Najwyższa Rada Sanitarna w swej opinii wyszła z brzmienia tekstu ustawowego. Najwyższa Rada Sanitarna zwróciła uwagę na to, że według par. 3 tej ustawy Izby lekarskie są powołane do obradowania nad wszystkimi sprawami, dotyczącymi wspólnych interesów stanu lekarskiego, jego zadań i celów, tudzież godności i powagi (Würde und Ansehen) stanu lekarskiego, rozwoju pieczy nad zdrowiem i urządzeń sanitarnych, zaś par. 4 zobowiązuje Izby lekarskie do udzielania władzom opinii w sprawach należących do ich zakresu działania. Najwyższa Rada Sanitarna

wywiodła co następuje: „Es kann nicht im entferntesten einen Zweifel unterliegen, dass der Gesetzgeber die Berathungen und Gutachten über alle Angelegenheiten, welche die gemeinsamen Interessen des ärztlichen Standes betreffen, keineswegs nur den praktischen Ärzten im engeren Sinne zumuthen wollte, vielmehr auf die Theilnahme von Vertretern der verschiedenen Berufsrichtungen Werth legte. Das Gesetz unterscheidet ferner in keiner Weise zwischen der verschiedenen Arten ärztlicher Tätigkeit, er spricht immer nur vom ärztlichen Stande überhaupt oder vom ärztlichen Berufe, dessen Angehörige die Kammer gesetzlich zu vertreten hat. Hätte die Absicht bestanden, nur jene Aertze, welche curative Praxis ausüben, der Kammerpflicht zu unterstellen, so wäre dies jedenfalls in irgend einer Weise zum Ausdrucke gebracht worden“.

„Das Wort „Praxis“ kann auch nicht anders aufgefasst werden als in der Bedeutung des deutschen Wortes „Thätigkeit“.

Nadto Najwyższa Rada Sanitarna zwróciła uwagę na to, że lekarze którzy są czynni, jako organy autonomicznej administracji sanitarnej, jak lekarze szpitalni, konsulenci sanitarni zakładów ubezpieczeniowych, lekarze sądowi, lekarze, zajmujący się badaniami lekarsko-dyagnostycznymi wykonywują działalność lekarską (ärztliche Thätigkeit), dla której podstawą jest posiadanie dyplomu, a przez wystawienie świadectw, opinii i t. d. mogą ewentualnie popaść z innymi lekarzami w konflikty, których usuwanie w myśl par. 12 ustawy stanowi ważne zadanie Izb lekarskich. Gdyby ci lekarze byli zwolnieni z obowiązku należenia do Izb, jeżeli rzekają się wykonywania praktyki leczniczej (curative Praxis), to usunięcie się tych osób od udziału w reprezentacji zawodowej (Standesvertretung) niewątpliwie nie leżałoby w zamiarze ustawy, która ma na oku nie reprezentację pewnych kategorii lekarzy, ale stanu lekarskiego wogóle.

Opinia ostateczna brzmiała: „Der oberste Sanitätsrath erstattet daher sein Gutachten, dass im Allgemeinen als „ärztliche Praxis im Sinne des Kammergesetzes“ jede ärztliche Thätigkeit und Berufsausübung, für welche der Besitz der mit einem ärztlichen beziehungsweise wundärztlichen Diplome erlangten Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde die notwendige Voraussetzung bildet, anzusehen ist. Ob in concretem Falle eines Vorzuges auf die Praxis die Thätigkeit des Arztes noch in diesen Rahmen fällt, müste von der betreffenden Ärztekammer entschieden werden und steht gegen eine solche Entscheidung der Recurs an die politischen Behörden offen, wodurch einer etwa nicht gerechtfertigten Ausdehnung der Kammerpflicht jedenfalls vorgebeugt ist“.

(Gutachten des K. K. Obersten Sanitätsrathes über die Interpretation der Bezeichnung „ärztliche Praxis“ (Referent: a. o. Mitglied Ministerialrath Dr. J. Daimer). Das österreichische Sanitätswesen, Organ für die Publicationen des K. K. Obersten Sanitätsrathes, Wien, 21 März 1901, Nr. 12 (str. 129—133).

Reskryptem austr. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 20 lutego 1901 roku L. 350 do politycznych władz krajowych w sprawie interpretacji oznaczenia „praktyka lekarska“ w rozumieniu ustawy o Izbach lekarskich podano do wiadomości powyższą opinię Najw. Rady Sanitarnej dla celów informacyjnych, z zastrzeżeniem, że nie jest to interpretacja autentyczna, która może nastąpić tylko w drodze ustawowej. (Ob. das österr. Sanitätswesen z 21 marca 1901 r. Nr. 12, str. 134).

Wprawdzie austriacka ustawa wyłączała z Izb lekarskich wojskowych w czynnej służbie i lekarzy rządowych władz administracyjnych, a więc kwestja obowiązku należenia do Izby, przedstawiała się tam nieco inaczej, jednakowoż sama kwestja pojęcia „praktyki lekarskiej“ znajduje w powyższej przedstawionym materiale cenną ilustrację.

Z drugiej strony, jako przeciwwagę tego stanowiska, zacytować możemy następujące orzeczenie austriackiego Trybunału administracyjnego: „Przez praktykę lekarską rozumie się zastosowanie teorii medycznej do leczenia chorych, czyli leczenie chorych przez lekarza“ (Tryb. adm. z 10 września 1904 r. L. 9379, (—) Piwocki, zbiór ustaw i rozporządzeń administracyjnych, tom IV, Lwów 1912, str. 86).

Polska Naczelna Izba Lekarska zajęła stanowisko podobne do poglądu austr. Najw. Rady Sanitarnej. Na posiedzeniu Nacz. Izby lekarskiej w dniu 27 stycznia 1924 r. uchwalono „Obowiązek należenia do Izby lekarskiej obejmuje

wszystkich, którzy wykonywują zawód lekarski w jakiegokolwiek formie na podstawie uzyskanego dyplomu“.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762) w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, nie zawiera, jak powiedzieliśmy, definicji praktyki lekarskiej. Jednakowoż jest rzeczą jasną, że ustawa ta ma na myśli wykonywanie zawodu lekarskiego, polegającego na stykaniu się lekarza z chorymi, na co wskazują w szczególności: 1) Postanowienie artykułu 2-go o jednorocznej praktyce szpitalnej, jako jednym z wymogów prawa wykonywania praktyki lekarskiej. 2) Postanowienie końcowego ustępu artykułu 2-go, iż „leczyć chorych w Państwie Polskiem mogą jedynie osoby, uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej“. 3) Postanowienia art. 4 o wyjątkowym wykonywaniu praktyki lekarskiej w uzdrowiskach i miejscowościach pogranicznych, a także postanowienia art. 5 i art. 6.

Zauważamy przytem, że ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej odróżnia pojęcie „praktyki lekarskiej“ jako takiej od „praktyki prywatnej“, która jest tylko częścią praktyki lekarskiej (art. 5), co ma zasadnicze znaczenie dla omówionej powyżej kwestji pojęcia praktyki lekarskiej według ustawy o Izbach lekarskich, a w szczególności dlatego, ponieważ nie dozwala na ograniczenie pojęcia praktyki lekarskiej tylko do praktyki prywatnej. Nadto ważnem jest również, że ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej odróżnia pojęcie „praktyki lekarskiej“ od innych czynności lekarskich (art. 12 „z wykonywaniem praktyki lekarskiej i czynności lekarskich, do których potrzebny jest przepisany prawem dyplom uniwersytecki, nie wolno łączyć zajęć, które przeczą powadze zawodu lekarskie-

go; rozstrzyga o tem Izba lekarska“; art. 13. „O zaniechaniu wykonywania praktyki lekarskiej, względnie innych czynności lekarskich, lekarz winien zawiadomić na piśmie właściwy urząd wojewódzki i Izbę lekarską“). Ubocznie zaznaczamy, że ustawa wkłada w art. 13 na lekarzy obowiązek zawiadomienia nie tylko o zaniechaniu wykonywania praktyki lekarskiej, ale także innych czynności lekarskich, chociaż w art. 3 wymaga zapisania się w Izbie lekarskiej tylko dla wykonywania praktyki lekarskiej.

Przy zastosowywaniu ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej powstały wątpliwości co do pojęcia „praktyki lekarskiej“ przy stosowaniu sankcji karnej art. 9. W szczególności powstały wątpliwości, jakie czynności osób nieuprawnionych (partaczy) podpadają pod pojęcie wykonywania praktyki lekarskiej, a więc pod sankcję karną. B. Ministerstwo Zdrowia Publicznego nie wydało w tej sprawie ogólnego rozporządzenia; jednakowoż w konkretnych wypadkach wskazywało na to, że pod pojęcie praktyki lekarskiej w rozumieniu tej ustawy podpadają trzy momenty: a) diagnozy (rozpoznania), b) rokowania, c) terapii (leczenia), i — co jest bardzo ważne — że nie potrzeba zajęcia wszystkich tych trzech momentów, aby dany wypadek podciągnąć pod pojęcie nieuprawnionej praktyki lekarskiej. W szczególności w jednym z konkretnych wypadków b. Ministerstwo Zdrowia Publicznego stanęło na stanowisku, że partacz, który zawodowo i za wynagrodzeniem przyjmuje „pacjentów“, podpada pod sankcję karną z art. 9, chociaż zdolano tylko stwierdzić, że bada on ich i stwierdza ich stan zdrowia, ale nie zdolano udowodnić, jakoby stosował jakiegokolwiek zabiegi lecznicze lub polecał zażywanie leków.

Sprawy zawodowe.

Reklama lekarska.

Podał

dr. Jerzy BUJAŁSKI (Warszawa).

Zupełnie pozbawiony na terenie b. zaboru rosyjskiego jawnego, obdarzonego mocą wykonawstwa, obowiązującego wszystkich bez wyjątku lekarzy, zawodowego przedstawicielstwa stan lekarski nie mógł przejawów swego życia ująć w ramy przepisów prawnych. Regulatorem jego były, ściślej starając się być, związki lekarskie, które, na zewnątrz naukowe czy humanitarne, organizacją swego wewnętrznego życia chciały wytworzyć autorytatywne przedstawicielstwo i kierownictwo lekarskie. Niestety jedynym środkiem ich egzekutywy była opinia publiczna, która, jak wiemy, niezawsze była i jest środkiem wystarczającym. Z tego powodu życie lekarskie niejednokrotnie zbaczać zaczęło na manowce. I przed Izbą lekarską, powołaną do życia wkrótce po wskrzeszeniu Polski, a powołaną „dla samorządnego uporządkowania spraw, dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarskich między sobą, jak również strzeżenia jego spraw, godności i sumiennosci“ (art. 1 ust. z dn. 2.XII 1921 r.), i obdarzoną pełnią egzekutywy, rozpostarło się olbrzymie pole działania. Stała ona bowiem wobec wielkiego zadania, bardzo odpowiedzialnego, — ujęcia w przepisy prawne wszystkich przejawów życia lekarskiego w ten sposób, by, nie krusząc indywidualnej swobody działania, nie dopuścić jednocześnie do zapoznania obowiązków wobec społeczeństwa i społeczności lekarskiej jednostek czy grup, lub też pogwałcenia etyki, obowiązującej cały stan lekarski. Każde więc poczynanie w tym kierunku Izby lekarskiej musi być powitane przez ogół lekarzy z radością, jako zapoczątkowanie nowej ery w życiu lekarskiem, ery racjonalnie zorganizowanego życia lekarskiego.

* *

Bolączką ostatnich czasów była reklama lekarska. Stosowana przez jednostki zbyt krzykliwe, po jarmarczemu, zahaczająca o szarlatanerie. Na szczęście tylko jednostki, pragnące w ciężkiej dzisiaj walce o byt zdobyć dla siebie maksimum praktyki, nie przebiegały w środkach, posługując się czy to płatnymi „naganiaczami“ chorych, czy też rekla-

mą ogłoszeniową, przypominającą swą treścią reklamę znanych uniwersalnych „kropli kapucyńskich“ lub też maści na porost włosów. W ten sposób stosowana reklama przynosiła moralną szkodę całemu stanowi lekarskiemu. I dobrze się stało, że ten przejaw życia lekarskiego chciała Izba najpierw ująć w pewne normy, wydając przepisy, określające maksimum reklamy lekarskiej, tak co do ilości, jak i jej jakości.

* *

Niestety to pierwsze wystąpienie warszawskiej Izby lekarskiej nie może być zaliczone do fortunnych, tak co do podstawy prawnej, na jakiej oparła swe wystąpienie, jak i co do meritum sprawy, widocznie niedość przemysłowej i opracowanej, a noszącej cechy t. zw. „roboty na kolanie“.

Już samo powołanie się na wstępnie na art. 26 ustawy o Izbach lekarskich, jako na podstawę, na której wydano „przepisy o ogłoszeniach lekarskich, obowiązujące na obszarze Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej“ dowodzi, że autorzy przepisów nie orientują się dokładnie w ustawie o izbach lekarskich. Art. 26 bowiem mówi tylko o tem, że zarząd izby „w drodze przez regulamin przepisanej podaje do wiadomości swych członków wszelkie wydane przez siebie zarządzenia“, t. zn., że art. 26 nakłada obowiązek na zarząd Izby podawania swych zarządzeń do wiadomości członków Izby w sposób ten czy inny. Pomijam to, że niema dotychczas prawnie obowiązującego regulaminu. Faktem jest jednak, że art. 26 nie daje prawa zarządowi Izby wydawania jakichkolwiek zarządzeń obowiązujących, a jedynie zmusza go do zawiadamiania członków Izby o zarządzeniach, wydanych na podstawie innego artykułu ustawy. A artykułem tym jest art. 25, który wylicza szczegółowo uprawnienia Zarządu Izby. I w tym artykule nie znajdujemy nic, coby mogło uprawnić zarząd do wydawania przepisów tej treści. Zarządzenia ogólnie obowiązujące stan lekarski wydawać może tylko Rada Izby, opierając się na art. 1 ustawy, a Zarząd Izby podaje je do wiadomości lekarzy w sposób przepisany regulaminem, przyjętym przez Radę Izby, a zatwierdzonym przez Naczelną Izbę lekarską. Nie zabrania wprowadzić ustawa przekazania części czy całości uprawnień Rady Zarządowi Izby przez samą Radę. Ale wiemy przecież, że Rada Izby nie tylko niepowzięła uchwały, rozszerzającej uprawnienia Zarządu, ale nawet nie uchwaliła jeszcze projektów regulaminu. Na razie

więc każde rozporządzenie Zarządu Izby, który jest wyłącznie organem wykonawczym Rady, wykraczające poza granicę art. 15 ustawy, nie może być uważane za zgodne z ustawą.

§ 1. „Przepisów o ogłoszeniach lekarskich w prasie“ ogranicza treść ogłoszenia do podawania imienia, nazwiska, stopnia naukowego, aktualnego stanowiska szpitalnego, specjalności w najogólniejszym określeniu, adresu, godzin przyjęć i telefonu. Odrazu rzuca się w oczy zakaz używania nazwy stanowiska klinicznego, którego identyfikować ze stanowiskiem szpitalnym nie można. Ponieważ trudno przypuścić, by zarządowi Izby zależało na zabronieniu używania tytułu np. asystenta klinicznego, przyjęć więc należy, że w tym wypadku nastąpiło zwykłe przeoczenie. Jednak dziwnym i niezrozumiałym wydaje się nakaz oznaczania specjalności „w najogólniejszym określeniu“. Rozumieć to należy w ten sposób, że wolno będzie pisać „internista“, „chirurg“, „ginekolog“, „okulista“ i t. p. Ale przecież niema ustawy, zabraniającej lekarzowi ordynowania w niektórych tylko działach danej specjalności ogólnej. Nie może nikt zabronić np. ordynowania wyłącznie tylko w chorobach układu naczyniowego, przewodu pokarmowego, w chorobach nerek, w chorobach dróg oddechowych, i nie ma powodu, dla którychby lekarzom nowo-przybyłym lub rozpoczynającym praktykę (§ 1 przepisów ich też obowiązują) zabronić podawanie tego do wiadomości publicznej dla wygody chorych. Nakaz taki jest obojętny dla lekarzy ordynujących we wszystkich specjalnościach i dla kilku nazwisk znanych. Dla młodych lekarzy jest to utrudnieniem niepotrzebnym życia, którego względami na poszanowanie godności lekarskiej w żaden sposób usprawiedliwić się nie da.

§ 3, który jest właściwie dalszym ciągiem art. 1, sprzeczający ilość ogłoszeń do maximum 36 w roku, w razie rozpoczynania praktyki, a do 9 w razie wznowienia, oraz § 2, zakazujący krzykliwego reklamiarstwa w gazetach, nie budzą wątpliwości. Lecz już § 4 jest niezrozumiały. Mówi on, że „ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i t. p. podlegają przepisom ogólnym z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniu nie były wymieniane nazwiska lekarzy“. Zdaje się, że Zarząd Izby pomieszczał na tle pewnego podobieństwa fonetycznego pojęcia „lecznica“, jako spółki kapitalistów, z pojęciem pracujących w tej spółce lekarzy. Kapitalista, który zakłada lecznicę czy dom zdrowia, nie musi być lekarzem. Może to być zwykły przedsiębiorca, który kontraktuje lekarzy na tych czy innych warunkach do pracy, jak kontraktuje ich Kasa Chorych, jakieś towarzystwo humanitarne, Rząd dla leczenia urzędników państwowych i t. d. I czy może Izba zabronić tym instytucjom ogłaszania się nawet codziennie z podaniem nazwisk lekarzy ordynujących, jeżeli nad nimi niema żadnej egzekutywy? Niema w Polsce ustawy, zakazującej otwarcia lecznicy czy domu zdrowia kapitaliście nie-lekarzowi, a reklamę swego przedsiębiorstwa, w którym pracować będą lekarze w ten czy inny sposób przez niego płatni, uzależniać będzie nie od przepisów Izby lekarskiej, bo te go nie obowiązują, ale od poczucia swej własnej godności, indywidualnie przez niego pojętej, i od ogólnych przepisów ogłoszeniowych. Na kapitalistę czy ich spółkę, czy też towarzystwo akcyjne może Izba uzyskać egzekutywę w sposób pośredni, t. j. przez zakaz wydany lekarzom pracowania w przedsiębiorstwie, nie stosującym się do przepisów ogłoszeniowych Izby. Jednak zakaz taki wymagałby każdorazowej uchwały Rady Izby. Ponieważ prywatne zakłady lecznicze czy to dla przychodzących chorych czy dla leżących, jako przedsiębiorstwa finansowe, podlegające przepisom ogólnym i nadzorowi policyjnyemu sanitarnemu, nie podlegają Izbie lekarskiej, przeto wydawanie dla tych

zakładów przepisów jest i przekroczeniem swej kompetencji i bezcelowe. To samo powiedzieć można o drugiej części § 6, zakazującej wywieszania od ulicy spisu lekarzy, ordynujących w lecznicach dla przychodzących chorych. Zarządzenia Izby co do reklamy przedsiębiorstw leczniczych mogą być uważane za wskazówki, dane lekarzom, w nich pracującym. Od dobrej woli tych lekarzy zależeć będzie, czy zażądają oni od przedsiębiorstwa zastosowania się do tych przepisów, czy nie. Nacisk na przedsiębiorcę mogą wyrzucić przez zagrożenie opuszczenia posad.

§ 5 zupełnie słusznie zabrania lekarzom zezwalania na umieszczanie ich nazwisk w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych, jest jednak błędnie zrehabilitowany.

§ 6 mówi: „od ulicy przy wejściu do domu mogą być umieszczane skromne tabliczki z wymienieniem imienia i nazwiska“. Opuszczono prawdopodobnie „i stopnia naukowego“, boć przecie musi być na tablicach uwidocznione, że osobnik tego nazwiska jest lekarzem, a nie adwokatem. Jeżeli mówi się o „skromności“ tablicy, to powinno się dać i miernik tej „skromności“, bo inaczej pozostawia się każdemu swobodę interpretowania. I dlaczego nie pozwolić na tablicy, umieszczonej na bramie domu, napisać, w jakich chorobach i o której godzinie ordynuje dany lekarz? Jest to zbędne w małych miasteczkach, a w Warszawie dla kilku głośnych nazwisk. Umieszczenie zaś specjalności na tablicy, o ile pozwala się na same tablice na domu, niczem przecież nie uwłacza godności stanu lekarskiego. O tablicach na drzwiach mieszkania lekarza, na schodach, w bramie domu Zarząd Izby zdaje się zapominał, wobec czego każdy może sobie pisać na nich, co chce.

§ 7 brzmi: „ogłoszenia w pismach lekarskich mogą być pomieszczane na odpowiedzialność redakcji“. Co chciał Zarząd Izby wyrazić w tym paragrafie — nie wiadomo. Bez komentarza Zarządu Izby zrozumieć go nie można.

§ 8. „Ogłaszanie listów dziękczynnych pacjentów do lekarzy jest niedopuszczalne“. Zakaz najzupełniej słuszny. Odnosić się on może do tych lekarzy, którzy otrzymane od pacjentów i sfabrykowane przez siebie listy dziękczynne ogłaszają celem reklamy swej umiejętności w prasie lub wywieszają w swoich poczekalniach. Ponieważ jednak mogą się zdarzyć wypadki ogłoszenia takiego listu bez wiadomości lekarza, przeto akcja Izby winna sięgnąć i do redakcji pism.

§ 9 mówi, że: „przepisy obowiązują z dniem ogłoszenia“. Ale który dzień uważać należy za dzień ogłoszenia? tembardziej, że na rozporządzeniu Izby zapomniało o dacie. Do tej pory niezakomunikowano ani za pośrednictwem prasy czy zawodowej czy codziennej członkom Izby o sposobie ogłaszania Zarządzeń Izby. A gdyby nawet można ustalić taki dzień, to przecież trzeba dać lekarzom pewien czas, choćby tygodniowy, na przystosowanie się do nowych przepisów. Tablicy na bramie domu nikt nie zmieni jednego dnia. Obowiązki natychmiastowe mogłoby być zastosowane tylko do ogłoszeń w prasie.

* * *

Pierwsze wystąpienie zarządu Izby w sprawie tak ważnej i ważnej, jak ogłoszenia lekarskie, nasuwa szereg wątpliwości natury prawnej i rzeczowej. Zdaje się zbyt pośpiesznie zrehabilitowane, wykazuje braki, niejasności, daje możliwość dowolnego interpretowania, co już samo przez się obniża znacznie wartość zarządzenia. Może lepiej byłoby, gdyby Izba wycofała te przepisy, poddała je jeszcze raz gruntownej rozprawie i w nowej postaci, uzupełnione, na ustawie oparte, odpowiednio zrehabilitowane, przez Radę Izby potwierdzone, wprowadziła w czyn, szanując jedną z dziedzin życia lekarskiego.

Korespondencja.

Szanowny Panie Redaktorze!

Z powodu oceny polskiego przekładu książki prof. R a b o w a „Przepisy lekarskie“, podanej w Nr. 9 Warsz. Czasop. Lek., uważamy za wskazane zaznaczyć co następuje:

1) Kąpiele kwasowęglowe i tlenowe podane są na str. 69, na str. zaś 19 nie wymieniliśmy ich, gdyż w odpowiednim dziale oryginału niemieckiego są one również pominięte.

2) Z kąpiele morskich we Włoszech podaliśmy tylko te, które są wymienione w niemieckim oryginale, o wspom-

nianych przez recenzenta kąpielach niema tam żadnej wzmianki, — nie jest rzeczą tłumacza uzupełniać autora.

3) Weramon — według prof. R a b o w a — składa się z weronalu i antypiryny (str. oryginału 159) — trudno, doprawdy, wymagać od tłumaczów, aby sprawdzali dane, zawarte w 52-ym wydaniu oryginału.

4) Nazwy naukowe weronalu i urotropiny prawidłowo są podane na str. 216 i 219, w tekście; na str. zaś 275 mamy do czynienia z godną pożałowania omyłką drukarską (drukarni bowiem najzwyczajniej opuścił słowo

weronał“ i źle zestawiał nazwy). Z tego powodu nie należy, sądzimy, czynić zbyt ciężkiego zarzutu tłumaczom.

To samo dotyczy takich omyłek, jak „chlerek“ zamiast „chlorań“, „azotan“ zamiast „azotyn“.

5) Co się tyczy terminologii chemicznej, to wogóle nie jest wszak, jak wiadomo, ona jeszcze u nas w zupełności ustalona. Dość zestawić kilka lepszych podręczników chemii, aby się o tem przekonać (np. w Słowniku lekarskim siarkan = siarczaniowi, i obie nazwy podawano w tłumaczeniu celowo).

Pod tym względem mieliśmy ogromne trudności do pokonania, zwłaszcza w tłumaczeniu na język polski nazw nowych i najnowszych leków, z których liczne są wogóle u nas jeszcze zupełnie nieznane. W miarę sił staraliśmy się wywiązać jaknajlepiej ze swego trudnego zadania, wiedząc z góry, że potrzebne będą uzupełnienia i udoskonalenia.

Sądzimy jednak, że skoro oryginał niemiecki, który ukazał się w 52 wydaniu nie jest pozbawiony usterek, to tem mniej można czynić wyłuszczone w recenzji zarzuty 1 wydaniu polskiego niezwykle trudnego przekładu, a to ze względu na swoistą treść dzieła.

Zresztą wskazane przez recenzenta omyłki, były już przedtem spostrzeżone i odpowiednio skorygowane.

W końcu wyrażamy żal, że Szanowny recenzent, przystępując do oceny naszej pracy, nie zadał sobie trudu zesta-

wienia przekładu z oryginałem niemieckim. Zrzekłby się zbyt wielkiego znaczenia kilku nieuniknionych w takim przekładzie drugorzędnych usterek.

Racz przyjąć, Panie Redaktorze, wyrazy naszego prawdziwego poważania,

dr. J. Szwarcman, dr. K. Poncz.

Szanowny Redaktorze!

Otrzymałem do recenzji nie oryginał Rabowa, lecz jego przekład polski. W tym przekładzie, spostrzegłem błędy i usterki i niektóre z nich wymienilem. Koledzy S. i P. mieli by zupełną słuszość, gdyby uprzednio dowiedli, że obowiązkiem tłumacza jest niewolnicze i świadome przenoszenie błędów oryginału do przekładu.

Co do terminologii chemicznej, stwierdzam stanowczo, że ta w języku naszym — zwłaszcza w dziedzinie chemii mineralnej — jest ustalona; zaś „celowego“ podawania — już to jednej, już drugiej nazwy zgoda pojąć nie potrafie.

Wskazane przeze mnie omyłki były już przedtem spostrzeżone i skorygowane — tak twierdzą tłumacze. Zapytam więc tylko: gdzie tego szukać ma czytelnik?

Zdaniem mojem — może się mylę? — tłumacznie nie jest mechaniczną robotą, lecz bynajmniej niełatwą umiejętnością, której warunkiem kardynalnym jest doskonała znajomość przedmiotu.

24.X. 1924.

M. F.

Wiadomości bieżące.

— Redaktor naszego pisma powrócił.

— Ku uczczeniu 35-lecia działalności lekarskiej i społ. kol. Seweryna Sterlinga Łódzkie Towarzystwo Lekarskie urządza dn. 1 listopada r. b. uroczyste posiedzenie w sali Łódzkiej Rady Miejskiej. Na uroczystości tej reprezentować będzie Czasopismo nasze kol. Dłuski.

— Od Zarządu Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej otrzymujemy z prośbą o umieszczenie następujące przepisy o ogłoszeniach lekarskich, obowiązujące na obszarze Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej.

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. Zarząd Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej wydaje następujące przepisy o ogłoszeniach lekarskich.

1) Ogłoszenie może zawierać tylko imię i nazwisko, stopień naukowy (doktor, doktor medycyny, profesor, docent) aktualne stanowisko szpitalne, specjalność w najogólniejszym określeniu, adres, godziny przyjęć, telefon, oraz wyrazy „wyjechał, powrócił, przeprowadził się, wznowił przyjęcia chorych“.

2) Ogłoszenie nie powinno nosić cech reklamy (1 stronica pisma, przed tekstem, duże litery, ramki i t. p.).

3) Lekarze nowoprzybyli, lub rozpoczynający praktykę, mogą ogłaszać się w ciągu pierwszego roku w 3 pismach po 12 razy, razem 36 razy w odstępach dowolnych. Zawiadomienia o zmianie mieszkania, wyjeździe, powrocie, wzwrocie przyjęć po 4 tygodniowej nieobecności lub chorobie, mogą być pomieszczone w 3 pismach po 3 razy.

4) Ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i t. p. podlegają przepisom ogólnym z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniu nie były wymienione nazwiska lekarzy.

5) Niedozwolone jest pomieszczanie nazwisk lekarzy w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych o środkach lekarskich.

6) Od ulicy przy wejściu do domu, mogą być umieszczane skromne tabliczki z wymienieniem imienia i nazwiska. Spisy lekarzy, przyjmujących w lecznicach dla przychodnich chorych, nie powinny być wywieszone od ulicy, lecz w bramie lub u wejścia do lecznicy.

7) Ogłoszenia w pismach lekarskich mogą być pomieszczane na odpowiedzialność redakcji.

8) Ogłaszanie listów dziękczynnych pacjentów do lekarzy, jest niedopuszczalne.

9) Przepisy powyższe obowiązują z dniem ogłoszenia.

— W lipcu 1925 r. odbędzie się w Warszawie XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Bliższy termin Zjazdu oznaczony zostanie później.

Komitet organizacyjny Zjazdu w porozumieniu z Min. S. Wojsk. Dep. San. powołał do życia pierwszy raz w Polsce Sekcję Medycyny Wojskowej i na kierownika Sekcji tej wy-

brał pułk. lek. Zembruskiego, przewodniczącego Sekcji Sanitarnej przy Zarządzie Głównym T. W. W.

Sekcja Sanitarna wyłoniła z siebie komisję, mającą na celu załatwienie spraw, związanych z organizacją Sekcji Medycyny Wojskowej i przygotowaniem referatów na Zjazd. Jako temat programowy na posiedzenie plenarne Zjazdu zaproponowany został przez Komisję Sekcji Sanitarnej przy Zarządzie Głównym odczyt p. t. „Lekarze i Przyrodnicy a obrona gazowa państwa“.

Jako tematy główne do wygłoszenia w łonie Sekcji Medycyny Wojskowej na Zjeździe wybrano dwa następujące:

1) Wyżywienie armii i ludności cywilnej podczas wojny.

2) Powszechne wychowanie fizyczne, jako podstawa przygotowania ludności do wojny.

Referenci i koreferenci od tych tematów zostaną podani później.

Poza tem wszyscy Koledzy wojskowi proszeni są o wzięcie jaknajwyższego udziału w Zjeździe przez zgłoszenie poszczególnych referatów, przyczem Sekcja Sanitarna, nie kłepując w tej mierze indywidualnej inicjatywy, zaleca do opracowania następujące tematy:

1) „Symulacja i samouszkodzenie w wojsku z punktu widzenia różnych specjalności lekarskich“.

2) „Współdziałanie sanitariatu wojskowego z cywilną służbą zdrowia“.

3) „Gruźlica a rekrutacja“.

4) „Znaczenie służby w wojsku dla higieny rasy“.

Udział kolegów lekarzy cywilnych, zwłaszcza oficerów rezerwy, w pracach Sekcji Medycyny Wojskowej na Zjeździe jest nader pożądany. Z drugiej strony nie nie staje na przeszkodzie, ażeby oficerowie lekarze brali udział w pracach innych Sekcji Zjazdu.

Równocześnie ze strony Sekcji Sanitarnej przy Zarządzie Głównym T. W. W. czynione są starania, ażeby uzyskać ułatwienie w podróży do Warszawy dla tych lekarzy wojskowych, którzy zgłaszają referaty na Zjazd.

Tytuł odczytów wraz z krótkim streszczeniem należy nadsyłać na ręce przewodniczącego Sekcji Medycyny Wojskowej XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników — pułk. lek. Zembruskiego (Warszawa, Wojskowa Szkoła Sanitarna, ul. Piękna Nr. 1) najpóźniej do dnia 1 maja 1925 r.

Regulamin obrad Sekcji ogłoszony zostanie we właściwym czasie w „Lekarzu Wojskowym“.

— 17 października minęło 40 lat od chwili, kiedy lekarz wiedeński Karol Koller w wiedeńskim towarzystwie lekarskim wygłosił swój odczyt o znieczulającym działaniu kokainy. Wiedeńskie towarzystwo lekarskie na posiedzeniu dn. 17 października r. b. postanowiło przesłać do New-Yorku, gdzie obecnie przebywa Koller, depeszę z życzeniami z okazji czterdziestolecia tak doniosłego odkrycia.

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

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

Drukarnia „WSPÓLCZESNA“ w Warszawie. Szpitalna 10, tel. 193-95.

www.dlibra.wum.edu.pl