

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XII

WARSZAWA, 16 MAJA 1935 R.

Nr. 19

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka i kiszek *).

Podał
Prof. H. STRAUSS (Berlin).

(Dok. — p. Nr. 18).

II. Choroby jelit.

Postępy w dziedzinie rozpoznawania chorób jelit polegają przede wszystkim na możliwości dokładniejszego stwierdzenia schorzeń końcowego odcinka jelit. Fakt ten posiada nader doniosłe znaczenie, gdyż tutaj właśnie symptomatologia kliniczna anatomicznie różnych schorzeń jest pod wieloma względami bardzo do siebie podobna. Lecz, dzięki współczesnemu rozwojowi proktosigmoidoskopji uzyskaliśmy możliwość o wiele jaśniejszego i pewniejszego rozpoznawania schorzeń odbytnicy i esicy, aniżeli dawniej. Możemy nie tylko o wiele lepiej, niż dawniej, odróżniać poszczególne postaci nieżyty proctnicy i esicy, lecz również stwierdzać polipy, które są dostępne dla usunięcia zapomocą zimnej lub gorącej pętli nie tylko w odbytnicy, lecz również w zagięciu; współczesny rozwój endoskopji posunął wreszcie bardzo znacznie naprzód rozpoznawanie raków, umiejscowionych w odbytnicy i odbytniczym ramieniu esicy, zwłaszcza, jeżeli robi się rozległy użytek z próbnego wycięcia, co czynię zawsze w wątpliwych przypadkach. Wskutek tego proktosigmoidoskopia stała się suwerenną metodą badania, przede wszystkim w krwawieniach jelitowych. Przekonał się przecież, że rozpoznanie kliniczne krwawienia z guzów krwawniczych posiada często zupełnie inne podłoże, aniżeli istnienie guzów krwawniczych.

Natomiast metoda rentgenowska umożliwiła nam dokładniejszą znajomość występowania i częstości uchyłkowatości (*diverticulosis*), która, jak dziś wiemy, może stanowić źródło całego szeregu schorzeń esicy. Dalej metoda rentgenowska pozwoliła udostępnić dokładnemu rozpoznaniu cały szereg procesów, umiejscowionych powyżej zasięgu proktosigmoidoskopji.

*) Według odczytu, wygłoszonego w Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej w Warszawie w dniu 15 stycznia 1934 r.

Na podstawie zdobytych, uzyskanych zapomocą tych obu omówionych tutaj metod, udało się rozbudować nową klinikę schorzeń odbytnicy i esicy. Między innymi, dzięki nim uzyskaliśmy również możliwość poznania patogenetycznego znaczenia pewnych nieprawidłowości kształtu, położenia i wielkości esicy, jak np. wydłużenie esicy (*dolichosigma*), i nauczyliśmy się je rozpoznawać. Dalej badanie rentgenowskie ujawniło nam częstość procesów kurczowych w tej okolicy, tak, że również nauka o t. zw. kurczowem zaparciu stolca mogła stanąć na trwalszych podstawach, niż dawniej. Metoda rentgenowska posunęła również bardzo znacznie rozpoznawanie nieżytów kiszek grubych, jak również łagodnych i złośliwych zwężeń okrężnicy.

Oprócz tego, w tym samym celu poczyniliśmy też postępy w zakresie badania kału. Pod tym względem chciałbym tylko zwrócić uwagę na zagadnienie śluzu. Wiemy obecnie, że są nieżyty kiszek grubych ze śluzem i bez niego, dalej także, iż wytwarzanie nadmiernych ilości śluzu jest również możliwe bez procesu zapalnego w kiszkiach grubych. Badania nad wykorzystaniem treści jelitowej i stosowanie „próbnej diety jelitowej” umożliwiły nam dalej ściślejsze rozgraniczenie procesów, przebiegających z fermentacją i gniciem. Następnie postępy bakterjologii dały nam możliwość lepszego różniczkowania poszczególnych postaci przewlekłego nieżyty kiszek grubych również pod względem etiologicznym. Pomimo to, iż wiemy obecnie i możemy dowiedzieć, że dość znaczna liczba przewlekłych nawrotowych nieżytów kiszek grubych przedstawia następstwa zadziałania i zakażenia jednym z rozmaitych zarazków czerwionki lub jakiegось innego zakażenia jelitowego, przekonał się jednak, że większość przewlekłych nieżytów kiszek grubych jest spowodowana przez działanie długo zalegających mas kałowych, dla innych zaś przypadków rozstrzygające znaczenie posiadają zaburzenia trawienia w częściach przewodu pokarmowego, powyżej okrężnicy. Dalej dowiedzieliśmy się, iż bywają krwiopochodne nieżyty kiszek grubych, które w pewnych warunkach mogą również powstawać na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, np. w chorobie Basedowa lub Addisona, albo na podłożu toksycznym (rtęć, arsen i t. p.). Prócz tego nauczyliśmy się też odróżniać ściślej,

niż dawniej, objawowe i pierwotne nieżyty kiszek grubych. Wreszcie możemy także, dzięki wyżej opisanym postępom w metodyce badań w większym stopniu i dokładniej, niż to się dawniej zdarzało, różniczkować między lekkimi a ciężkimi postaciami przewlekłego nieżyty kiszek grubych, przede wszystkim zaś między, wprawdzie, nie tak często spotykanymi, lecz praktycznie nadzwyczaj ważnymi przypadkami krwotoczno-równego, względnie wrzodziejącego nieżyty kiszek grubych (*colitis haemorrhagico-purulenta sive ulcerosa*), a innymi jego postaciami i udostępnić je pod pewnymi względami szczególnym metodom leczenia. Poznaliśmy również alergiczne schorzenia okrężnicy. Do tej grupy schorzeń możemy obecnie zaliczyć przynajmniej kolkę śluzowo - błoniastą (*colica muco-membranacea*), do czego daje nam prawo zwiększenie liczby kwasochłonnych (eozynofilia) we krwi i śluzie, skaza kurczowa końcowego odcinka jelit, jak również występowanie kryształków *Charcot-Leydena* w wydalinach śluzowych, przyjmujących często szczególne kształty. Schorzenie to określano właśnie jako pendant do dyshawicy oskrzelowej.

Postępy w rozpoznawaniu schorzeń jelit cienkich nie są wprawdzie tak wybitne, jak w rozpoznawaniu chorób okrężnicy, lecz jednak zasługują w dużym stopniu na uwagę, zwłaszcza pod względem metodycznym. W każdym bądź razie możemy obecnie lepiej, niż dawniej, rozpoznawać *enteritis*, t. j. przewlekłe zapalenie jelit cienkich, aczkolwiek jego rozpoznanie pomimo stosowania „próbnej diety jelitowej” niezawsze bywa zupełnie łatwe i bywa możliwe przeważnie dopiero na podstawie sumy rozmaitych krytycznie ocenionych objawów. W różniczkowaniu schorzeń jelit cienkich pomocne okazało się pod pewnymi względami również zgłębnikowanie dwunastnicy oraz rozbudowa rozpoznawczych metod badania trzustki, jak np. określanie zawartości diastazy w moczu oraz opornej na atoksyl lipazy w surowicy krwi. Jako dość ważny sprawdzian różniczkowo - rozpoznawczy należy tutaj między innymi również wymienić zwolnione występowanie lub brak lipemji pokarmowej po śniadaniu tłuszczowym, co z *L. E. v.* wykazałem już prawie przed 30 laty. Zainteresowanie przewlekłym nieżytem jelit cienkich wzrosło również, dzięki temu, że w ostatnich czasach szeregu schorzeń wątroby i śledziony próbowano tłumaczyć przewlekłymi procesami zapalnymi jelit cienkich, i że obecnie zaczęto znowu gorąco dyskutować nad zagadnieniem jelitowego samozatrucia, które od dłuższego czasu pozostawało w spokoju, aczkolwiek stać trzeba na tem stanowisku, że w tem szczególnym zagadnieniu należy na pierwszym miejscu postawić wydolność czynnościową wątroby z jej zdolnością do odtruwania jelitowo - pochodnych substancji, uszkadzających ustrój, na co zwracałem już uwagę przed dwudziestu laty zgorą.

Dzięki przytoczonym tutaj postępom stało się możliwym również w dziedzinie chorób jelit ograniczyć zakres nerwic, aczkolwiek tutaj także bynajmniej nie udało się wymazać całkowicie nerwic z diagnostyki chorób jelit. Pomyślmy tutaj tylko o wymienionej już powyżej dziedzinie kurczowego zaparcia stolca, które, jak to między innymi sam przeżyłem i mogłem stwierdzić w jednym szczególnie jaskrawym przypadku, opisanym w moich „Schorzeniach odbytnicy i esicy” (*Erkrankungen des Rectum und Sigmoidum*), może prowadzić bezpośrednio do stanów, przypominających niedrożność

jelit (*ileus*). Jak dalece wpływy hormonalne mogą wpływać na czynność ruchową okrężnicy, można w każdej chwili uchwycić zbadać doświadczalnie, jeżeli obserwowac na ekranie rentgenowskim, jak po wśródzłym wstrzyknięciu hipofizyny papka rentgenowska, rozrzucona po całej okrężnicy, jednym rzutem zostaje przesunięta do bańki odbytnicy. Bardzo pouczające jest również zblednięcie jelit królika w okienku w jamie brzusznej po wszysknięciu adrenaliny. Wskutek tego rozpoznawanie schorzeń jelitowych uległo wprawdzie znacznej poprawie technicznej, lecz nie stało się bynajmniej prostsze, przeciwnie, raczej jeszcze bardziej złożone, niż dawniej. Nie dotyczy to jednak zwężeń okrężnicy, które dzięki metodzie rentgenowskiej możemy obecnie rozpoznawać z większą pewnością i wcześniej, niż to było przed laty. Jeżeli chodzi o wczesne rozpoznanie raka, to niestety, tutaj również musimy powtórzyć to, cośmy powiedzieli już przy omawianiu raka żołądka, aczkolwiek przyznać trzeba, że w wielu przypadkach rozpoznajemy wcześniej, niż to było możliwe przed 20 — 30 laty, zwężenia kiszek grubych i możemy zastosować skuteczne leczenie. Jest to ważne, ponieważ właśnie operacja raka okrężnicy daje często o wiele lepsze widoki pod względem rokowniczym, aniżeli operacja raka żołądka. Lecz dzięki metodzie rentgenowskiej, możemy również daleko lepiej, niż dawniej, rozpoznawać łagodne nowotwory okrężnicy. Tak, np. w pewnym przypadku, w którym istniały tylko występujące od czasu do czasu drobne krwawienia z odbytu, udało mi się stwierdzić za pomocą badania rentgenowskiego w górnej części esicy guz wielkości orzecha laskowego i skierować chorego na operację, uwieńczoną pomyślnym wynikiem.

Znaczne postępy, które poczyniliśmy w dziedzinie leczenia chorób żołądka i kiszek, polegają nietylko na udoskonaleniu i rozbudowie dietetycznych metod leczniczych, lecz również na celowym stosowaniu innych, a mianowicie, poczęści nowych metod. Tak np., dla zwalczania przewlekłego zaparcia stolca zyskaliśmy w ostatnich czasach cały szereg „środków, ułatwiających ześlizgiwanie się kału”, które umożliwiły nam zrezygnowanie z ostrych środków przeczyszczających. Wogóle w leczeniu przewlekłego zaparcia stolca postępujemy obecnie w sposób bardziej oszczędzający chorego i indywidualizujący i bardziej, niż dawniej, uwzględniamy indywidualny, a szczególnie także psychiczny moment.

Dalej zastępujemy obecnie ławatywy ze środkami ściągającymi możliwie najbardziej niedrażniącymi przepłukiwaniami. Wreszcie, jeżeli chodzi o leczenie ciężkiego nieżyty kiszek grubych (*colitis gravis*), uzyskaliśmy bardzo skuteczny środek w przetaczaniu krwi, aczkolwiek tylko część leczonych przypadków reaguje dodatnio na tę metodę. Wspominałem o tem, zresztą, już w moim pierwszym doniesieniu, dotyczącem tego zagadnienia, podkreśliłem tam jednak jednocześnie, że medycyna wewnętrzna nie posiada w chwili obecnej żadnego lepszego środka przeciwko tej tak trudnej do zwalczania chorobie. W opornych przypadkach omawianego cierpienia, t. j. w przypadkach, w których kilkakrotnie wykonane przetaczanie krwi nie wystarcza do osiągnięcia poprawy, stosujemy leczenie operacyjne, zakładając przetokę okrężniczą (*colostomia*), albo sztuczny odbył (*anus praeternaturalis*), chociaż i w ten sposób niezawsze osiąga się wyleczenie, jednak w dużej liczbie przypadków następuje poprawa, a czasami również zupełne wyleczenie. O postęпах chirurgji w in-

nych dziedzinach chorób żołądka i kiszek już mówiłem. Omawianie tutaj innych jeszcze szczegółów zaprowadziłoby nas zbyt daleko, gdyż dziedzina chorób kiszek jest o wiele bardziej różnorodna i złożona, aniżeli dziedzina chorób żołądkowych. Szczegółowe ich przedstawienie musiałoby zająć zbyt wiele miejsca. Dlatego jako rzecz zasadniczo ważną chciałbym tylko wkońcu podkreślić, że przy rozpatrywaniu chorób kiszek, jak również chorób żołądka, pomimo stosowania wielu nowszych metod, poświęcamy znowu więcej uwagi, niż np. przed 10 — 20 laty, rozpatrywaniu całego człowieka, gdyż coraz bardziej przekonujemy się, że układu organów, pozostającego zapomocą tak licznych nerwów i naczyni w najściślejszym związku z całem ciałem, nie można rozpatrywać oddzielnie w oderwaniu odeń. O tej konieczności, ażeby wymienić tylko kilka przykładów,

przekonały nas przedewszystkiem przypadki zaburzeń trawiennych w gruźlicy, chorobach serca i szeregu chorób nerwowych. Wskutek tego panujący przez pewien czas kierunek nadmiernego nastawienia narządowego (miejscowego) również w patologii żołądka i kiszek został wyparty przez kierunek, bardziej ogólnego nastawienia, uwzględniającego cały ustrój tak, że pomimo stosowania wszystkich postępów ostatnich lat stare nastawienie kliniczne zyskało znowu mocniejszy grunt. Nie należy przytem jednak bynajmniej iść tak daleko, jak swego czasu M o y n y h a n, który, omawiając rozpoznawanie wrzodu dwunastnicy, twierdził: „Wywiady oznaczają wszystko, wyniki badań — bardzo niedużo”; lecz klinika współczesna wymaga od nas obu, t. zn. dokładnego opanowania zarówno jednej, jak i drugiej metody badania.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału psychiatrycznego Szpitala Szkolnego C: W. San. i

Ze Szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach.

O zachowaniu się niepamięci po postrzale głowy.

Podali

Józef HANDELSMAN (Tworki) i Jan NELKEN (Warszawa).

W szeregu prac o zaburzeniach nerwowych i psychicznych po postrzale głowy w celu samobójczym, N e l k e n zajmował się specjalnie zjawiskiem niepamięci wstecznej. Badania nad zagadnieniem tem szły w tym kierunku, czy niepamięć wsteczną po postrzałach głowy uważać należy za objaw w y ł ą c z n i e organiczny, czy też na ten objaw poza podłożem organicznem składa się cała struktura psychorodna, stojąca w bezpośrednim związku z konfliktem, leżącym u podstawy zamachu samobójczego.

W obecnie opisanym przypadku ma się do czytania z postrzałem głowy u schizofrenika, przebywającego na leczeniu w zakładzie dla psychicznie chorych. Postrzał ten został dokonany pod koniec odwiedzin przez narzeczoną chorego, która następnym strzałem sama odebrała sobie życie. Przypadek ten był obserwowany przez H a n d e l s m a n a.

Z odnośnego piśmiennictwa, zebranego w pracach N e l k e n a, przytoczyć tu należy poprzednio, co następuje:

A s c h a f f e n b u r g stwierdza, że niepamięć wsteczna zdarza się w padaczce, eklampsji, powieszaniu się, zatruciu tlenkiem węgla, wstrząśnieniach mózgu i związanych z tem zranieniach głowy. Zagadnienie to jest zupełnie zagadkowe. Niewiadomo, dlaczego w jednych przypadkach istnieje niepamięć, w innych zaś dokładne przypominanie sobie. Zamącenie świadomości samo przez się nie może być uważane jako przyczyna wygaśnięcia wspomnień. Stosunek przypominania do stopnia i obszaru zaburzenia świadomości jest zupełnie niezrozumiały. Wnioskowanie ze wspomnień o stopniu zaburzenia świadomości jest zupełnie nieusprawiedliwione i zatarcie wspomnień nie pozwala na żadne wnioski co do stanu świadomości. Należy się liczyć z auto-suggestją zapominania.

N e u s t a d t podaje, że organiczny zespół objawów w urazowych uszkodzeniach mózgu podlega — co wydaje się dość ważnem — zmienności i fluktuacji w natężeniu poszczególnych objawów w zależności od

ogólnego nastawienia chorego i momentów jego przemijającej sugestywnej gotowości. Występując w obronie organicznego podłoża tych zaburzeń, przyznaje on jednak, że dołączają się do nich psychorodne nawarstwienia, nasilenia i utrwalenia, odpowiadające naogół mechanizmom psychorodnym. Choroba organiczna może wywoływać mechanizmy podobne do hysterji, to nie ma być jednak dowodem, jak to podkreśla N e u s t a d t, aby te mechanizmy nie miały być organiczne. Specjalnie w uszkodzeniach czołowych części mózgu podkreśla się wychodzenie na jaw charakterologicznych cech tego rodzaju osobników.

I s s e r l i n, natomiast w uszkodzeniach mózgu bezsprzecznie uznaje nie tylko objawy rzekomo czynnościowe, ale i najprawdziwsze objawy psychorodne, które zdarzają się nawet bardzo często. Powołuje on się na stare w tym kierunku doświadczenie, że mózgowo chorzy podlegają takim właśnie zaburzeniom, i stwierdza, że nie należy tego rodzaju objawów podciągać pod zaburzenia organiczne. Jeżeli zważyć, że I s s e r l i n operuje materiałem urazów mózgowych pochodzenia niesamobójczego, to jasnem jest, że u niedoszłych samobójców z następczym urazem mózgu mechanizmy katalimiczne mogą się napotykać jeszcze częściej, i nic nas nie skłania do uznawania ich za objawy ściśle organiczne.

Amnezje stanów pomrocznych, jak to już zaznaczył N e l k e n w jednej ze swoich poprzednich prac, nie są genetycznie jednorakie. W każdym razie należy przyjąć więcej mechanizmów, które powodują amnezję, i w wielu — kto wie, czy nie w większości przypadków — współdziałają, aby ją wywołać i utrwalić (S t e r n). Niedostateczne utrwalenie w mózgu najświeższych obrazów pamięciowych w porównaniu do obrazów pamięciowych starszych mogłoby tłumaczyć ich łatwiejsze wypadanie po wstrząśnieniach mózgu. W sprzeczności z tego rodzaju poglądem są przypadki, w których pamięć szczegółów aż do samej utraty świadomości jest zachowana (H a n d e l s m a n). Każda amnezja po nieudanem samobójstwie jest poczęści amnezją psychorodną. W amnezjach psychorodnych B l e u l e r podkreśla znaczenie mechanizmu wypierania ze świadomości przykrych wspomnień lub wypadków. G r u h l e daje następujące przykłady dla typowej niepamięci organicznej i czynnościowej: Oficer, który po upadku z konia nie przypomina sobie całego dnia, w którym się to stało i rannej przejażdżki przed

wypadkiem, zdradza nie pamięć wsteczną, która jest nie pamięcią całego okresu czasu — nie pamięcią organiczną. — Neuropatyczna panna po teatralnym nieudany machu samobójczym wskutek zawodu miłostnego wyrzuca z pamięci wszystko, co dotyczy ukochanego. Zdradza ona również nie pamięć wsteczną, ale nie pamięć pewnego przeżycia, nie pamięć psychorodną, kompleksową, katatymiczną.

Przejrzymy pokrótce opisane już przypadki dla uprzytomnienia sobie zachowania się nie pamięci.

P r z y p. I¹⁾. Plut. zaw. C. M. został znaleziony rano w lesie miejskim współ z trupem młodej kobiety ze śladami ran postrzałowych na głowie i w okolicy serca. Leżał on z głową przestrzeloną nawylot, od skroni do skroni, dając jeszcze słabe oznaki życia, i zupełnie nieprzytomny. — Otwór wejściowy kuli ze śladami osmażenia skóry znajdował się w prawej okolicy skroniowej na poziomie górnego brzegu muszli usznej, 4 cm. ku przodowi od niej. Otwór wyjściowy niewielki w lewej okolicy skroniowej, mniej więcej w tym samym miejscu. Denat był przez tydzień nieprzytomny, nie mówił, kał i mocz oddawał pod siebie. Po tygodniu zaczął chodzić i mówić bez związku, przyjmował pokarmy. Polifagja. Oddawał mocz pod siebie jeszcze przez dłuższy czas. Po zagojeniu się ran jest w dalszym ciągu jeszcze półprzytomny i mówi bez związku. Układ nerwowy bez zmian. Po 3 tygodniach skierowany na oddział psychiatryczny. W przeciągu pierwszych 10 dni nieorientowany, na pytania nie odpowiada, poleceń nie spełnia, popłakuje, zawodzi i rozpacza bez umotywowania. — Następnie częściowo orientuje się w sytuacji. Siedzi całymi dniami w łóżku z głową opuszczoną, wspomina swój los, płacze lub rzewnie śpiewa. Stopniowo depresja ustępuje miejsca euforii z wyraźną perseweracją. Przy badaniu sądowym nie umie udzielić żadnych wiadomości z życia przeszłego. Zapytany o powód zamachu samobójczego — odpowiada, że nie wie — z a p a d a w z a d u m ę, s k a r ż y s i ę n a b ó l g ł o w y i z a c z y n a w k o ń c u p ł a k a ć. Kiedyś pyta ma oddziały, g d z i e j e s t j e g o n a r z e c z o n a, p r z e c i e ż n a n i e g o c z e k a. Prosi, aby nie pisać do narzeczonej o tem, że jest chory. Na bliższe pytania o narzeczoną nie odpowiada, opuszcza głowę, wzdycha. Jeszcze po miesiącu luka pamięciowa sprowadza się jedynie do faktu zabójstwa i samobójstwa, występują konfabulacje i urojeniowo zabarwione pseudoreminiscencje (Optymizm wspomnień J a s p e r s a). „N a r z e c z o n e j n i g d y n i e m i a ł. R e w o l w e r u w p u ł k u n i e m i a ł”. Po trzymiesięcznym pobycie w treści swej życzeniowo kompensujące zawody życiowe. Występuje urojeniowy stosunek do otoczenia o lekkim zabarwieniu prześladawczym i wyraźnym zabarwieniu wywyższeniowym, oparty również na mechanizmach psychorodnych. Z biegiem czasu

Od wczesnej młodości nerwowy i wrażliwy, byle czem się przejmował. Nietowarzyski, wszystkie wolne chwile spędzał u narzeczonej. Emigrant z Rosji. Sytuacja w W. P. była dla niego załamaniem się życiowym.

Zaburzenia pamięci w tym przypadku po przeminięciu ostrego stanu wstrząśnieniowego mózgu dają obraz nie pamięci wstecznej całkowitej, sięgającej wstecz daleko poza moment postrzału. Lukę pamięciową zapelniają konfabulacje i pseudoreminiscencje o charakterze kompleksowym, w treści swej życzeniowo kompensujące zawody życiowe. Występuje urojeniowy stosunek do otoczenia o lekkim zabarwieniu prześladawczym i wyraźnym zabarwieniu wywyższeniowym, oparty również na mechanizmach psychorodnych. Z biegiem czasu

¹⁾ N e l k e n. Nie pamięć wsteczna po postrzale głowy. Zabójstwo i samobójstwo. R. Psychj. VII. 1928.

su gęsta i nieprzenikniona zasłona nie pamięci zaczyna przepuszczać światło, pamięć powraca, ale nie całkowicie. W nie pamięci wstecznej ukryte pozostaje nadal wszystko, co ma związek z ciężkim przeżyciem afektywnym, a więc — posiadanie nieprawne rewolweru, fakt samobójstwa z tego rewolweru, narzeczeństwo, osoba narzeczonej, zabójstwo i samobójstwo, przyczyna obecnej choroby. Afektywne reakcje chorego — zahamowanie, smutnienie, mieszanie się, milczenie, przesadne przeczenie, chwilowe przebliski istnienia zabitej narzeczonej — wskazują, że przez mechanizm wypierania przeżycia te, jako zbyt przykre, nie są dopuszczane do świadomości. Prepsychotyczna osobowość plut. C. M. wykazuje od wczesnych lat cechy nie równoważenia psychicznego, składające się na tak zwane u s p o s o b i e n i e s e n s y t y w n e (K r e t s c h m e r). Również i narzeczoną jego, pomimo bardzo skąpych wiadomości, które udało się o niej zebrać, także, a może bardziej jeszcze ten typ psychopatyczny reprezentowała.

P r z y p. II²⁾. X. Z., kokainista z tendencjami homoseksualnymi został znaleziony u siebie w łóżku z przestrzeloną głową, na podłodze zaś leżał bez życia drugi mężczyzna — zastrzelony.

W okolicy lewego stawu żuchwowego znajduje się u X. Z. mała ranka okrągła bez zmian zewnętrznych okolicznej skóry. W odległości 1 cm. od zewnętrznego brzegu prawego oczodołu znajduje się rana, składająca się z 4-ch płatów prostokątnych o brzegach równych i gładkich. Długość krzyżujących się pod kątem prostym cięć wynosi 3—4 cm. Odma pourazowa podoponowa i śródmózgowa płatu czołowego lewego.

Na tle katatymicznego zafalszowania rzeczywistości rozwinęło się u X. Z. zupełne stłumienie inkryminowanego zajścia dramatycznego i przelanie całej kryminalnej strony tego zajścia, na zniechęcenie do skutku powierzonej mu kontroli listów i ogólnego nadzoru osobnika. Konfabulacje katatymiczne są zmienne. Chory podaje, np. kilka wersji, zupełnie różnie skonfabulowanych, popełnionego czynu. W każdym razie zarówno strzały do drugiej osoby, jak i jej śmierć zostały zupełnie stłumione i wyparte ze świadomości, natomiast danie strzału do samego siebie w myśl mechanizmu paranoidalnego zostało przeniesione na drugiego osobnika lub przypisane wypadkowi (potknięcie się przez psa, upadek i mimowolny postrzał). Bezpośrednim rezultatem tego katatymicznego wyobrażenia całej sprawy karnej jest stosunek X. Z. do sądu, pełen wyższości, domagający się bez żadnych zastrzeżeń rozprawy sądowej w celu (zupełnie beznadziejnego) „zrzucenia z siebie hańbiących zarzutów w obronie pamięci zmarłego żołnierza i honoru swego”.

Nie wydaje się ulegać wątpliwości, że organiczne zmiany psychiczne, powstałe wskutek przestrzału płatów czołowych mózgu znacznie ułatwiły to katatymiczne zafalszowanie rzeczywistości narówni z głębokim narcystycznym, wzgl. egocentrycznym nastawieniem i zupełnym brakiem krytycznego stosunku do własnej osoby i jej czynów. W całej obfitej korespondencji chorego jest poza wszystkim, co już zostało przytoczone, zachowanie większości dat i szczegółów, zwłaszcza niekatatymicznych przy rozluźnieniu wewnętrznego związku między kojarzeniami. Poza tem ośpienie psychiczne przyczyniło się do łatwości występowania psychicznych objawów kokainizmu i utorowało jakby im drogę pomimo dłuższej abstynencji od kokainy.

²⁾ N e l k e n. Kokainizm i homoseksualizm. Monogr. Psychj. N. 3, W-wa, 1931.

Przyp. III³⁾). Dnia 23.6.26 w południe w ogrodzie publicznym buchalter S. K. kilkoma strzałami z rewolweru zabił swą żonę i dziecko, a następnie postrzelił się w głowę w okolicy prawej skroni.

Chory nieprzytomny, nie odpowiada na pytania; przyszedł dopiero do siebie mniej więcej po 20 dniach. Na prawe oko zupełnie nie widzi, na lewe — na odległość metra. Osłabienie prawych kończyn. Zdjęcie rentgenowskie stwierdza obecność kuli rewolwerowej w tylnym płacie mózgu.

Ojciec jego pija wódkę i jest popędliwy. Popędliwość jest wogóle cechą charakterystyczną rodziny ojca. Sam chory w dzieciństwie był również popędliwy, często bił siostry, odznaczał się zgryźliwością.

W pożyciu małżeńskim ciężki, zgryźliwy, wybuchowy, miewał częste nieporozumienia z żoną, która bywała bita i uciekała przed nim do znajomych, a ostatnio wystąpiła o rozwód. Sprawą rozwodową bardzo się przejął, uważając ją za skandal; nieprzychylnie dla niego zeznania świadków na sądzie konsysołskim uważał za krzywoprzysięstwo. Z sądu wyszedł pod silnem wrażeniem. Wieczorem u rodziców wspominał, że na drugi dzień z synkiem opuści Warszawę, a na drugi dzień w ogrodzie zastrzelił żonę i synka i ciężko się zranił w głowę.

Znaleziono przy nim list, adresowany do policji, z dnia poprzedniego, a w mieszkaniu jego jeszcze 15 innych listów do instytucyj, redakcyj i innych osób. Zwłaszcza list do Kurjera Warszawskiego jest utrzymany w tonie przesadnej reklamy z prośbą o opatrzenie go tytułem „Zabójca rodzono-syna, żony i samobójca”.

Badanie w Tworkach na obserwacji sądowo - lekarskiej ustaliło u niego przedewszystkiem lukę pamięciową, obejmującą czyn inkryminowany, cały dwudziestodniowy okres późniejszy, a ponadto i okres wcześniejszy, poprzedzający czyn inkryminowany od dnia 15.6.26, t. j. daty wezwania do sądu konsysołskiego.

Pomimo formalnie odzyskanej pamięci zachowanie się w tym kierunku chorego podczas pobytu w Tworkach⁴⁾ było następujące:

O tem, że miał zabić żonę i dziecko w ogrodzie pomologicznym, dowiedział się od sędziego śledczego. On nie o tem nie wie i temu nie wierzy. Był posadzony również o to, że strzelał do siebie, i że kula ugrzęzła mu w mózgu. Tymczasem on sam został umieszczony w szpitalu z powodu bezwładu prawej połowy ciała. Czy udał się do szpitala sam, czy też odwiózł go który z kolegów, rzekomo nie pamięta. Żona jest we Włocławku z dzieckiem na urlopie (sugestia ze strony rodziny). Później oświadcza, że żona jest zabita, ale on jej nie zabił i nie mógł jej zabić, bo był wówczas w szpitalu. Kto żonę zabił, nie wie, dlaczego jego o to posadzają — nie wie, temu, żeby strzelał do siebie, zaprzecza. Gdyby tak było, musiałby mieć ślad a śladu niema. (Istotnie ślad wejścia kuli jest tak mało widoczny, że trzeba go szukać pomiędzy włosami na skroni). Mając wielkie zaufanie do rodziny, gotów jest uwierzyć, że żona i syn nie żyją, jednak nie może w żaden sposób pogodzić się z myślą, że to on ich zabił. Uważa to za złośliwe oskarżenie przez podkupionych świadków. Obiecuje sobie po opuszczeniu szpitala zająć się wyświeśleniem tej sprawy. Jest to bądź nieporozumienie, bądź podstęp. W przeszłości wszystko się wyświeślił. Nie wykazuje

je on jednak wcale żadnego zniecierpliwienia w celu wyświeślenia całej prawdy. Całe zabójstwo jest dla niego zagadką, którą on chce, aczkolwiek niezbyt stanowczo, wyświeślić. Wcale nie odczuwa tego, że z jego świadomości zginął cały miesiąc, przeskakuje od połowy czerwca do połowy lipca, wcale tego nie spostrzegając. Był chory, zaziębił się i prawdopodobnie ktoś z przyjaciół przyprowadził go do szpitala. Z resztą, tego nie próbuje on ostatecznie wyświeślić i porzasta na przypuszczeniu. Przy badaniu wykazuje raczej obojętną grzeczność, niż szczerą gotowość do pomocy w wyświeśleniu prawdy. Jest w dalszym ciągu przekonany, że wcale do siebie nie strzelał, że w głowie wcale niema kuli rewolwerowej, że osłabienie ręki i nogi, jak również zaburzenia wzrokowe zależą od czego innego. Odmienne twierdzenie uważa za kpiny z niego, ze zdrowego rozsądku i t. d.

Co do listów, pisanych przez siebie przed zamachem, nie neguje ich autorstwa, twierdzi jednak, że pisał je dawniej, gdy istotnie nosił się z zamiarem zabicia żony i syna. Ostatnio zaś rzekomo tego zamiaru zaniechał, listy zaś zapomniiał zniszczyć. Zawsze, gdy zachodzi rozmowa o fakcie zabójstwa, jest jak gdyby niepewny tego, co mówi.

Podczas odwiedzin w szpitalu matki zabitej żony z początku przyglądał się jej jakby osobie, mało znanej, potem, jakby uradowany, wykrzyknął: „a, to mamusia” i począł z nią rozmawiać z humorem, jakby nie miał z tą osobą żadnych nieporozumień, pomimo to że teściowa odmówiła podania mu ręki, oświadczaając, że na rękę jego jest krew. Kiedy go ostatecznie znudziło słuchanie ciągłych wyrzutów, bąkał pod nosem: „a to cholera”, głośno zaś z układną grzecznością rozmawiał z „mamusią”. Wreszcie z oburzeniem i unięsieniem nasiał na teściową kiedy mu przerywała, z oburzeniem odmówił jej wszelkich praw ingerencji do rzeczy, pozostałych po żonie, podniósł z naciskiem to, że za zgodą żony ochrzcił dziecko w kościele ewangelickim. Zarzucił jej wreszcie wówczas, kiedy przypominała mu fakt zabójstwa w ogrodzie pomologicznym, że chce wystawić przeciw niemu fałszywych świadków, że przekupuje świadków, żeby go potępić.

W szpitalu jest euforyczny, dziecinny, intelektualnie otepiały, uczuciowo obojętny, zlekka ironiczny i zjadliwy. Na zabawach erotycznych, chce się przypodobać. W kwietniu r. 1928 miał dwukrotnie napad padaczkowy, po którym był przez pewien czas zamałowany. Po kilku dniach stan ten minął.

Aczkolwiek niepamięć wsteczna w opisanym przypadku wydaje się być trwała i ustalona, jednakowoż współludził cech katatymicznych w powstaniu i istnieniu tej niepamięci na podstawie zanotowań w karcie szpitalnej nie wydaje się ulegać wątpliwości. Przedewszystkiem analogicznie do przyp. I-go wykazuje on — na marginesie historii choroby — dość liczne cechy wypierania zgładzenia żony i dziecka z własnej świadomości. Cały stosunek pamięciowy do tego czynu jest jakby nienaturalny: badany nie wykazuje żadnego zniecierpliwienia w celu wyświeślenia całej prawdy. Całe zabójstwo jest dla niego zagadką, którą on chce, aczkolwiek niezbyt stanowczo, wyświeślić. Próby tej jednak nie podejmuje i porzasta na przypuszczeniu, jakby nie chcąc poruszać tego tematu. Nie próbuje sobie wyświeślić, jak powstała jego własna choroba. Tłumaczenie, że listy o samobójstwie dotyczyły tego zamiaru kiedyś w przeszłości i nie zostały zniszczone przez zapomnienie, razi już swoją niezręczną konstrukcją. Wie-

³⁾ N e l k e n. Sześć przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych po postrzale głowy w celu samobójczym. Nakł. Lekarza Wojskowego, W-wa 1931.

⁴⁾ Z karty szpitalnej Zakładu w Tworkach, łaskawie udzielonej przez Dyr. D-ra L. u n i e w s k i e g o.

lekroć zachodzi rozmowa o fakcie zabójstwa, jest on jakby nie pewny tego, co mówi. Również i cały sposób rozmowy z matką żony w szpitalu dowodzi podświadomej chęci pokrycia nieprzyjemnej sytuacji fikcją dobrego humoru.

W związku z konfabulacjami, mającymi na celu podświadome odsunięcie posądzenia siebie o czyn zabójstwa, powstają u niego i urojenia paranoidalne. Więc przedewszystkiem objawy cielesne, spowodowane postrzałem głowy (upośledzenie wzroku, niedowład połowiczny), powstały w szpitalu, gdzie się z nim źle obchodzono i spowodowano obecne pogorszenie zdrowia. Cała pogłoska o tem, że on popełnił zabójstwo i samobójstwo, jest to nieporozumienie i podstęp. Teściowa chce przeciwko niemu wystawić fałszywych świadków i przekupuje tych świadków, żeby go potępić. Te fałszywe zeznania przypominają bezpośrednio katatymicznie związaną z czynem inkryminowanym sprawę rozwodową oraz moment rzekomo fałszywych zeznań w tej sprawie, które dla badanego były znacznym urazem psychicznym i od których datuje się nie-pamięć wsteczna.

Wreszcie podkreślić tu należy psychopatyczne cechy charakteru badanego — cechy rodzinne — popędlliwość i zgryźliwość, cechy, które istniały, przed czynem inkryminowanym. Rysy charakteru po tym czynie, obserwowane w szpitalu, wykazują już wyraźne cechy padaczkowe: jest on bardzo ścisły i akuratywny, zawsze dobrze ubrany, łóżko ma dobrze zaścielane, rzeczy, nawet drobiazgi zawsze uporządkowane. Jest ścisły i drobiazgowy w swych określeniach. Irytuje się stale na tych, którzy mu jego porządek zakłócają.

Przy p. IV⁵⁾. W przypadku rozszerzonego samobójstwa A. badanie wykazało psychozę urazową po postrzale czaszki z podwójną amnezją, inaczej zachowującą się w stosunku do zabójstwa żony, a inaczej w stosunku do udziału badanego w tym rozszerzonym samobójstwie.

A., na polach w pobliżu szosy, wiodącej do Warszawy, wystrzałem z rewolweru pozbawił życia swą żonę i w zamiarze samobójczym strzelił sobie w prawą skroń. Przyczyny tego rozszerzonego samobójstwa, jak to wyjaśniają pisma przedśmiertne, polegały na przewlekłej chorobie żony, niepowodzeniach życiowych i obopólnej niechęci do życia. W życiu cywilnym jest on mechanikiem; według opinii wojskowej — bardzo dobry, prowadzenie się wzorowe, ideowiec, nieco nerwowy, inteligentny.

W latach 1928 i 1929 leczył się w szpitalu z powodu kily mózgowo - rdzeniowej. Choroba, depresja i zamiary samobójcze żony, wreszcie niespodziewane przeniesienie służbowe wprowadziły go w stan silnego zdenerwowania. Po postrzeleniu się, pomimo dwukrotnej trepanacji, rozwinął się stan otępienia pourazowego z wielkim przeczuleniem katatymicznym, powodującym liczne wybuchy podniecenia nerwowego z tendencją do samouszkodzenia. W pierwszym okresie pobytu w szpitalu chory ma świadomość, że ma jakieś świeże blizny na głowie, pociera je często ręką, zwraca się o masć na nie. W związku ze świadomością istnienia tych blizn, prawdziwa ich przyczyna oraz związane z nią zabójstwo żony zupełnie nie istnieją w jego świadomości. Zaprzecza on energicznie świeżość tych blizn. Oczywiście i uświadomienie ich istnienie dają mu powód do licznych konfabulacji. Fakt zabójstwa żony właściwie nie istnieje w świadomości

mejs psychice chorego, przeblyskuje w niej jednak czasem niespodziewanie tak, jakby chory niechcący się przemawiał. Pierwotne jego zeznania odznaczają się niepowiązaniem, urywkowością, gubieniem treści i jakby chętnem zbaczaniem od tematu. Początkowe zeznania jego są urywkowe, niepowiązane i chaotyczne.

Z żywego uczuciowo człowieka, o afektach raczej niestabilnych i zmiennych, jednakowoż bardzo żywych, stał się on po próbie samobójczej własnej oraz po znacznym urazie psychicznym, wywołanym całem zajściem, przygotowaniem do niego i jego wynikiem — śmiercią żony i postrzeleniem samego siebie — człowiekiem afektywnie obojętnym i intelektualnie otępiłym, wykazującym znaczne luki pamięciowe w pierwszym okresie chorobowym, datującym się mniej więcej od 4.8.31. Po tym okresie następuje zarówno pewna intelektualna poprawa, nietyłe przejawiająca się zewnętrznie przy badaniach specjalnych, oraz stopniowa restytucja ogólna pamięci pod wpływem szczegółów, które mu zostały uprzymiśnione przez odwiedzających go krewnych. Luka pamięciowa początkowo wspólna dla obydwu czynów, zabójstwa i samobójstwa, ulega po pewnym czasie bardzo ogólnikowemu wyświeetleniu w sprawie zabójstwa żony, luka zaś pamięciowa, dotycząca się własnego samobójstwa, pomimo istniejących i świadczących blizn na skroniach, pozostała nadal i wyświeetleniu przez dłuższy czas nie uległa. Trudno jest zatem różnie zachowanie się tych luk pamięciowych chcieć objaśnić przyczyną organiczną, a nie ujmować ich, jako mechanicznie katatymicznych.

Niepamięć zatem własnego samobójstwa jest znacznie głębsza i znacznie bardziej utrwalaona w psychice chorego, niż niepamięć zabójstwa żony, wykazująca naogół dość znaczną chwiejność, *lucida intervalla* bez afektywnego zabarwienia lub wzmożone tłumienie. Fakt ten wskazuje pomiędzy innemi na to, że z własną próbą samobójczą człowiek we własnej psychice — zgodnie z instynktem samozachowawczym — biologicznie znacznie trudniej się godzi, niż ze śmiercią, choćby tragiczną osoby, z którą jest najsilniej uczuciowo związany i do której śmierci sam się przyczynił. Wskazuje to bezwzględnie na ścisły związek mechanizmów katatymicznych u człowieka z jego najpierwotniejszymi instynktami biologicznymi.

Analiza zatem tego przypadku pozwala na zrózniczkowanie wytwarzania się niepamięci — po uszkodzeniu mózgu w płatach czołowych — momentów organicznych i nieorganicznych, psychorodnych lub katatymicznych. Widoczne tu bowiem jest, że wywołana przez jeden i ten sam czynnik urazowy, materialnie uszkadzający w płatach czołowych mózg, niepamięć zachowuje się zupełnie różnie w stosunku do dwóch ofiar tego rozszerzonego samobójstwa. Pozwala to na przypuszczenie, że materialny uraz mózgu może jedynie stwarzać predyspozycję, ułatwiać drogę do powstawania niepamięci. Na głębokość zaś i trwałość tej niepamięci mają przedewszystkiem wpływ czynniki katatymiczne, oparte na biologicznym mechanizmie samozachowania jednostki. Do takiego wniosku upoważnia nierównoległość tych dwóch niepamięci, wywołana przez jedno i to samo uszkodzenie mózgu.

W przypadkach postrzału głowy bez uszkodzenia mózgu, opisanych przez Nelkena⁶⁾, nie zdarzała się niepamięć wsteczna. Raz zauważono jedynie objawy nerwicy u osobnika psychopatycznego. W drugim przypad-

⁵⁾ Nelken. Zaburzenia nerwowe i psychiczne po postrzale głowy w celu samobójczym. Samobójstwo rozszerzone. Przypadek VII. R. Psychj. XVIII—XIX, 1932

ku — w stanie zapalenia szpiku kostnego kości czołowej ze starą przetoką nad prawym oczodołem i z ropną wydzieliną — obserwowano skupienie napadów padaczkowych ze stanem pomrocznym, alkoholowo zabarwionym.

W przypadku samobójczego postrzału głowy pod wpływem alkoholu⁶⁾ (przyp. V.) ma się do czynienia z ogólnym stanem majaczeniowym, wybitnie alkoholowo zabarwionym, trwającym przez miesiąc do chwili zgonu. Sekcja wykazała: ropień w płacie czołowym prawym, ropne zapalenie opon mózgowych na podstawie mózgu, ropne zapalenie wyściółki komór mózgowych. W stanie psychicznym podczas tego majaczenia istniało lekkie zamącenie samego faktu samobójstwa, „ponieważ stało to się pod wpływem alkoholu”, luki zaś pamięciowej na wzór niepamięci wstecznej nie było. Denat jest na początku choroby stale współprzutomny. Ogólna duża przeczulica ma dotyk analogicznie do przeczulicy twarzy w przypadku H a n d e l s m a n a. W górnej części klatki piersiowej — pas neuralgicznych bólów (alkoholizm?). Postrzał (z wypłynięciem mózgu) miał miejsce w prawej skroni, otwór wylotowy znajdował się w okolicy lewej kości ciemieniowej.

Przypadek VI-ty, obserwowany przez H a n d e l s m a n a⁷⁾ w Tworkach ze względu na wyniki postrzału głowy i wpływu tego postrzału na istniejące cierpienie psychiczne — schizofrenję — jest wyjątkowo pouczający.

B. A., l. 23, nauczyciel, był leczony w zakładzie prywatnym od 25.11.31. 8.12.31 został przeniesiony do Szpitala Państwowego dla Psychiczenie Chorych w Tworkach. *Schizophrenia*. Dnia 25.4.32 został postrzelony w głowę przez odwiedzącą go narzeczoną, która bezpośrednio potem zabiła się wystrzałem z tego samego rewolweru. Dnia 28.5.32 został on przeniesiony do oddziału chirurgicznego Szpitala Dzieciątka Jezus w celu dokonania operacji wyjęcia kuli. Dnia 16.6.32 został dostarczony z powrotem do Tworek, jako chirurgicznie wyleczony. Dnia 21.6.32 został wypisany z dużą poprawą i zabrany przez brata stryjecznego.

Wywiady: matka nieco nerwowa, pozatem brak obarczenia dziedzicznego. Był dzieckiem upartym i zawziętym. Rozwijał się prawidłowo. Brak pociągu do alkoholu. Do kobiet usposobiony d o ś ć w r o g o. Skończył seminarjum nauczycielskie. Wstąpił na Wolną Wszechnicę Polską na studjum pracy społecznej.

Przeważnie zamknięty w sobie, drobniagowy. Stronił od kolegów, w bardzo rzadkich wypadkach dzielił się swymi spostrzeżeniami z otoczeniem. Był zawsze bardzo religijny. Do Warszawy przybył 1.10.31 na studia. Do 23.11.31 uczęszczał na wykłady. Był stale zamyślony, smutny i osamotniony. Do nikogo się nie odzywał. Na pytania nie zawsze odpowiadał. Od dnia 24.11.31 nie chciał przyjmować pokarmów — „pokarm to jest głupstwo”. Paczkę nadesłaną z żywnością oddał gospodyni do zużytkowania produktów, które jemu nie będą już potrzebne. Wogóle źle sypiał, a w czasie choroby wystąpiła zupełna bezsenność. Od dnia 25.11.31 zaczął zachowywać się dziwnie, występował w roli proroka i męczennika. Odzywał się do kolegów, mówiąc: „będę za was cierpieć w więzieniu, jak cierpieł Chrystus, Piłsudski — za ludz-

kość”. Jego dziwaczne zachowanie się zmusiło kolegów do umieszczenia go w Zakładzie.

Przy przyjęciu do Tworek przygnębiony mówi bez żadnego związku. Głęboki nastrój religijny. Twierdzi, że rozmawia z Bogiem, czuje razem z Bogiem. Pragnąłby przyprowadzić lekarzowi... ludziom wogóle... skrzydła..., aby nigdy nie umierali..., aby mógł człowiek żyć... jak było przy Adamie i Ewie..., tylko aby Ewa nie kusila A d a m a..., on już o to Boga poprosi... ludzie wówczas będą boso chodzili... po co buty?... kiedy może być tak pięknie, radośnie na ziemi. ale bez tego węża... ja tak pragnę, aby się wszystko r o z d z i e w a ł o, jak się n a d z i e w a ł o w t ę s t r o n ę...

Podniecony ruchowo i słownie, mówi chaotycznie i bez związku... „On sam jest nic... marny prosek... wszędzie na każdym kroku... przedewszystkiem Bóg... Wykazuje pewien negatywizm, nie pozwala się zbadać, z uporem twierdzi — „dajcie mi spokój... zamknijcie mnie... po co mnie męczycie?... przyjdziecie leczyć mnie, jak ja poznam Boga”.

Pierwsza faza pobytu chorego w zakładzie jest fazą wzrastającego osłupienia katatonicznego. Bardzo dziwaczny, autystyczny, nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem. Nie chce się witać. Zupełnie rozkojarzony. „Przyszedłem tu cudownie... przez Boga uleczyć...”. Coraz bardziej zamyka się w sobie, wykazuje coraz mniejszy kontakt z otoczeniem, wypowiada liczne urojenia u charakterze religijnym i erotycznym. Nie wita się z nikim, chodzi po sali w koszuli, nie dba o czystość, to znowu leży nakryty koldrą... Gdy do niego podeszść, patrzy groźnie przed siebie, nie witając się. Autyzm i rozkojarzenie coraz bardziej się zwiększają. W końcu prawie zupełnie nieprzystępny, zaniedbany, nie dba o czystość osobistą, zanieczyszcza się. Krzykliwy, hałaśliwy. Nie będąc agresywnym, jest nader dokuczliwy ze względu na natrętny stosunek do otoczenia. Powoli przechodzi w podniecenie katatoniczne. Przeniesiony do oddziału dla niespokojnych chorych, jest bardzo podniecony ruchowo, wyrывa się, nie chce leżeć, kopie nogami, bija głową o łóżko. Wykrzykuje wyrazy bez związku, wyzywa i przeklina. Mówi to po polsku to po rosyjsku. Mało sypia. Zupełnie bez kontaktu z otoczeniem. To podniecenie coraz bardziej się zwiększa. Stale jest w ruchu na łóżku, próbuje wstać, ucieka, wykazuje wybitną skłonność do samookaleczania się: próbuje bić głową o ścianę, tarza się po ziemi, bije nogami i całym ciałem o podłogę, drapie się i kaleczy. Zupełne rozkojarzenie. Dezorientacja. Zupełny brak kontaktu z otoczeniem. Wybitny negatywizm: chory stawia wielki opór przy elementarnych zabiegach (ubieranie, wyprowadzanie do klozetu i t. d.). Sam nie jada, rzuca talerzami, rozlewa jedzenie, krzyczy, płacze, śmieje się, robi dziwaczne miny i gesty, wypłwaja jedzenie. Zanieczyszcza się moczem i kałem. Bardzo źle sypia. W dalszym przebiegu zupełnie nieprzystępny i splątany, wykazuje nadal te same skłonności do samookaleczania się (bije głową o ściany i podłogę).

Fizycznie — anemiczny, blade, bardzo osłabiony. Na ciele — dużo zadrapań i wrzodziańek.

25.4.32 przed południem chory miał odwiedzinę kobiety, która podała się dozorczyńni, jako siostra chorego. Przy pożegnaniu odwiedzająca uściślała chorego — nagle usłyszano huk wystrzału — chory upadł — nastąpił drugi strzał, i zwała się odwiedzająca kobieta, która po chwili zmarła.

Chory leżał na ławce, miał w okolicy lewej kości ciemieniowej ranę postrzałową — koło otworu wejściowego rany było nieco istoty mózgowej. Wylotu kuli nie było. Natomiast w okolicy kości ciemieniowej prawej znajdował się guz wielkości śliwki. — Tętno nitkowate, na ustach — piana.

Po upływie pewnego czasu tętno wyrównało się. Chory

⁶⁾ N e l k e n. Sześć przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych po postrzałach głowy w celu samobójczym. Nakł. Lekarza Wojskowego. Warszawa, 1931.

⁷⁾ Przypadek omówiony przez H a n d e l s m a n a w Tow. Med. Społ. w odczycie p. t. „Nowe prądy w psychiatrii”.

otworzył czy, wykonywał rękami ruchy koło twarzy. W stanie bardzo ciężkim został umieszczony w infirmerji.

W nocy spał spokojnie, po przebudzeniu się pokrzykiwał, starał się zerwać opatrunek. W następnych dniach leży spokojnie, jada zupełnie dobrze, czasem pojełkuje. Na pytania — odpowiada; mówi spokojnie, że czuje się dość dobrze, tylko skarży się na ból głowy. Na pytanie, czy chciałby widzieć kogo z rodziny, odpowiada zupełnie przytomnie i z zastanowieniem, że chciałby żeby tutaj p r z y s z ł a j e g o n a r z e c z o n a. Pamięta, że była ona u niego kilka dni temu. Wie, że jest chory. Datę początku swej choroby określa jako dzień 1.1.31. Wybitna polifagja. Bolesność obydwu policzków przy bardzo delikatnym nawet dotknięciu. B a b i ń s k i — początkowo oboustronnie, na dzień po postrzale — jednostronny, następnie — wątpliwy. Zanieczyszcza się kałem i moczem. Bolesność przy poruszaniu głową. W następstwie zdaje sobie sprawę z wypadku, jakiemu uległ — postrzeliła go narzeczona, n i e w i e j e d n a k, c o s i ę z n i ą s t a ł o. W pierwszych dniach po postrzale głowy leży on na wznak w łóżku, skurczony, z głową wzniesioną ku górze i trzymaną w ten sposób prawie nieruchomo. Od czasu do czasu postępuje, czasem krzyknie półgłosem. Na wołanie od pierwszych dni po postrzale reaguje, odwracając bardzo powoli głowę w kierunku dochodzącego go głosu i spoglądając jakby okiem badawczym. Odszeptuje coś w odpowiedzi, i trzeba go kilkakrotnie pytać — wówczas zbiera siły i odpowiada głośno powoli to, co przedtem szeptał. Skarży się, że go głowa boli, szczególnie przy poruszaniu nią, że z tego powodu postępuje, że jest stale głodny. Wybitna polifagja. Jedzenie, podane mu powtórnie, pochłania z łapczywością, jakby długi czas nie otrzymywał pokarmów.

Na twarzy w okolicy oka prawego utworzyło się rozległe podbiegnięcie krwawe. Istnieje nadwrażliwość przy opatrunkach, głównie na dotyk; szczególnie przykre i bolesne było dotykanie twarzy.

Stan ten trwał około tygodnia. Pamięć jego o tragicznym wypadku nie rozszerza się. Spokojny zupełnie. Zanieczyszcza się stale moczem i kałem i faktu tego nie wyjaśnia. Rana na głowie powoli się zablizniła. Wylew krwawy się wessał. Po stronie prawej głowy, w miejscu, odpowiadającym ew. wylotowi kuli, w miejscu, znajdującym się na linii poziomej, przechodzącej przez kąt żuchwy prawej, w górze na wysokości 13 cm. dostrzega się dwie wyniosłości blisko siebie: w jednej wyniosłości wyczuwa się pod skórą twardy twór okrągły, mały, odpowiadający wielkością kuli brauningowej, obok znajduje się druga wyniosłość, jakby uwypuklone ku górze sklepienie czaszki — byłoby to miejsce deformacji czaszki, powstałe wskutek działania siły odśrodkowej kuli.

Stan psychiczny chorego z dnia na dzień stawał się lepszy. Chory, coraz przystępniejszy, chętnie odpowiada na pytania, kontakt z nim staje się łatwy. Z pozycji, poziomo przykurzonej, przechodzi on stopniowo do coraz swobodniejszej. W końcu porusza się zupełnie swobodnie, wychodzi do ogrodu, wypoczywa na leżaku. Ostatnio próbował czytać, przyznał jednak, że czytanie, aczkolwiek sprawia mu pewną przyjemność, przychodzi mu jednak z pewną trudnością. Wrażliwość skóry na twarzy stopniowo znika. Bóle głowy z czasem ustąpiły. Pozostało jakby uczucie ciężenia głowy. Nastrój się poprawił. Samopoczucie stawało się coraz lepsze. Lekarzy witał z uśmiechem. Polifagja jednak i zanieczyszczanie się trwało przez cały czas. Z krewną, która go odwiedziła, rozmawiał z zainteresowaniem i życzliwie o sprawach domowych.

Badany 19.5.32, wykazuje dobrą orientację i pamięć oraz zupełnie dobry raport z otoczeniem.

Pamięta on dobrze tragiczny wypadek. Rozmawiał z narzeczoną o sprawach obojętnych. Przyznaje, że ona go ko-

chała, on zaś — „chyba nie”, raczej była mu obojętna. Kiedyś dawniej — „tak” — interesował się nią. Przy pożegnaniu strzeliła mu ona w skroń. Pamięta również pierwszy opatrunek — w tym samym pokoju, gdzie miał widzenie. Miewał następnie silne bóle głowy — i bolesność twarzy na dotyk oraz jakiś dziwny ciężar w głowie. Apetyt ma teraz jeszcze wzmożony, ale nie tak dokuczliwy, jak dawniej.

Zapytany o zanieczyszczanie się chory nie odpowiada początkowo na pytanie, stawia czy nieruchomo, skierowane w bok, jakby się zapatrzył i odpowiada wreszcie: „widzę na ścianie figurki”, wskazując na rysunki. Zapytany powtórnie, odpowiada wymijająco: „to była taka swoista polityka... trudno mi wyrazić... (widoczne zahamowanie)... wypadły momenty... coś mi się wydawało... to robiłem raczej pod wpływem mego kolegi, współmieszkańcy pokoju w zakładzie... tak wyglądało, że to on się mną opiekuje, że to on... chodziło o zwyciężającą rzecz... o powstrzymanie się od zanieczyszczania... bo to ważna rzecz i nieprzyjemna... pewnie”. Obiecał powstrzymać się od zanieczyszczania się.

Zorientowany w miejscu i czasie, słabiej nieco w sprawach życia codziennego. Brak amnezji, dotyczącej zarówno samego tragicznego zajścia, jak i amnezji po zajściu. Brak porażen pochodzenia centralnego. Urojeniowy stosunek do otaczających go chorych zdaje się być zaznaczony. Znaczne obudzenie się samokrytycyzmu w stosunku do choroby.

Somatycznie: Typ leptosomiczny, budowa prawidłowa, odżywianie mierne (przybyło mu 16 kilo). W płucach — nad prawym szczytem wypuk nieco skrócony, wydech zaostroszony, bez rzeżeń. W układzie nerwowym — B a b i ń s k i i O p p e n h e i m lewostronny — wątpliwy — Stany podgorączkowe prawie stałe.

Chory po wyjściu z pokoju lekarskiego spotkał się z mającym zamiar go odwiedzić bratem i przywitał się z nim bardzo serdecznie.

W godzinę później dostał on po raz pierwszy ataku drgawek. Po napadzie — w przeciągu kilku godzin — stan jakby pewnego zamroczenia. Nie mógł sobie pozbierać wspomnień, czy go kto poprzednio odwiedzał, i z trudem przypominał sobie poprzednie badanie lekarskie.

W dalszym przebiegu chory nie miał więcej napadów padaczkowych. Pozostał nieco dziwaczny i afektywnie obojętny. Skierowany został do Szpitala Dzieciątka Jezus w celu prześwietlenia czaszki. Stwierdzono tam odłamki kości przy ranie wejściowej w istocie mózgu, przy ranie wyjściowej w oponach. Zostawiony w oddziale chirurgicznym.

Po operacji i pobycie w oddziale chirurgicznym (28.V.32—16.VI.32) odstawiony z powrotem do zakładu w Tworach. Spokojny, przystępny, zorientowany, dorzeczny, bez luk pamięciowych. W stosunku do swego stanu jednak bezkrytyczny: uważa, że jest zupełnie zdrow, że w takim samym stanie został tu za pierwszym razem umieszczony, wogóle nie kwalifikował się do szpitala dla umysłowo chorych, mógł jedynie przez czas krótki przebywać w oddziale dla nerwowo-chorych, gdyż był tylko nieco podrażniony i przepracowany. W zachowaniu swym jest mało ożywiony, apatyczny, zahamowany. Pod koniec pobytu w szpitalu nie stwierdzono u niego żadnych głębszych defektów intelektualnych, ani też zaburzeń pamięci. 20.VI.32. wypisany z dużą poprawą. W kilka miesięcy po wypisaniu ze szpitala chory ten był ponownie zbadany, i wówczas stwierdzono u niego utrwalenie poprawy, umożliwiające pracę zawodową.

Powyżej opisany przypadek nie odpowiada w rzeczywistości zupełnie określeniu rozszerzonego samobójstwa. Jest to właściwie chęć skrócenia cierpień psychicznej chorej drogiej osoby za pomocą zabójstwa i ode-

branie sobie następnie życia⁸⁾). Ponieważ chęć pozabawienia życia tej psychicznie chorej osoby pozostała zabójstwem nieudanym, i osoba ta mogła podlegać w dalszym ciągu obserwacji lekarskiej, zawdzięczamy tej okoliczności zdobycie bardzo cennego materiału obserwacyjnego. Zabójstwo to miało, mianowicie, miejsce: 1) bez wiedzy tej osoby i bez jakichkolwiek z tym faktem związanych konfliktów psychicznych, 2) ciężko ranny został osobnik z wybitną introwersją i odwróceniem się od świata zewnętrznego. Ponadto postrzał głowy i mózgu, nie wywołując żadnych porażań nerwowych (jedyny atak padaczki J a c k s o n a ustąpił po chirurgicznym oczyszczeniu ran z odłamków kości) wpłynął na bardzo znaczną poprawę poprzedniego stanu psychicznego wogóle i na powrót do rzeczywistości w szczególności. Ten postrzał głowy nie spowodował nawet śladu niepamięci wstecznej, a pozatem wywołał on wyleczenie zupełnie wyraźnej, kilka miesięcy trwającej katatonicznej formy schizofrenji, psychozy, nie stojącej w tym przypadku w żadnym związku z tem tragicznym zajściem i zupełnie od niego niezależnej. Sam fakt tego zajścia przedstawia się następująco:

Do psychicznie chorego na katatonję studenta, przebywającego w zakładzie w Tworkach, przyjeżdża do odwiedzin jego narzeczona. Po spokojnej rozmowie i zachowaniu się podczas widzenia narzeczona przy pożegnaniu się strzela choremu w skroń, a drugim wystrzałem w głowę kładzie się trupem na miejscu. O tym, widocznie już poprzednio zamierzonym epilogu psychicznie chory student zupełnie nie wiedział. Wyłączony zatem zostaje wszelki katatymiczny udział w tem samobójstwie. Pamięć o tych tragicznych odwiedzinach i nawet pamięć pierwszego opatrunku na miejscu tych odwiedzin jest zupełnie zachowana. Jedynie pamięć śmierci samobójczej odwiedzającej go osoby, śmierci, która nastąpiła bezpośrednio po ciężkim postrzale głowy chorego, nie została wogóle spostrzeżona.

Urojenia chorego są pełne kompleksów, znajdujących się, jak to często bywa, w ostrej schizofrenji na powierzchni.

Pozatem nie jest wyłączone, aby ogólny wstrząs mózgu, wywołany postrzałem czaszki, nie przyczynił się w dalekiej analogji z wpływem gorączki zimniczej do polepszenia się stanu psychicznego.

Nie ulega wątpliwości, że opisany czyn przestępczy należy do grupy zabójstw z miłości („Geliebtenmörder“⁹⁾), komplikuje on się jedynie jeszcze drugą grupą — grupą zabójstwa z litości nieuleczalnie chorej osoby. Po trzecie zaś, przypadek ten dopełnia się samobójstwem wykonawczym. W ten sposób powstaje samobójstwo rozszerzone, poprzedzone i uwarunkowane zabójstwem ciężko chorej drogiej osoby. Rozpatrując zabójstwa z miłości wogóle, odróżniamy w nich następujące osobliwości:

1) usuwanie kochanka lub kochanki bez wyraźnego związku pomiędzy stosunkiem miłosnym a czynem przestępczym;

2) zabójstwo kochanka lub kochanki nie tylko

⁸⁾ Znany nam jest przypadek, kiedy mąż, podczas odwiedzin w zakładzie nieuleczalnie chorej na schizofrenję żony, otruli ją i siebie cjanidem potasu.

⁹⁾ „Verbrechertypen“ hrsgg. von H. W. G r u h l e u u. A. W e t z e l. I. H. Geliebtenmörder, 1913. Berlin, Springer.

za ich wiedzą, ale na ich wyraźne żądanie, zabójstwo, niezmienne często przymykające do podwójnego samobójstwa;

3) samobójstwo strony, zabijającej stronę drugą, samobójstwo za jej wolą lub pomimo jej woli jest zjawiskiem bardzo rozpowszechnionem.

W e t z e l i W i l l m a n n s podają próbę podziału zabójstw z miłości, zaczerpniętych z piśmiennictwa, na trzy następujące grupy:

1) zamiar pozabawienia życia drugiej osoby bez myśli o samobójstwie (motywy: zazdrość, zerwanie, przeszkodzenie małżeństwu z kim innym);

2) analogiczne przypadki, w których sprawca nie popełnia samobójstwa, ale dąży do kary śmierci (sprowadzenie policji, zrzeczenie się ułaskawienia i t. d.);

3) zabójstwo z wiedzą strony zabitej (zabójstwo wymuszone, samobójstwo rozszerzone).

W tej grupie nierzadko plan wspólnego samobójstwa powstaje w głowie dziewczyny, która w planowym wypełnieniu tej myśli przekonywa kochanka o konieczności wspólnej śmierci.

Ostatnio opisany przypadek, jak to już zaznaczono, jest przypadkiem, wyjątkowo skombinowanym, w którym jedna strona jest ciężko psychicznie chora, druga zaś, po usiłowaniu pozabawienia życia z litości psychicznie chorego narzeczonego, popełnia samobójstwo. Postrzelony w głowę chory schizofrenik nie tylko nie wykazuje żadnego śladu niepamięci, ale bezpośrednio po postrzale głowy jakby „ocknięcie się”, praktyczne wyleczenie z ostrego napadu schizofrenji. Ten zupełny brak niepamięci może być spowodowany brakiem bezpośrednich cech katatymicznych w związku z postrzałem mózgu, jako cech, powodujących wypieranie ze świadomości, w świetle spowodowanego przez proces schizofreniczny autyzmu z odwróceniem się od świata zewnętrznego.

Okoliczność, że tego rodzaju zamiary, analogiczne do ostatnio opisanego przypadku, nie zawsze ulegają zamierzonemu wynikowi, sprawia to, że przypadki te podlegają badaniu sądowemu i obserwacji psychiatrycznej (W e t z e l i W i l l m a n n s).

Z Uniwersyteckiej Kliniki Lekarskiej „La Pitié” w Paryżu.
(Kierownik: Prof. Marcel L a b b é).

Wpływ na podstawową przemianę oddechową ciał, działających wybiórczo na układ nerwowy obokwspółczulny^{*)}.

Podał

Dr. med. M. RUBINSZTEJN (Wilno).

(Dok. — patrz Nr. 18).

II. A c e t y l c h o l i n a.

Zastrzykiwaliśmy domięśniowo 0,2 gr. acetylcholin³⁾. Jak to wykazał m. inn. i J u s t i n - B e s a n - c o n, acetylcholina jest trwała tylko w stanie suchym, rozkładając się łatwo w obecności wody. Dlatego też

^{*)} Doniesienie tymczasowe z tej pracy ogłosiliśmy wspólnie z Prof. M. L a b b é. C. R. Soc. Biol. 112, 1939, 1933; 112, 947, 1933; 112, 1040, 1933.

³⁾ Preparaty acetylcholin były nam dostarczone z laboratorium Prof. V i l l a r e t a przez Doc. J u s t i n - B e s a n c o n a, za co mu serdecznie dziękujemy.

używaliśmy roztworów sporządzanych *ex tempore* bezpośrednio przed zastrzyknięciem.

Przeważnie oznaczaliśmy przemianę podstawową tylko 2 razy: przed — oraz 1 godz. po zastrzyknięciu. W tym bowiem czasie, jak to już wykazał J u s t i n - B e s a n ç o n, i jak to mogliśmy potwierdzić (Tabela IV), hipoglikemja, następująca po acetylcholinie,

osiąga swoje wartości najniższe. W 3 przypadkach badaliśmy przemianę oddechową częściej, a mianowicie w odstępach półgodzinnych w ciągu 2 godzin. Pokazało się, że w tych przypadkach największe zmiany przemiany podstawowej miały miejsce mniej więcej 1 godz. po zastrzyknięciu, a więc jednocześnie z maksymalną hipoglikemją.

T a b l i c a III

Wpływ acetylcholin na poziom cukru we krwi

Nazwisko	Rozpoznanie	Cukier we krwi w mg %					
		Przed acetylcholiną			1 godz. po acetylcholinie		
		Krew włos.	Krew żylna	Różn.	Krew włos.	Krew żylna	Różn.
M. Nic.	Wład rdzenia	106,5	104	2,5	89,9	84,5	5,4
M. Chap.	Otyłość	108	106,3	1,7	91,7	—	—
M-me Lab.	Choroba Basedowa	99,8	95,4	4,4	91,0	90,5	0,5

Z nielicznymi wyjątkami przemiana podstawowa obniża się, często po przemijającym podniesieniu w pierwszej ½ godz. po zastrzyknięciu. Obniżenie to jest w różnych przypadkach różnego stopnia, wahając się między 3,2% a 17%, przeważnie jednak nie przekracza 10%. Najsilniejsze obniżenie było stwierdzone w przypadku dychawicy oskrzelowej oraz w jednym przypadku wyraźnej wagotonji (wrzód żołądka) z dodatnim odruchem oczno-sercowym. Najłabsze zmiany przemiany podstawowej stwierdzaliśmy w przypadkach schorzeń układu nerwowego (wład rdzenia i t. d.) oraz u jednego ozdrowieńca po przebytych gościcu stawowym.

Ciekawe, że przypadki słabego działania acetylcholin były to właśnie przypadki, gdzie działanie adrenaliny (zarówno na przemianę podstawową, jak i na ciśnienie krwi i tętna) było najsilniejsze. Natomiast w badanym przypadku dychawicy oskrzelowej (silne działanie acetylcholin) działanie adrenaliny było najslabsze⁴⁾.

Działanie więc acetylcholin na przemianę podstawową jest pod tym względem antagonistyczne względem adrenaliny.

Współczynnik oddechowy bądź nie ulegał żadnym zmianom, bądź też doznawał pewnego spadku. Można zapytać, czy to zmniejszenie współczynnika oddechowego powstaje wskutek obniżonego spalania węglowodanów.

Objętość oddechowa jest często powiększona, zwłaszcza w pierwszej półgodzinie po zastrzyknięciu.

Tętno jest zwolnione wskutek podrażnienia nerwu błędnego.

Działanie acetylcholin na przemianę oddechową, pod pewnymi względami antagonistyczne względem adrenaliny, świadczyłoby o tem, że chodzi tu o działanie układu obokwspółczulnego. Świadczy o tem również i to, że działanie jej jest najwybitniejsze w przypadkach wagotonji, ustalonej na podstawie reakcji wobec adrenaliny oraz na podstawie dodatniego odruchu oczno-sercowego. Acetylcholina ma więc wpływać na przemianę oddechową przez podrażnienie układu obok-

współczulnego — w sposób więc podobny, jak działa na serce, naczynia, ciśnienie krwi, poziom cukru i t. d. (H. Frédéricq, H. Roger, Dale, Hazard i Mercier, Justin-Besançon i t. d.). Wykazanie antagonizmu pomiędzy acetylcholiną a adrenaliną również i w zakresie przemiany oddechowej stanowi potwierdzenie poglądu różnych badaczy, którzy, jak nprz. Gautrellet i Loewi, uważają acetylcholinę za wydzielinę wewnętrzną, której znaczenie fizjologiczne polega na zrównoważaniu działania adrenaliny.

W 3 przypadkach choroby Basedowa średniego stopnia (przemiana podstawowa 50—70%) próbowaliśmy stosować przez dłuższy czas acetylcholinę celem osiągnięcia, drogą pobudzenia układu obokwspółczulnego, stałego obniżenia przemiany podstawowej. Wychodziliśmy z założenia, że przeciwdziałanie istniejącej w chorobie Basedowa sympatykotonji mogłoby być z pewną korzyścią również i dla stanu przemiany podstawowej. Widzieliśmy bowiem, że sztuczne podrażnienie u ludzi zdrowych układu współczulnego (adrenalina) podnosi w niezmiernie wysokim stopniu poziom przemiany podstawowej. Wyłania się więc myśl obniżenia jej przez zadziaływanie na układ antagonistyczny obokwspółczulny.

Zastrzykiwaliśmy naszym chorym co 2—3 dzień domięśniowo 0,02 gr. acetylcholin przez mniej więcej miesiąc czasu. Chorzy nasi przez ten czas znajdowali się w łóżku, nie mając w danym okresie czasu żadnego innego leczenia poza acetylcholiną. Okazało się jednakże, że acetylcholina, nawet stosowana przez dłuższy czas, nie może w sposób trwały obniżyć przemiany podstawowej w znacznym stopniu. Poza tem zastrzegamy się, że pewien spadek p. p., jaki otrzymywaliśmy, pochodzi może częściowo stąd, że chorzy nasi odpoczywali w łóżku. Wspomnijmy, że również i przez przeciwdziałanie sympatykotonji drogą porażenia układu współczulnego (johimbina) nie mogliśmy (w doświadczeniach ogłoszonych wspólnie z Prof. M. L a b b é) uzyskać zadawalającego stałego spadku przemiany w chorobie Basedowa.

Przez same podziaływanie więc na układ nerwowo-roślinny w kierunku przeciwnym sympatykotonji (porażenie układu współczulnego lub podrażnienie układu

⁴⁾ Przypadki te są podane w pracy wspólnej z Prof. M. L a b b é. C. R. Soc. Biol. 1933 i Arch. Mal. App. Dig. 1934.

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

K. MEZEY. **Działanie Coraminy i Calcio-Coraminy na preparat sercowo-płucny według metody Starlinga.** (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. T. 177, z. 2/3, 1935).

Autor wykonał doświadczenia nad działaniem coraminy i calcio-coraminy na preparatach sercowo-płucnych i doszedł do następujących wniosków: 1. Serce wydolne reaguje na coraminę w stężeniu 1 : 4000 — 1 : 3000 zwiększeniem amplitudy i nieznacznie zmniejszeniem częstości skurczów przy utrzymanej objętości minutowej. W stężeniu zaś 1 : 1650 albo przy kilkakrotnym podawaniu coraminy w stężeniu 1 : 3000 następuje najpierw przejściowe obniżenie ciśnienia tętniczego bez zmiany objętości minutowej. 2. W samoistnie występującej niedomodze serca i w uszkodzeniu serca pernoctem coramina w stężeniu 1 : 3000 obniża zwiększone ciśnienie w prawym przedsionku, podnosi ciśnienie tętnicze i zwiększa objętość minutową. 3. Działanie coraminy na preparat sercowo-płucny sprowadza się do spowodowania silniejszego rozkurczowego zwiotczenia mięśnia sercowego. 4. Działanie calcio-coraminy na serce wydolne powoduje w stężeniu 1 : 15000 — 1 : 3000 zwiększenie częstości skurczów, nieznaczne podniesienie ciśnienia tętniczego bez zwiększenia amplitudy i nieznaczne zwiększenie objętości minutowej. 5. Na niewydolnym sercu calcio-coramina powoduje znaczne podniesienie ciśnienia tętniczego, zmniejszenie ciśnienia w prawym przedsionku, podniesienie częstości skurczów i zwiększenie objętości minutowej. Podniesienie napięcia sprowadza się do działania składowej wapnia w calcio-coraminie. 6. Przy porównaniu działania calcio-coraminy z chlorkiem wapnia z uwzględnieniem stosunku wapnia w jednym i drugim istnieje ilościowa różnica na korzyść calcio-coraminy. 7. Zwiększenie objętości minutowej niewydolnego serca jest znaczniejsze po samej coraminie, niż po calcio-coraminie. 8. Obniżenie ciśnienia, jakie następuje po dużych stężeniach coraminy, nie występuje po dużych stężeniach calcio-coraminy. F. Mikulska.

SALMON. **Działanie lecznicze dinitrofenolu.** (Presse Médicale, Nr. 18, 1935).

Dinitrofenol zdobywa prawo obywatelstwa, jako lek, przyspieszający procesy spalania organicznego, i jako taki znajduje zastosowanie w leczeniu otyłości. Lek ten w doświadczeniach na zwierzętach ujawnia duży stopień toksyczności; Johnson stwierdził uszkodzenie wątroby i nerek po dawce, przekraczającej 40 razy dawkę, stosowaną u ludzi. Dawka śmiertelna stanowi 16-tokrotną zwykłej dawki leczniczej. Przeciwwaga nad tyrooidyną jest ta, że nie działa na serce i układ nerwowy roślinny. Dotychczas ogłoszono 3 przypadki zatrucia śmiertelnego. Objawów przewlekłego zatrucia po dłuższym stosowaniu średnich dawek nie spostrzega się ani u zwierząt, ani u ludzi; dokładna obserwacja przy kilkutygodniowym stosowaniu nie wykrywa uszkodzenia ani wątroby, ani nerek, ani objawów niedomogi krążenia, a przemiana podstawowa przyspiesza się przeciętnie o 30%. U pewnej grupy chorych zaznacza się skłonność do biegunek, u innych napadowo poty, uczucie gorąca; wszystkie te objawy nie są przeszkodą do dalszego stosowania średnich dawek. Autorzy amerykańscy spostrzegali po dinitrofenolu stany zapalne skóry, pokrzywkę, której towarzyszą czasami poważne objawy ogólne, mijają jednak 4 — 5 dni po zaprzestaniu podawania leku. Po większych, dłużej stosowanych dawkach spostrzegano żółtawe zabarwienie powłok, zależne od właściwości barwliwych samego leku. Występująca czasami oliguria również ustępuje po odstawieniu leku i jest może związana z napadami potami. W jednym przypadku zanotowano przejściowo krwimocz. Możliwość wyliczonych objawów ubocznych nakazuje stosowanie dini-

trofenolu pod ścisłą i ciągłą obserwacją lekarską. Autor stosował dinitrofenol u otyłych w dawce 25 mg. na 10 kg. wagi na dobę. Spadek wagi wynosi przeciętnie 800 gm. na tydzień. Obok dinitrofenolu wskazane są równocześnie ćwiczenia fizyczne i zalecenia dietetyczne. W związku z publikacją o dodatnim działaniu dinitrofenolu w stanach depresji stosował autor ten lek z dobrym skutkiem w nerwicy żołądkowej z upośledzonym łaknieniem.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

O. MAYER. **O zaopatrzeniu ran nosa zewnętrznego przez lekarza.** (Wien. kl. Woch. Nr. 4, 1934).

Zranienia nosa zewnętrznego stanowią jedno z najczęstszych uszkodzeń sportowych. Wskutek upadku lub uderzenia często przychodzi do złamania kostnej części nosa z przemieszczeniem odłamków do wewnątrz, wskutek czego powstaje nos siodełkowaty lub skrzywienie nabok. Celem uniknięcia tych stanów należy natychmiast nastawiać złamane kawałki kości w ten sposób, że w oszłomieniu chlorkiem etylu unosi się od wewnątrz zapomocą wprowadzonego do nosa unosiciela (*elevatorium*) grzbiet nosa i modelując doprowadza się nos do właściwego położenia. Poddać należy zawsze badaniu również wnętrze nosa i zwracać uwagę na złamania przegrody nosowej i powstanie w niej krwiaków, gdyż inaczej łatwo przychodzi do zwężenia, a w razie nieotwarcia w porę powstałego z krwiaka ropnia przegrody nosa — do martwicy tej przegrody i zapadania się nosa.

A. Neumann (Baden-Wien).

RIML i MOTLOCH. **Powikłania wewnętrzne stanów zapalnych migdałków podniebiennych i wskazania do tonsillektomji.** (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Tom 177. Zesz. 1, 1934).

Jeszcze przed 25 laty wskazał Pässler na znaczenie stanów zapalnych migdałków podniebiennych w powstawaniu schorzeń różnych odległych narządów, szczególnie serca, nerek i stawów, oraz ostrych i przewlekłych stanów septycznych. Nauka o migdałkach, jako o ognisku infekcyjnym, przyjęła się szczególnie w Ameryce. Na materiale 200 chorych chcieli autorzy wyjaśnić następujące zagadnienia: 1) jakie schorzenia migdałków (ostre czy przewlekłe) powodują powikłania wewnętrzne? 2) sposób, częstość i mechanizm powstawania schorzeń wewnętrznych współistniejących lub następnych; 3) porównanie wyników postępowania zachowawczego i operacyjnego. Wyniki tonsillektomji nie zależą od techniki zabiegu, jego radykalności lub dokładnych wskazań. W schorzeniach wewnętrznych tonsilogennych szczególną rolę odgrywa przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych: w 44% przypadków proces zapalny był wyłącznie przewlekły, w 33% — przewlekły z zaostrzeniami, w 22% — proces zapalny ostry i w 1% — ropień migdałka. W 44% schorzeń tonsilogennych zdarzały się nawroty. Według częstości zdarzały się następujące schorzenia: *polyarthritis i endocarditis* w 37%; tylko *polyarthritis* w 22.5%; tylko *endocarditis* w 13%; zapalenia nerek w 13%; *myalgiae* w 5%; przewlekłe stany podgorączkowe w 3%; tyroozy w 3%; *neuritis* w 2.5%; *sepsis acuta* w 1%. Porównanie wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego przeprowadzono u 130 chorych, poddanych późniejszemu badaniu. Wyniki przemawiają za możliwie wczesną tonsillektomją. W tonsilogennych schorzeniach wielostawowych należy do zabiegu przystąpić po ustąpieniu pierwszego rzutu choroby, ale i w nawrotach oraz w przewlekłych zapaleniach stawów. Wynik tonsillektomji przejawia się w częstszym, szybszym i zupełniejszym wyniku leczniczym oraz w większej rzadkości nawrotów cierpienia. Również w

stosunku do innych tonsillogennych schorzeń dochodzą autorzy do wniosku, że wczesna tonsillektomia posiada duże znaczenie zapobiegawcze i lecznicze.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

WINKELSTEIN. Oesophagitis peptica. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 11, 1935).

Przyczyny stanów zapalnych przełyku dzieli się w sposób następujący: 1) podrażnieniowe (mechaniczne, ciepłe, chemiczne, włączając tytoń i alkohol); 2) swoiste (kila, gruźlica, promienica); wreszcie 3) wtórne, jako powikłania a) kurczu wpustu, b) uchyłków i c) nowotworów. Autor miał możliwość obserwowania szeregu przypadków, które nie mieściły się w przyjętej klasyfikacji. Objawy kliniczne były przytem tak wyraźne i określone, że nasuwały przypuszczenie, że chodzi o odrębną postać chorobową. Wszyscy ci chorzy byli w starszym wieku, wobec czego istniało podejrzenie w kierunku sprawy nowotworowej, którą jednak wyłączał czas trwania schorzenia i wyniki biopsji. Schorzenie ma charakter przewlekły, daje zaostżenia i zwolnienia, przypominające przebieg kliniczny wrzodu trawiennego. W 3 przypadkach współistniał wrzód dwunastnicy, w jednym poprzedzał schorzenie wrzód trawienny przełyku. Objawy dominujące — ból za mostkiem, zgaga i kwaśne odbijania, przypominają wrzód trawienny przełyku, przyczem dla obu schorzeń wspólne są również nieregularne w rentgenie kurcze dolnej części przełyku bez rozszerzenia powyżej. Dopiero czofagoscopia pozwala wyłączyć wrzód trawienny i stwierdza rozlany proces zapalny o charakterze ostrym lub przewlekłym. Leczenie, stosowane we wrzodach trawiennych, daje i w tem schorzeniu wyniki dobre. Autor zebrał 5 przypadków i proponuje nazwę *oesophagitis peptica*, ponieważ proces zapalny zostaje wywołany naskutek podrażnienia śluzówki przełyku treścią kwaśną — kwasem solnym i pepsyną. Sok żołądkowy wnika do światła dolnej części przełyku i zostaje tu dłużej naskutek kurczu wpustu żołądka; przy istniejącej „konstytucji wrzodowej” może dojść do uszkodzenia śluzówki przełyku. Wtórna infekcja może spowodować przejście procesu zapalnego w proces ropny. Stany kurczowe wpustu żołądka widzi się w rentgenie szczególnie często we wrzodzie trawiennym żołądka lub przełyku.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

E. WESSELY. Zmiany głosu w schorzeniach krtan (Wien. kl. Woch. Nr. 8, 1934).

Wszędzie tam, gdzie zmiany głosu występują wraz z innymi objawami schorzenia krtani, jak dolegliwości polykowe lub duszność, istnieje niewątpliwie poważna sytuacja. Lecz tam, gdzie występuje sama tylko chrypka, rozwijająca się stopniowo lub występująca ostro, a trwająca dłużej, niż 4 tygodnie, nie należy jej również uważać za niewinny objaw; wymaga ona, podobnie jak chrypka z powikłaniami, o której była wyżej mowa, dokładnego zbadania.

A. Neumann (Baden-Wien).

H. BRUNNER. W sprawie znaczenia rozpoznawczego encefalografii powikłań mózgowych pochodzenia usznego. (Wien. kl. Woch. Nr. 7, 1934).

W dwóch przypadkach ropnia płata skroniowego i w jednym przypadku ograniczonego prawdopodobnie zapalenia opon mózgowych przeprowadzono dołędźwiową encefalografję bez żadnej szkody dla chorych. Metody tej jednakże nie można bynajmniej zawsze uważać za zupełnie wolną od niebezpieczeństw, zwłaszcza w ograniczonych schorzeniach zapalnych mózgu i opon mózgowych (rozdarcie ogniska ropnego). Pomimo to autor sądzi, iż w bardzo trudnych pod względem rozpoznawczym przypadkach powikłań pochodzenia usznego, które przebiegają bez wysokiej gorączki i bez tarczy zastoinowej, należy zalecać encefalografję jako ostateczny środek rozpoznawczy. A. Neumann (Baden-Wien).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Wesley W. SPINK. Wpływ szczepionek, zakażeń bakteryjnych i pasorzytniczych na eozynofilję zwierząt. (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, z. 5).

Eozynofilja świńek morskich zakażonych przez *trichinella spiralis* spada pod wpływem zakażenia prątkiem Kocha, gronkowcem złocistym oraz *trypanosoma equiperdum*. Zabite przez ciepło prątki gruźlicze nie wywoływały zmian wyraźnych. Często powtarzane wstrzykiwania szczepionki durowej wzmagają eozynofilję. Zmiany pod wpływem czynników zakaźnych przejawiały się przede wszystkim we krwi; w szpiku kostnym liczba komórek kwasochłonnych była prawidłowa, mniej tylko stwierdzono postaci młodszych. Autor przypuszcza, że chodzi tu o potrzeby ustroju w danej chwili — walka na innym froncie mobilizuje neutrofile, zatrzymując kwasochłonne w szpiku. Może to mieć i znaczenie kliniczne w patologii ludzkiej, jak tego dowodzi przypadek włośnicy u 19-letniego młodzieńca, u którego nie stwierdzono kwasochłonnych we krwi; rozpoznanie pierwotne — dur brzuszny. Po wyleczeniu współistniejącej sprawy ropnej na nodze zjawily się eozynofile. Rozpoznanie włośnicy potwierdzono przez biopsję mięśnia. Eozynofilja zwierząt zakażonych trichinellą wzmagala się pod wpływem przegrzania za pomocą ciepła suchego.

H. Makower (Łódź).

K. SINGER i L. WECHSLER. Znaczenie kliniczne i mechanizm powstawania agalaktozacji. (Wien. kl. Woch. Nr. 3, 1934)

F. Donath stwierdził w zupełnie rozwiniętym obrazie niedokrewności złośliwej całkowitą agalaktozurję. Poza tem schorzeniem stwierdzili autorzy ten sam objaw również w bezsoku żołądkowym bez niedokrewności, dalej w chloranemiach z bezsokiem żołądkowym, a także w zwężeniach dwunastnicy z bezsokiem lub bez niego, z niedokrewnością lub bez niej. Ten typ agalaktozacji nazywają oni jelitowopochodnym w przeciwieństwie do nerkowopochodnego, w którym próg przepuszczalności nerek dla obcych cukrów jest znacznie wyższy, niż normalnie. W drugim typie istnieje galaktozemja, w pierwszym — brak jej.

A. Neumann (Baden-Wien).

KRACKE i GARVER. Rozpoznanie różniczkowe stanów białaczkowych. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 9, 1935).

Dla różniczkowania różnych typów białaczki konieczną jest dokładna znajomość hematopoezy. Nie mówimy już o „chorobach krwi”, a o schorzeniach tkanek krwiotwórczych. Odróżniano dawniej 2 typy białaczki: szpikowej i limfatycznej; obecnie przyjmujemy istnienie trzeciego typu — białaczki monocytarnej. Unitaryści uznają istnienie jednej prakomórki, z której powstają wszystkie elementy komórkowe krwi, a mianowicie „limfocyta”, według innych „hemocytoblastu”. Według dualistów istnieją 2 prakomórki: myeloblast, z którego powstają granulocyty, erytrocyty i monocyty, oraz limfoblasty, z którego powstają dojrzałe limfocyty. Piney przyjmuje istnienie 3 prakomórek: erytroblastu (powstają zeń tylko dojrzałe erytrocyty), myeloblastu (leukocyty i monocyty) i limfoblastu (limfocyty). Trvališci z Schillingiem na czele przyjmują oddzielny cykl rozwojowy dla serii monocytarnej, dla której prakomórką ma być monoblast, którego punktem wyjścia ma być układ siateczkowo-śródbłonkowy. W białaczce widzą jedni tylko hiperplazję leukopoetycznej części szpiku, inni — obecność ognisk szpikowych, w których proces tworzenia dojrzałych postaci ulega zahamowaniu, a dookoła tych ognisk mamy hiperplazję. W białaczce szpikowej zachodzi również pozaszpikowa myelopoeza w elementach łącznotkankowych. W leukemji monocytarnej, mimo iż w warunkach normalnych powstają te komórki z układu siateczkowo-śró-

blonkowego, głównym źródłem jest szpik kostny; większość opisanych przypadków kończyła się, jako białaczka myeloblastyczna. Większy obszar ognisk leukopoezy w szpiku po- ciąga za sobą zmniejszenie obszaru dla erytrogenyzy i trom- bogenezy, stąd towarzyszące objawy niedokrewności i skazy krwotocznej. Rozpoznanie przewlekłej i ostrej białaczki przy istnieniu hiperleukocytozy jest łatwe; trudności zjawiają się przy istnieniu normocytozy lub nawet leukopenji. Najpew- niejszym probierzem rozpoznawczym jest wówczas znaczna przewaga niedojrzałych postaci komórkowych. Białaczka mo- nocytarna jest prawdopodobnie tylko atypowym okresem w przebiegu białaczki szpikowej. Ani różnymi sposobami bar- wienia mazań, ani barwieniem przyżyciowym nie udaje się różnicować różnych typów leukoblastów. W warunkach nor- malnych komórki szpikowe powstają głównie w szniku kost- nym, komórki limfocytarne — głównie w gruczolach chłon- nych i śledzionie. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

E. KRATZENSTEIN. Przypadek ostrej porfirji. (Klin Wschr. Nr. 46, 1934).

Autor podaje opis przypadku wewnątrzpochodnej ostrej porfirji. Obraz chorobowy odpowiadał pod względem klinicz- nym i anatomicznym dotychczas opisywanym przypadkom. Chorą leczono przez pewien czas Campolonom, który wywie- rał zupełnie pewny wpływ na kształtowanie się czerwonego obrazu krwi. Natomiast wpływ na wydalanie porfiryń był wątpliwy. Wyciąg wątrobowy okazał się bez żadnego wpływu na objawy nerwowe. Wczesne rozpoczęcie leczenia wyciąga- mi wątrobowymi w ostrej porfirji wydaje się autorowi wska- zaniem. Coś pewniejszego można by oczywiście powiedzieć do- piero na podstawie obserwacji większej liczby przypadków.

H. L.

Choroby kobiet i Położnictwo.

SEVRINGHAUS. Poprawa objawów menopauzy po preparatach estrogennych. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 8, 1935).

Użycie preparatów jajnikowych w zwalczaniu objawów menopauzy jest bardzo rozpowszechnione. Mają one nietyl- ko łagodzić zwykle dolegliwości okresu przekwitania, ale dzia- łać również korzystnie w głębszych zaburzeniach, przejawia- jących się objawami psychotycznymi lub zespołem objawo- wym t. zw. pseudotyreotoksykozy. Dla kliniki ważne są: czas trwania leczenia, dawkowanie preparatu estrogenicznego, względna wartość różnej drogi podawania hormonu, wybór tego czy innego preparatu z uwzględnieniem jego ceny i przeciwwskazania dla użycia tych preparatów. Wyniki opar- te są na obserwacji 95 przypadków. Podawanie preparatów estrogennych skraca czas trwania dolegliwości i zaburzeń okre- su przekwitania. W żadnym przypadku nie zachodziła potrze- ba stosowania preparatu dłużej, niż 30 miesięcy. Skuteczna dawka dzienna preparatu była różna u różnych chorych; przy ustalaniu tej dawki należy w każdym przypadku indywiduali- zować. Probiierzem jest dawka minimalna, przy któ- rej znikają zaburzenia, zależne od układu autonomicz- nego, oraz zaburzenia natury emocjonalnej. Przy oce- nie klinicznej nie stwierdza się różnicy w działaniu różnych preparatów, amniotyny, theelinu i progynonu jeżeli tylko stosuje się tę samą liczbę jednostek i droga podawania preparatu jest ta sama. Podawanie preparatu doustne może z powodzeniem zastąpić podawanie podskórne. Wybór prepa- ratu powinien mieć na względzie jego ocenę i pewność, że jest dokładnie standardyzowany biologicznie. Przeciwwskazania stanowią: powrót krwawień menstruacyjnych, wybitne wzmo- żenie *libido* oraz *amenorrhoea* w tych przypadkach, w których zależy na utrzymaniu czynności menstruacyjnych. Pierwsze dwa objawy ustępują czasami po zmniejszeniu dawki prepa- ratu. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Th. SCHERZ. Pooperacyjne uśmierzanie bólów czop- kami z cibalgina. (Ztbl f. Gyn. 1935, Nr. 7).

Od wielu tygodni po operacjach ginekologicznych, a także w licznych przypadkach cięcia cesarskiego, poczw- szy od drugiego dnia, stosowano na oddziale czopki z cibalg- iną zamiast dotychczas używanych preparatów morfinowych. U mniej wrażliwych pacjentek po lżejszych zabiegach sto- sowano wieczorem 2 czopki w przeciągu godziny z takim rezultatem, że dolegliwości znacznie zmniejszały się i pa- cjentki zasypiały na kilka godzin. Osoby wrażliwe, u których 2 czopki nie wystarczały do zupełnego usunięcia bólów, otrzymywały ponadto pierwszego dnia na noc 0,2—0,5 cm.³ morfiny. Poczwszy od drugiego dnia, prawie we wszystkich przypadkach można było zrezygnować z podawania morfi- ny. W lżejszych i średnio-ciężkich przypadkach stosowano dziennie 2, ewent. 3 czopki, po ciężkich zabiegach przed i po południu po 2 czopki w ciągu godziny. W ciągu następnych dni, zależnie od stanu, chore otrzymywały mniejsze ilości. Przy takim postępowaniu w każdym niemal przypadku otrzymywano bez morfiny zupełnie wystarczające działanie przeciwbólowe. W żadnym przypadku nie stwierdzono ubocz- nych działań w postaci bólów głowy, nudności lub skłonno- ści do wymiotów. Poza tem cibalgina nie wzmacniała niedo- władu jelit w przeciwieństwie do morfiny, która go potęgo- wała, niekiedy w stopniu groźnym. W licznych przypadkach zachowawczo leczonych zapaleń przydatków otrzymywano również zadowalający wynik. Nawet po dłuższym używaniu środek ten nie tracił na skuteczności, będąc doskonale znoszony i nie dając ubocznych niepożądanych objawów w rodzaju zaparcia stolca lub przyzwyczajenia. Poza tem czopki z cibalgina znalazły zastosowanie w zwalczaniu bólów mie- siączkowych oraz w kilku przypadkach ostrego niezłytu pę- cherza i miedniczek nerkowych. Każdy czonek zawiera 0,5 ci- balginy. W. K u r o w s k i.

P. WALTHER. Każde pęknięcie krocza w czasie porodu winno być zeszyte. Użycie znieczulenia miejscowego. (La pratique médicale française 1935, Nr. 2).

Autor gorąco zaleca zeszywanie wszystkich uszkodzeń krocza, powstałych w czasie porodu, podkreślając wynika- jące z tego korzyści. W dalszym ciągu omawia czynniki, sprzy- jające powstawaniu uszkodzeń krocza, czynniki ze strony matki, płodu i operatora. Zeszywanie winno być dokonane na- tychmiast po porodzie, z wyjątkiem przypadków, gdy krocze jest znacznie obrzęknięte lub głęboko zakażone; zeszyte krocze goi się prawie zawsze przez rychłozrost, dając wynik, odpowiadający całkowicie warunkom anatomicznym. Zabieg winien być dokonany w znieczuleniu miejscowym, gdyż uspie- nie jest często przeciwwskazane i nie stoi w żadnym sto- sunku z celem, który ma być osiągnięty, wreszcie nierzadko brak osoby wykwalifikowanej, mogącej dać narkozę. Autor używa do znieczulenia 1% roztworu perkainy (z dodatkiem adrenaliny) zazwyczaj w ilości, nieprzekraczającej 30 cm.³. Za wyborem tego środka znieczulającego przemawia jego mi- nimalna toksyczność i długotrwałe działanie znieczulające, trwające 5—6 godzin, co zapewnia położnicę bezbolesny, kil- kegodzinny odpoczynek po porodzie. Dokładnym opise- m techniki miejscowego znieczulenia pęknięć krocza kończy autor swój artykuł. W. K u r o w s k i.

F. L. ADAIR, G. M. DACK i E. M. J. LONG. Hodowle flory pochwy i szyjki. (Amer. J. Obst. a. Gyn. Nr. 4/1933).

Badania bakteriologiczne nad stosowaniami przez auto- rów metodami hodowli flory pochwy i szyjki macicy przy użyciu *bac. prodigiosus* jako wskaźnika wykazały, że żadna z tych metod nie chroni przed przeniesieniem tego drobn- ustroju z dołu łódkowatego. Metoda i technika H a r r i s a i B r o w n a, aczkolwiek najlepsza z pośród dotychczas-

opisywanych metod, okazuje się niezupełnie wystarczającą. Autorzy wykazali, że dół łódkowaty zawiera bogatą florę bakteryjną, która może być przeniesiona włąb kobiecych narządów płciowych przy pobieraniu materiału do hodowli z pochwy i szyjki macicy. Wyniki badań nad *b. prodigiosus* i jego rozmieszczeniem w kobiecych narządach płciowych dowodzą, że drobnoustroje te posuwają się nie tylko za, lecz również przed przedmiotami, wprowadzonymi do dróg płciowych.

H. L.

Choroby nerwowe i psychiczne.

A. BARRÉ. Zapalenie pajęczynówki rdzeniowej i tylnej jamy czaszkowej. (Rev. Neur. T. I. Nr. 6. 1933).

Autor odróżnia jednostkę chorobową, polegającą na zapaleniu pajęczynówki od innej, zależnej od zapalenia opon miękkich. Pracę swą poświęca rozpatrywaniu pierwszej z nich, t. j. schorzeniu li tylko pajęczynówki i to w części jej rdzeniowej oraz w obrębie tylnej jamy czaszkowej. Co się tyczy budowy pajęczynówki normalnej, dotąd nie ustalonej jednomyślnie przez rozmaite szkoły, to B a r r é rozpatruje ją jako błonę surowiczą o dwu listkach, z których jeden przylega do twardówki, drugi zaś do naczyńki. Pomiędzy nimi przebiegać mają pasma, łączące oba listki i dzielące przestrzeń w nich zawartą na łozę. Przestrzeń ta zawiera płyn mózgoworodzeniowy i winna, zdaniem autora, nosić nazwę „pajęczynówkowej“, nie zaś „podpajęczynówkowej“, jak to uświęcił dotychczasowy zwyczaj. Nawiasem wspomnę, że badania osobiste nie pozwalają mi przyłączyć się do badania autora: pajęczynówka składa się z jednego tylko listka oraz z wypustek kosmkowych, biegnących do opony twardej i miękkiej. Co się tyczy kliniki *arachnoiditis spinalis*, to B. podaje okres wstępny, jako nacechowany bólami lub omami czucia o charakterze przemijającym. Podkreśla niezbędność oglądzin odcinków obolalych, gdyż często wykazywać one mogą drgania mięśniowe, pewne zaburzenia odruchu włosowego oraz naczynioruchowe, oziębienie skóry i t. p. objawy zespołu wielokorzonkowego (L e r i c h e i M o r i n). Do rzadkości należy ma w tym okresie porażenie mięśni. Bywa ono wtedy również przemijające i przypominać ma epizod w stwardnieniu rozsianym. Zaburzenia zwieraczy dotyczyć mają raczej odbytnicy, aniżeli pęcherza. Rozwój objawów odbywa się skokami, niekiedy w odstępach kilku lat. Rozwój miarowy, przypominający nowotwór, zależy raczej od torbieli. W okresie pełnego rozwoju cierpienia B. odróżnia 3 postaci: 1) korzonkowo-czuciową; 2) korzonkowo-rdzeniową; 3) korzonkową z udziałem słupów tylnych. Pierwszą z nich cechują objawy bólowe. Z objawów podmiotowych stwierdza się czasami osłabienie, a nawet zniesienie odruchów ścięgowych lub skórnych przytem zgola fantastycznie rozłokowane. Postać druga daje porażenie kończyn z objawami bólowymi. Cechować ją mają pewne osobliwości: późne występowanie zaburzeń ze strony zwieraczy, a również niewspółmierność pomiędzy objawami, tak np. przy kurczowym porażeniu nóg może brakować odruchu B a b i Ń s k i e g o lub też mogą pozostawać pewne odruchy brzuszne. Trzecia postać jest niezmiernie rzadka. B. miał możność zbadać ją anatomopatologicznie. Oprócz bólów istnieją tu objawy, przypominające wiał rdzenia (obniżenie napięcia mięśniowego, bezład). Przechodząc do zapalenia pajęczynówki tylnej jamy czaszkowej autor daje opis najczęstszych postaci, a więc: 1) zapalenia jej na całej rozciągłości jamy, 2) li tylko w obrębie wielkiego zbiornika, 3) w obrębie otworu usznego oraz 4) w obrębie przedmostowym lub mózdkowym. Pierwszą z tych postaci cechują objawy bólu potylicy i karku, zawroty głowy

przy ruchach i sztywność karku przy odpowiednich próbach. Niekiedy objawy t. zw. „syndrome du trou déchiré postérieur“. W drugiej z tych postaci występować mają objawy sztywności kręgów szyjnych, przypominające cierpienie P o t t a. Zabieg chirurgiczny daje tu dobre wyniki. Trzecia postać, dotycząca tylko otworu usznego, wywołuje zaburzenia ze strony nerwu VIII, nie naruszając innych nerwów. S p e r l i n g opisał postać tę pod nazwą: „Chronic cystic arachnitis“. Czwarta postać ma duże znaczenie praktyczne, gdyż, przypominając cierpienie mózdzku, powoduje często błędy rozpoznawcze i prowadzi do mylnej lokalizacji procesu. Wybuchy ona po wygaśnięciu procesu usznego i polega na objawach: bólu głowy, gorączki, utraty równowagi. E a g l e t o n podaje, iż cierpienie obejmuje wierzchołek kości skalistej. Leczenie zapalenia pajęczynówki, prowadzone metodą konserwatywną, polega na wstrzykiwaniach septiceminy lub indaseptyny, na wywołaniu gorączki, na naświetlaniu promieniami R o e n t g e n a odpowiedniego odcinka opony. Podawanie lipjodolu dokręgowo lub wpuszczenie powietrza daje często dobre wyniki.

N. Z. Z.

MEHRTENS and NEWMAN. O alkoholu wstrzykniętym śródmózgowiu. (Archives of Neurology and Psychiatry. T. 30. Nr. 5. 1933).

Autorzy, celem wyjaśnienia stosunku poziomu alkoholu we krwi do jego poziomu w płynie, wstrzykiwali ludziom 25% roztwór alkoholu w roztworze fizjologicznym soli kuchennej dożylnie w ilości 1 cm³ na 1 kg. wagi. Szybkość wstrzykiwania wynosiła 10 cm³ na minutę. Autorzy wykonali przeszło 75 zastrzyknięć alkoholu bez żadnej szkody dla pacjentów. W moczu badanych pacjentów nie znajdowano hemoglobiny ani krwinek. Podczas samego badania niektórzy pacjenci spali, u innych występowało łzawienie. U czterech pacjentów wystąpiły wymioty. Ilość alkoholu w płynie mózgowo - rdzeniowym i we krwi określano metodą C a n n a n a i S u l z e r a, które polega na destylacji próżniowej płynu badanego w temperaturze 40—50 stopni C i przepuszczeniu par przez roztwór dwuchromianu potasowego w stężonym kwasie siarkowym; ilość dwuchromianu, zużytego na utlenienie alkoholu, była miareczkowana tiosiarczanem sodu, po dodaniu jodku potasowego i skrobi. Wszystkie określenia były robione na tym samym aparacie, celem uniknięcia usterek. Ponieważ płyny ustrojowe zawsze zawierają pewną ilość substancji, ulegających utlenieniu, wobec tego przed wprowadzeniem alkoholu ilości te określano. Okazało się, że krwinki zawierają znacznie mniej alkoholu niż osocze. W wyniku powyższej pracy okazało się, że po śródmózgowym wstrzyknięciu alkoholu, ilość jego w płynie mózgowo - rdzeniowym wzrasta wolniej, niż we krwi, osiąga później swoje *maximum* i opada jeszcze wolniej. Poziom alkoholu, okreśłany w płynie mózgowo - rdzeniowym z cysterny, wzrasta szybciej i prawie równoległe do poziomu we krwi. W czterech przypadkach autorzy starali się utrzymać ilość alkoholu we krwi w ciągu 1—5 godzin na jednakowym poziomie; okazało się, że po upływie tego czasu ilość alkoholu w płynie mózgowo - rdzeniowym, pobranym z nakłucia lędźwiowego i z cysterny, jest jednakowa i równa ilości alkoholu w osoczu. Zdaniem autorów powyższe stosunki w płynie mózgowo - rdzeniowym świadczą o tem, że alkohol, podawany śródmózgowie, dostaje się do płynu mózgowo - rdzeniowego poprzez naczynia krwionośne, głównie spłotu naczyniastego (dlatego też ilość alkoholu w płynie mózgowo - rdzeniowym, pobranym z cysterny przy pomocy nakłucia podpotylicznego jest bliską ilości alkoholu w osoczu); w płynie mózgowo - rdzeniowym, otrzymanym przez nakłucie lędźwiowe, ilość alkoholu jest mniejsza.

J. M e l z a k.

obokwspółczulnego) nie udaje się zmniejszyć do normy przemiany podstawowej w chorobie *B a s e d o w a*, podczas gdy pewne inne objawy dają się tą drogą poprawić (jak np. wytrzeszcz oczu przez johimbine—*J u s t i n - B e s a n ç o n*, *M. L a b b é*⁵⁾). Ale tem niemniej pewien korzystny wpływ acetylcholino na przemianę podstawową nie da się zaprzeczyć, jak to widać z przytoczonych przykładów. Może należałoby spróbować stosowania jednoczesnego acetylcholino z johimbina (celem energiczniejszego przeciwdziałania sympatykotonji) lub w kombinacji z innym leczeniem.

Wyłania się myśl o acetylcholinie, jako pomocniczym środku leczniczym w chorobie *B a s e d o w a*. Rzecz ta wymaga dalszego sprawdzenia.

III. Genezeryna.

Zastrzykiwaliśmy domięśniowo 2 mg. *geneser. salicyl.*

W pięciu wykonanych przez nas doświadczeniach przemiana podstawowa podnosiła się o 8 — 15% w stosunku do wartości początkowej. Objętość oddechowa powiększyła się o 0,5 do 4 litr. na minutę. Współczynnik oddechowy ulegał zmianom w różnych kierunkach; tętno było zwolnione; zwolnienie to wynosiło od 4 do 10 uderzeń na minutę.

Genezeryna, jak wiadomo, jest często stosowana, zwłaszcza we Francji, w chorobie *B a s e d o w a* i w

⁵⁾ Również *M. L a b b é* et *M. R u b i n s z t e i n*. Arch. des Malad. de l'Appar. dig. XXIV, 1934, str. 561—591.

stanach t. zw. „parabasedowicznych“ (*M. L a b b é*). Okazuje się tymczasem, że genezeryna, wpływając dodatnio na pewne objawy tych schorzeń, podnosi jednakże przemianę podstawową.

Genezeryna jest uważana za ciało, które podrażnia wybiórczo układ obokwspółczulny (*Z u n t z*). Trudno więc jest zrozumieć podnoszenie przemiany podstawowej przez antagonistę adrenaliny. Możliwe, że powiększenie przemiany podstawowej w tym przypadku powstaje dzięki działaniu podniecającemu genezeryny na wydzielanie różnych gruczołów oraz na włókna mięśniowe. Znane jest także działanie genezeryny, podnoszące ciśnienie krwi (*Z u n t z*), a więc i w tym zakresie jest ona w swem działaniu podobna do adrenaliny.

IV. Atropina.

Działanie atropiny badaliśmy w 15 przypadkach różnych schorzeń. Zastrzykiwaliśmy 1 mg. podskórnice. Podamy kilka przykładów typowych.

Działanie atropiny na przemianę podstawową dzieli się na 2 okresy: początkowy spadek oraz następny wzrost powyżej poziomu początkowego. Maksimum początkowego spadku ma miejsce przeciętnie 15 minut po zastrzyknięciu. Spadek ten był, zresztą, dość słaby, gdyż wynosił między 0,8% a 10,7% wartości początkowej. Słaby był również i następujący po tym spadku wtórny wzrost przemiany podstawowej w 2-gim okresie działania atropiny, wynosząc od 1,8 do 9,6% wartości początkowej.

T a b l i c a IV.
Działanie genezeryny na przemianę podstawową.

Nazwisko	Rozpoznanie	Wiek	Czas w minutach po zastrzyku	Przemiana podstawowa w % wartości normalnej teoretycznej	Współczynnik oddechowy	Objętość oddechowa w litrach na minutę	Tętno
M-lle Four.	Rekonwalescencje po zapaleniu płuc	17	Przed 35	+ 16,8 + 28	0,767 0,9	5,9 10,6	120 —
M-lle Vern.	?	25	Przed 20 45	+ 8,5 + 19 + 9	0,89 0,79 0,88	6,2 6,15 5,73	96 92 83
M. Sall ..	<i>tbc. pulm.</i> (bez gorączki)	23	Przed 20 80	+ 18 + 24 + 17	0,88 0,85 0,79	8 8,4 8,2	68 64 62
M-me V...	Gościec stawowy przewlekły	35	Przed 40	— 15,4 + 1,4	0,78 0,76	3,75 4,63	72 72
M. Piot...	<i>tbc. pulm.</i>	27	Przed 15 55	+ 35 + 45,3 + 33,8	0,89 0,9 0,9	9,2 11,25 10,15	96 100 88

T a b l i c a V.
Działanie atropiny na przemianę podstawową.

Nazwisko	Rozpoznanie	Wiek	Czas w minutach po zastrzyku	Przemiana podstawowa w % wartości normalnej	Zmiany przemiany podstawowej w % wartości początkowej	Współczynnik oddechowy	Objętość oddechowa w litrach na minutę
M-lle Roy...	Gościec stawowy wyleczony	20	Przed 15 75	+ 5,3 — 4,0 + 16,3	— 8,8 + 1,9	0,861 0,873 0,883	4,59 5,0 5,9
M. Diz...	<i>tbc. pulm.</i> (bez gorączki)	63	Przed 15 65	+ 11,5 + 6,5 + 19,8	— 4,4 + 7,3	0,806 0,811 0,878	4,66 3,63 4,35
M. Del ..	<i>tbc. pulm.</i>	61	Przed 20 65	+ 10,6 + 6,0 + 17,5	— 5,0 + 6,5	0,835 0,811 0,888	8,15 7,18 8,88
M. Clar .	Cukrzyca	19	Przed 15 65	+ 0,5 — 6,8 + 5,3	— 6,3 + 5	0,693 0,798 0,785	5,33 4,63 5,95

Stopień działania atropiny na przemianę podstawową był różny w różnych przypadkach. Atropina miała najwyraźniejsze działanie w przypadku dychawicy oskrzelowej, gdzie w naszych poprzednich doświadczeniach adrenalina, jak już wspominaliśmy, wykazywała działanie najslabsze. Natomiast w przypadkach, gdzie adrenalina miała silne działanie (*polyneurit. alcohol.* i *Morb. Parkinsoni*), atropina działała bardzo słabo. Widocznie chodzi tu o stan nerwowo-vegetatywny badanego chorego. Adrenalina działa najsilniej w przypadkach sympatykotonii, atropina w wagotonii.

Z punktu widzenia teoretycznego trudno jest wytłumaczyć początkowy spadek przemiany podstawowej po zastrzyknięciu atropiny. Albowiem atropina poraża zakończenia układu obokwspółczulnego (wywołuje względną hipersympatykotonję), a więc jej działanie miałooby być podobne do działania adrenaliny (pobudzenie układu współczulnego). Atropina miałaby więc wywoływać podniesienie się poziomu przemiany podstawowej. Możliwe, że w pierwszym okresie spadku chodzi o początkowe, przemijające podrażnienie układu obokwspółczulnego, jakie (w myśl poglądów wielu autorów) ma poprzedzać jego porażenie przez atropinę. Istotnie, czasem udaje się stwierdzić, że przyspieszenie tętna (wyraz porażenia układu obokwspółczulnego) jest poprzedzane przez początkowy okres zwolnienia (podrażnienie układu obokwspółczulnego — *Means*). Możliwe jest również, że spadek początkowy przemiany podstawowej po atropinie jest wynikiem zahamowania przez atropinę czynności wydzielniczych różnych gruczołów (potowych, ślinowych i t. d.).

Druga faza podniesienia przemiany podstawowej po atropinie odpowiada podniesieniu jej po adrenalinie. Czy chodzi tu o wyraz sympatykotonji względnej po atropinie? Czy sympatykotonja względna ma ten sam wpływ na przemianę podstawową, jak sympatykotonja po adrenalinie? W każdym razie działanie adrenaliny na przemianę podstawową jest o wiele wybitniejsze i dłużej trwające, niż odpowiadająca mu 2-ga faza działania atropiny.

Współczynnik oddechowy wzrasta pod wpływem atropiny. Wzrost ten zaczyna się w 1-szym okresie, gdy przemiana podstawowa spada.

Objętość oddechowa wykazuje ewolucję podobną do przemiany podstawowej: spadek początkowy, po którym następuje wzrost powyżej poziomu początkowego.

Pewną proporcjonalność można stwierdzić pomiędzy przyspieszeniem tętna a zmianami przemiany podstawowej po atropinie.

W piśmiennictwie znaleźliśmy tylko niewiele prac, dotyczących działania atropiny na przemianę podstawową, przymtem głównie badano działanie atropiny na wentylację płuc.

Heintz, *Binz*, *Hurbach*, *Wollmer* stwierdzali, że atropina podnosi wentylację płuc, a wzmacnia głębokość oddechów. *Wood* i *Cern* wykazali również i na psie, że atropina działa pobudzająco na oddychanie. *Edw. All* i *Means* stwierdzali po atropinie lekkie podniesienie przemiany podstawowej. Lecz autorowie ci nie wykonywali oznaczeń w pierwszej półgodzinie po zastrzyknięciu i wskutek te-

go mogli nie zauważyć początkowego okresu spadku przemiany podstawowej. Bardziej zgodne z naszymi wynikami są doświadczenia *Higginsa* i *Meansa*, którzy na 2 chorych badali działanie atropiny. W jednym przypadku po 20 minutach nastąpił spadek, a po 30 minutach wzrost przemiany podstawowej. W drugim przypadku autorowie, oznaczając przemianę podstawową 30 minut po zastrzyknięciu, nie stwierdzili żadnych zmian (może dlatego, że właśnie w tym czasie po początkowym spadku przemiana podstawowa osiągnęła swoją wartość początkową?). Autorowie przyjmują (na zasadzie zmian tętna), że atropina w pierwszej chwili pobudza (zwolnienie tętna), a później poraża układ obokwspółczulny.

Wnioski.

I. Widzimy więc, że ciała, działające wybiórczo na układ obokwspółczulny, nie wywołują znaczniejszych zmian w przemianie oddechowej człowieka, w przeciwieństwie do potężnego działania adrenaliny. Naogół podrażnienie układu obokwspółczulnego ma działanie antagonistyczne względem adrenaliny, obniżając przemianę podstawową. Aczkolwiek przez dłuższe stosowanie acetylcholiny nie udaje się osiągnąć znaczniejszego trwałego obniżenia przemiany podstawowej w chorobie *Basedowa*, to jednakże pewien korzystny wpływ zdaje się nie ulegać wątpliwości.

II. Z punktu widzenia teoretycznego jest rzeczą ciekawą stwierdzenie pewnego antagonizmu pomiędzy układem obokwspółczulnym i współczulnym również i w zakresie przemiany oddechowej człowieka.

III. Acetylcholina mogłaby być wypróbowana jako środek pomocniczy w leczeniu choroby *Basedowa*, celem obniżenia przemiany podstawowej.

PIŚMIENNICTWO.

Cori i *Cori*. — Amer. Journal of Physiology 71, 1925; Biochem. Jour. 84, 699, 1929. — *Edesal* i *Means*. — Arch. int. Med. 14 p. 898, 1914. — *Foster*. — Journ. biol. Chem. 55, 303, 1923. — *Heintz*. — Handbuch der Exper. Path. und Pharmak. Bonn, 1890. — *Higgins* i *Means*. — Journ. Pharm. und exper. Therap. 7, 1, 1915. — *Hazard* i *Mercier*. — według *Justin-Besançon*. — *Gautrelet*. — C. R. de la Soc. Biol. 1, 176, 1908; 448, 1908. Journal de Physiologie et Pathologie générale, 1932. *Henri Frédéricq*. — C. R. Soc. Biol. 92, 739, 1925. — *Justin-Besançon*. — Recherches physiologiques sur l'acétylcholine, Masson et Cie, Paris, 1929. — *Loewi*. — Arch. Gesam. Physiol. 239, 1921; 193, 201, 1921; 203, 408—412, 1924; 204, 361—367, 1924; 204, 629—640, 1924. — *Le Grand*. C. R. Coc. Biol. 96 i 97, 197. — *Maurice Villaret* i *Justin-Besançon*. — Paris Médical, 30 juin 1928; Académie de Médecine, séance du 24 mars 1928. — *Marcel Labbé* i *M. Rubinstein*. — C. R. Soc. Biol. 112, 637, 1933; 112, 1038, 1933; 112, 1040, 1933; 112, 1339, 1933; 112, 1947, 1933; Arch. Malad. Appar. dig. XXIV, str. 561 — 591, 1934. — *M. Labbé*. — Métabolism Basal, Paris, Masson et Cie, 1928. — *Wood* i *Cern*. — według *M. Labbégo*. — Zuntz. — Traité de Pharmacodynamie, Paris, 1933.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Rzut oka na patogenezę zakażenia gruźliczego.

Podala

Hanna PETRYNOWSKA (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 18).

Jak zwykle bywa, najdłużej utrzymała się i najwięcej miała zwolenników teoria Calmette'a w jego własnej ojczyźnie Francji.

Miedzy innymi w pracy swej Rist i Marie Simon (1933) wskazują na częstość zachorowań gruźliczych u pielęgniarek, które w niedostatecznych warunkach higienicznych dokonywały masowych badań płwociny gruźlików, podczas gdy pielęgniarki, pracujące na sali, zapadały o wiele rzadziej. W danym wypadku, nawet uwzględniając pierwszeństwo drogi jelitowej, mówić tylko można o re- względnie superinfekcji, której możliwość u dorosłych zwalczą obecnie Lumière.

Legendre (1934) wskazuje na częstość zakażeń u zwierząt domowych, jedzących zanieczyszczone płwociną odpadki: bardzo często chorują wieprze i ptactwo domowe, a udało się nawet zakażyć karpie w sadzawce. To ostatnie, zdaniem jego, przemawia niezbicie za infekcją pokarmową, choć można zaznaczyć mimoходом, że zakażona woda, przepływając przez skrzela, mogła również wnosić infekcję tą drogą. Gruźlica gruczołów chłonnych na szyi, będąc w lwiej części wywołana przez prątki bydłce (tu powołuje się autor na badania Griffitha), również wskazuje, zdaniem Legendre'a, na drogę pokarmową zakażenia, wreszcie wspomina on, że często spotyka się krowy, cierpiące na *endometritis tuberculosa*, co by stwarzało możliwość gruźlicy wrodzonej. Możliwość ta, zdaniem Brunona Langego, niemal zupełnie nie wchodzi w rachubę. Sergeant przypuszcza, że infekcja może wychodzić z migdałków, lub innego ogniska przenikania w nosie lub gardle, w ostatnich swych pracach jednak zajmuje się nietylko wrotami pierwotnej infekcji, ile drogą, przez którą ona się szerzy. Zakażał on świnki morskie, wstrzykując im emulsję żywotnych prątków do gruczołów szyjnych. Okazało się, że powstawała gruźlica początkowo gruczołowa, przechodząca potem w przeciągu 3 do 6 tygodni na śledzionę, płuca i wątrobę. Śledziona była zakażona wcześniej niż płuca, które ulegały zajęciu dopiero po 4 tygodniach. Bacilleja dawała się stwierdzić niestale, to też ukazywanie się prątków we krwi porównywał autor z czasowymi wyładowaniami. Wiele wątpliwości nasuwała ogólnie kwestja, czy gruczoły szyjne powierzchowne i głębokie mają jakąś bezpośrednią komunikację z gruczołami śródpiersia.

Sergeant, badając to zagadnienie, robił doświadczenia następujące: Szczepił świnki podskórnie lub dogruczołowo prątkami o małej zjadliwości w celu otrzymania wyraźnego przerostu gruczołów. Następnie wstrzykiwał jednej serii świnek barwnik, tusz chiński, a drugiej lipjodol celem dokonania zdjęć kontrolnych. W pierwszej serii świnek, które zabijał w czasie od kilku godzin do paru miesięcy, stwierdził, że barwnik już w pierwszych dniach po zastrzyknięciu dochodzi do prawej komory serca, gruczoły podmostkowe zostają zajęte dopiero po 2—3 tygodniach, gruczoły tchawiczo-

oskrzelowe po miesiącu, a po 1½—2 miesiącach odnajdywał barwnik w postaci czarnych smug na brzegach płatów płucnych.

U świnek, które otrzymywały wstrzyknięcie lipjodolu dogruczołowo, również po 20—30 dniach dała się wykazać obecność jego w gruczołach przyoskrzelowych. W przypadkach, gdy dano lipjodol do torebki gruczołu lub do części miękkich szyi, nie przenikał on dalej i trzymał się w miejscu. Ten ostatni punkt zdaje się wskazywać, że rozchodzenie się lipjodolu odbywało się na drodze naczyń chłonnych, ponieważ w przypadkach podania dogruczołowego stwierdzano na zdjęciach ciemne smugi wzdłuż tchawicy, czego nie było przy podaniu do części miękkich lub do torebki gruczołu, gdy lipjodol pozostawał w miejscu, a zatem owe smugi zależały od szerzenia się przez naczynia chłonne, a nie przez prąd lipjodolu wzdłuż warstw tkankowych.

Doświadczenia te przemawiają za tem, że istnieje bezpośrednie połączenia między gruczołami szyjnymi i tchawiczo-oskrzelowymi, co nie wyłącza jednak możliwości szerzenia się infekcji drogą *ductus thoracicus* i żył oraz możliwości prądu wstecznego od gruczołów szyjnych do tchawiczo-oskrzelowych. Zdania anatomów co do istnienia bezpośredniej komunikacji między wyżej wspomnianymi gruczołami są podzielone. Rouvière przypuszcza, że istnieje połączenie bezpośrednie, a podobny pogląd wygłasza Wood. Sergeant uważa za mało prawdopodobne, aby ciała obce, wprowadzone do gruczołów, szły wszystkie do *ductus thoracicus*, a następnie drogą żylną i przez naczynia krwionośne dopiero atakowały dalsze gruczoły. Zdaniem jego, o wiele jest prawdopodobniejsze, że istnieją połączenia międzygruczołowe i to tembardziej, że w doświadczeniach jego drogi chłonne były w stanie chorobowym (poprzedzające zakażenie gruźlicze) i przejście ich tu i ówdzie mogło być utrudnione. Stąd wolniejsze przenikanie i możliwość krążenia wstecznego przy wdechu.

Sprawa szerzenia się gruźlicy i jej pierwotnego umiejscowienia interesuje również Jousseta (1927), który, będąc wprawdzie zwolennikiem teorii oddechowej, nie zgadza się z prawem Parrota (1876), głoszącem, że w razie zajęcia gruczołu oskrzelowego z a w s z e znajdujemy odpowiednie starsze genetyczne ognisko w płucach. Mniema on, że przeciwnie pierwszym etapem infekcji są gruczoły, które specjalnie łatwo ulegają zakażeniu po wessaniu prątków do krwi. Wszakże świnka morska, zakażona dożylnie, bardzo wcześniej ulega infekcji wszystkich gruczołów. Ungermann na 179 sekcjach dzieci znalazł zajęcie gruczołów śródpiersiowych w 95%, krezkowych w 92% i szyjnych w 85%. Tylko infekcja krwiorodna, twierdzi Jousset, może tłumaczyć taką jednoczesność zmian anatomicznych. Trudność, jaką podnoszą niektórzy, następnie zakażenie płuc od gruczołów przez prąd wsteczny łatwo usunąć, przyjmując możliwość tego prądu przy ruchach wdechowych oraz wskutek zacopowania części dróg odpływowych w zakażonym drogą krwi gruczole. Wszakże np. Girode tłumaczy prądem wstecznym szerzenie się raka płuc. Jousset podnosi częstość przypadków, w których zajęte są tylko gruczoły. Podkreśla też, że, jeśli nawet fakt, iż zmiana w gru-

czole jest nieraz ogromna, a w płucu zaledwie dostrzeżalna, nie świadczy jeszcze, aby ta pierwsza była genetycznie starsza, to za wielkiem ogniska przemawia jego budowa histologiczna. Jakże często gruczoły są zserowaciałe, a w płucach widzimy tylko drobny szary gruzełek. J o u s s e t rzuca też myśl, czy nieraz nie stwierdza się omyłkowo, jako ogniska pierwotnego w płucach, poprostu głęboko położonego gruczołu chłonnego.

Zdaniem jego, ognisko pierwotne jest nie punktem wejścia, ale punktem wydalania prątków.

Allen K. K r a u s e (1926) traktuje tę samą sprawę z innego stanowiska. Fakt większego czy wcześniejszego zajęcia gruczołów względnie płuc uważa on za zależny od rozwoju u danego osobnika tkanki chłonnej śródplucnej. U świnki morskiej, która tkanki tej ma mało, a posiada natomiast duże gruczoły przyoskrzelowe i śródpiersiowe, po infekcji gruczoły powiększają się kolosalnie, a płuca są stosunkowo mało zajęte; u królika, który ma obficie rozwiniętą tkankę chłonną śródplucną, a niewielkie gruczoły, zachodzą stosunki odwrotne. Natomiast jeśli płuca świnki poddać inhalacjom jakichś pyłów, to tkanka chłonna rozwija się obficie i następcza infekcja gruźlicza już z łatwością zatrzymuje się w płucach, które były dla niej poprzednio, jak K r a u s e nazywa, „otwarte“, t. j. przepuszczały prątki, nie zatrzymując ich niemal nigdzie.

Autor rzuca następnie myśl, że z podobnemi stosunkami mamy do czynienia u dzieci i że prątki, idące drogą powietrza i naczyń krwionośnych, zostają wychwytywane przede wszystkim przez gruczoły, i stąd większa częstość lokalizacji przywnekowych. To samo umiejscowienie stwierdza się często u dorosłych przedstawicieli ras pierwotnych, którzy ulegli zakażeniu. K r a u s e tłumaczy tę lokalizację tem, że dzicy, jak dzieci, nie będąc wystawieni na duszne powietrze mieszkańców krajów cywilizowanych, mniejszą mieli sposobność do rozwinięcia tkanki chłonnej i przez to zachowywali płuca w stanie „otwartym“ do przechodzenia (nie zaś zatrzymywania) infekcji.

Naogół biorąc, znaczna przewaga autorów wró-

ciła do dawnej koncepcji szerzenia się prątków przez wdychanie. Teoria Calmette'a nawet we Francji nie ma zbyt wielu zwolenników. Zazwyczaj przypisują jej znaczenie o tyle, o ile istnieje niebezpieczeństwo spożywania mleka od zakażonych krów. A zatem chodziłoby tylko o prątki *typi bovini*, które dla ludzi mniej są niebezpieczne. Natomiast wszyscy zgadzają się co do możliwości i częstości wnikania prątków przez migdałki, jak również co do tego, że prątki przeważnie nie zakażają miejsca, przez które się przedostają i atakują narządy dopiero na drodze naczyń chłonnych lub krwionośnych.

Los prątków po wejściu do ustroju jest prawdopodobnie taki, jak go opisał Calmette. Wessane przez leukocyty, idą przez naczynia chłonne lub krwionośne i, spowodowawszy rozpad leukocytów, wywołują powstanie wkoło siebie tkanki gruźliczej, często bardzo daleko od punktu wejścia, na którym mogą nie pozostawiać żadnego śladu. To ognisko pierwotne (a raczej wtórne, bo za pierwotne uznaczyć należało miejsce, w którym prątek po raz pierwszy zetknął się z ustrojem) leży najczęściej, jak podają jedni, w płucach, jak chcą drudzy, a tych jest też sporo, w gruczołach chłonnych.

PIŚMIENNICTWO.

C. Paget-Lepage i W. Mair. Lancet 1913. — Aufrecht. Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. 1913. — Calmette. L'infection bacillaire de la tub. 1920. — Bacmeister. D. med. Woch. 1911. — E. Gehrels. D. med. Woch. 1919. — E. Opie. Amer. Rev. of Tuberculosis. T. 6. 1922. — J. A. Myers i E. O. Lodmell. Amer. Rev. of Tuberc. t. XI. 1925. — B. Lange. D. med. Woch. 1934, t. I. — B. Lange. Zeit. für Tub. T. 62. 1931. B. Lange. D. med. Woch. T. I. 1930. — E. Rist i Marie Simon. Presse Médicale 1933. — A. Lumière. Presse Médicale 1934. — J. Legendre. Presse Médicale 1934. — E. Sergeant. Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. 1932. — A. Jousset. Presse Médicale 1927. — Ninni. Comptes Rendus de Soc. de Biol. 1931. — A. K. Krause. Amer. Rev. of Tuberc. 1926, t. XIV, str. 271. — B. Lange. Zeit. für Tub. 1930, t. 59.

Oceny książek

Prof. Dr. F. SIEGLBAUER, Vorstand des anatomischen Institutes der Universität Innsbruck. **Lehrbuch der normalen Anatomie des Menschen.** (Str. 880. Cena w oprawie RM. 22,50. Nakładem Urbana i Schwarzenberga. Berlin - Wiedeń. 1935).

Napisać podręcznik anatomii opisowej tak, aby czytanie go nie tylko nie nużyło, ale zachęcało nawet do wertowania całości, jest bezwątpienia sztuką nielada. Autorowi udało się to w stopniu wysokim dzięki barwności wykładu bez szkody dla jego ścisłości. Obok ogólnych wiadomości z histologii i embriologii dziedziny te uwzględnione zostały przy opisie poszczególnych rozdziałów, traktujących o osteologii, myo-

rze i narządach zmysłów. Przy studjowaniu podręcznika nieologii, splachnologii, angiologii, neurologii oraz nauce o skórze niezbędny jest atlas, sam podręcznik bowiem rysunków wcale nie zawiera. Jest to bezwątpienia dodatnią jego stroną, gdyż osobny atlas ułatwia uczącemu się orjentację, gdy, przeciwnie, rysunek w tekście zmusza do ciągłego odwracania kartek podręcznika, a prócz tego znacznie powiększa jego objętość, która, jak w danym razie, jest i tak już bardzo okazała. Anatomja Sieglbauera powinna znaleźć szerokie rozpowszechnienie, jako podręcznik, odpowiadający wszelkim wymaganiom współczesnej nauki. Strona zewnętrzna książki — papier, druk, korekta — bez zarzutu. Z.

Wskazówki praktyczne

Guilleume zwraca uwagę na ważną rolę, jaką w ginekologii odgrywa *Colibacilloza*. Jest to choroba ogólna, która obok uporczywych upławów wywołuje schudnięcie, zmęczenie i lekkie podniesienie ciepłoty ciała. Bakterie rozmaitemi drogami przenikają do układu rodnego, w któ-

rym występują objawy zapalenia. Rozpoznanie ułatwiają wywiady, świadczące o przebytych schorzeniach jelitowych. (Gynec. et Obstetr. 1934, N. 30).

Uporczywe niezłyty pochwy leczy W e r t h e i m e r z dobrym skutkiem zapomocą *Bidetalu*, w którego skład wchodzi: *Acid. lact.*, *Natr. bicarb.*, *Alum. crud.* i *Zinc. sulf.* Przetwórz ten, rozcieńczony dwu- lub trzykrotnie, służy do tamponowania pochwy na przeciąg 12 godzin. (W. m. W. 1935. N. 9).

—o—

Ze względu na sąsiedztwo wyrostka robaczkowego u kobiety z narządami rodnymi radzi L o u r o s w przypadkach zapalenia tego wyrostka kontrolować stan macicy i przydatków. W tym celu wykonywać należy zawsze cięcie na linii środkowej, dające operatorowi możliwość zbadania tych narządów i ewentualnego ich leczenia. (D. m. W. 1934, N. 3).

—o—

Bóle po wyluszczeniu migdałków najlepiej dają się zwalczać, według R a h n e r a, za pomocą czopków z *cibalginą*. Każdy czopek zawiera 0,5 *Cibalginy*. (M. m. W. 1935. N. 10).

—o—

W blonicy nie widział J a n u s c h k e przypadków śmierci z powodu zaburzeń krążenia od czasu, jak od samego początku choroby stosuje *naparstnicę z kofeiną* w małych dawkach aż do okresu zdrowienia. Również i na porażenia leczenie to ma wpływ dodatni. (W. m. W. 1935. N. 9).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 22 stycznia 1935 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 15.

Obecnych 46 członków i 42 gości.

Przewodniczący kol. Wice-Prezes S k l o d o w s k i podał nowości biblioteczne.

1. Kol. M o s i n g H. (Lwów) wygłosił referat „*Rickettsaemia Weigli*” (streszczenia nie nadesłał).

W dyskusji brali udział: a) kol. A n i g s t e i n zastanawia się nad etiologią choroby i czy choroba, opisana przez kol. M o s i n g a, była spostrzegana przez klinicystów i w jakich warunkach. Kol. A n i g s t e i n podaje, że istnieje choroba, których dominującym objawem jest cykliczność, jak np. zimnica i dur powrotny. W związku z pracą kol. M o s i n g a musiał się nasuwać pytanie, czy nie mamy tu do czynienia z drem plamistym, ale, jak widzimy, przypuszczenie to oraz możliwość innych postaci durów zostały odrzucone przez prelegenta. Kol. A n i g s t e i n zwraca się do czasów wojny światowej w latach 1917 — 1918, kiedy to na różnych frontach panowała *febris quintana seu febris wolynica*. Postać tej choroby została opracowana pod względem klinicznym przez Komisję amerykańską. Ówczesne raporty Komisji odpowiadają opisowi klinicznemu podanemu przez kol. M o s i n g a w opisanem przez niego cierpieniu. Objawy chorobowe, podane przez kol. M o s i n g a posiadają w porównaniu do objawów *febris quintana* pewne odchylenia, dające się wytłumaczyć odmiennymi warunkami, jakie panowały w czasie wojny światowej. Anglicy doszli do wniosku, że *febris quintana* jest wywołana przez wszy odzieżowe, stwierdzili również *Rickettsemję*, leczenie opracowali tej jednostki chorobowej szczegółowo. Pewną odmianą *febris wolynica* jest, według kol. A n i g s t e i n a *Rickettsaemia Weigli*, tak dokładnie zbadana i opisana przez kol. M o s i n g a. Godny uwagi jest długi okres wylegania choroby, wynoszący około 2 miesięcy, nieznan w innych chorobach; dla *febris wolynica* stwierdzono 2 — 3 tygodniowy okres wylegania. Niespotykana sprawa jest obecność w ciągu 2 — 3 miesięcy zarazka wybitnie chorobotwórczego we krwi. Byłoby to nosicielstwo w krwiobiegu zarazka, nieszkodliwe dla nosiciela.

b) Kol. K a r w a c k i L. — członek T-wa, (streszczenie własne), uważa, że zespół chorobowy, opisany przez prelegenta, mógłby znaleźć miejsce w grupie gorączek cyklicznych, okopowej, wołyńskiej i t. p.

Podłoże biologiczne — wesz w danym razie — nie zawsze jest podłożem jałowem, jak świadczą przypadki prelegenta: zakażenie szło niewątpliwie z hodowli wszy. Różnicowanie *Rickettsyj Weigla* od *Rickettsyj saprofitycznych* jest prawie niemożliwe. Nie pomniejszając w niczym wartości cennych prac badacza lwowskiego, K a r w a c k i przypomina o roli R o c h a - L i m y w sprawie szczepień ochronnych przeciw tyfusowi plamistemu i Pani S i k o r z e, która swym dowcipnym wynalazkiem pudełka umożliwiła karmienie i zakażanie wszy.

c) Kol. F i l i Ń s k i Wl. — członek T-wa — ma zastrzeżenie, co do samej nazwy jednostki chorobowej. *Rickettsiemią* P r o w a z e k i można nazwać dur plamisty, gdyż zmiany specyficzne wywołuje tu *Rickettsiaemia*; zmiany po-

legają na zapaleniu śródblonka naczyń, żył i włośniczek oraz nacieków dokolanaczyniowych. Jako objaw towarzyszący znajdujemy we krwi *Rickettsemję*. O roli, jaką spełnia *Rickettsia Weigli* w ustroju ludzkim, wiemy mało, a ponieważ nie było przypadków śmiertelnych, przeto nie można było zbadać ich sekcyjnie. Przypuszczać należy, że *Rickettsiaemia Weigli* daje zmiany swoiste, wskutek czego nie może być nazwana *Rickettsemją*, prędzej malarję można nazwać plasmodemją. Należałoby raczej wprowadzić nazwę *Rickettsiasis*, podobnie jak istnieje nazwa *Leishmaniasis*.

d) Kol. M o s i n g dziękuje kol. A n i g s t e i n o w i za uwagę, zaznaczając, że gorączka wołyńska, dur okopowy i t. p. były konglomeratem różnych schorzeń i różnych form klinicznych, nie wyłączając nawet schorzeń poszczepiennych. Komisja amerykańska dała szereg interesujących opisów klinicznych, ale nie podała żadnych wyników bakteriologicznych. Jeżeli *Rickettsiemią Weigla* nie uznaje za *febris quintana*, to tylko dlatego, że nie można choroby, powstałej na gruncie eksperymentalnym, łączyć z chorobą, występującą w czasie wojny. Od czasów wojny nie spotykano *febris quintana*, a co do jej istnienia, opieramy się tylko na obserwacjach, poczynionych w czasie wojny. Szereg cech laboratoryjnych przemawia za tem, że mamy do czynienia z inną postacią choroby, a jeśli znajdzie się kiedyś szczep *febris quintana*, wtedy dopiero można będzie porównać ta cierpienia.

W czasie drugiego okresu inkubacji nie można znaleźć *Rickettsyj* we krwi, dopiero w poszczególnych napadach gorączki liczba ich wzrasta we krwi, a zmniejsza się ilość zarazków w moczu, który zawiera je w czasie inkubacji.

W odpowiedzi kol. K a r w a c k i e m u zaznacza, że wesz to jedyny pasorzyt, którego przewód pokarmowy jest normalnie jałowy, i przed każdym eksperymentem badano kał wszy mikroskopowo i na pożywcę. Zasługą prof. W e i g l a jest hodowanie zarazka bez obecności chorego, czego nie dokonał L a R o c h a - L i m a, a nie znając tej metody, nie mógł podawać swej szczepionki chorem, jak to czyni prof. W e i g l. W odpowiedzi kol. F i l i Ń s k i e m u prelegent zaznacza, że istotnie nie było przypadków śmiertelnych w tej chorobie, więc nie można było przeprowadzić badań sekcyjnych. Nazwa zaś *Rickettsiaemia* może istnieć na podobieństwo nazwy *bacteriaemia*. Zapytany w sprawie nazwy, prof. N o w i c k i nie radził używać końcówki — *asis*, jako już przestarzałej.

2. Kol. Ł a w r y n o w i c z Al. wygłosił odczyt p. t. „*Zmienność drobnoustrojowa, jej znaczenie dla patogenezy, rozpoznawania i epidemiologii spraw zakaźnych*. (Streszczenie własne).

Po omówieniu współczesnego stanu badań nad zmiennością drobnoustrojów autor zastanawia się nad jej znaczeniem w klinice i epidemiologii spraw zakaźnych.

Uogólniając całokształt podanych faktów autor stwierdza:

1. W poglądzie na stałość cech drobnoustrojowych nastąpiła zasadnicza zmiana. Gatunek bakteryjny podlegać może zmienności swoich cech morfologicznych i fizjologicznych. Zmienność drobnoustrojowa winna być uwzględniona w klinice i epidemiologii.

2. Istnienie szerokiej, niedość jeszcze zbadanych i znanych granic zmienności drobnoustrojowej, wymaga wyższych, niż poprzednio kwalifikacji, większej wiedzy i większego doświadczenia mikrobiologa. Rola mikrobiologa jest obecnie znacznie trudniejsza, stawiane mu wymagania są większe.

3. Mimo istnienia obfitego materiału z zakresu zmienności drobnoustrojowej, codzienna praktyka kliniczna i epidemiologiczna winna w chwili obecnej opierać się na metodach postępowania, wynikających ze znajomości typowych postaci drobnoustrojów. Nowe zdobycze nie łamią dotychczasowych norm postępowania, odwrotnie — stanowią one ich uzupełnienie i pogłębienie.

Nad referatem kol. Ł. a w r y n o w i c z a dyskusji nie było.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 5.

Wice - Prezes: J. S k ł o d o w s k i.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Józef G a c k o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 22 lutego 1935 r. (Presse méd. N. 17/1935) P. J a c o b i A. A s c h k e n a z y pokazywali *przypadek pyocyancji*. Pacjent miał odnę z przetoką oskrzelową, co doprowadziło wkońcu do powstania ogromnego ropniaka z przebiegiem nazwanym w okolicy podobojczykowej. Po pleurotomii opłucna uległa ponadto zakażeniu pałeczką ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*). Masowe wydalenie tej pałeczki z moczem doprowadziło w ciągu dni kilku do oddawania brunatnego moczu, który na powietrzu przybierał prawie czarne zabarwienie z odcieniem zielonkawym. Mocz wykazywał prawie czystą hodowlę pałeczki ropy błękitnej, nie było przytem objawów klinicznych, ani cytologicznych ropomoczu. Kilka

przeplukiwań opłucny doprowadziło w ciągu kilku dni do ustąpienia nieprawidłowego zabarwienia moczu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 22 lutego 1935 r. (Presse méd. N. 17/1935) pokazywał G. C a u s s a d e przypadek *postępującej gruźlicy płuc o charakterze wysiękowym z reaktywacją ogniska, wygasłego od 54 lat, która doprowadziła do śmiertelnego zapalenia opon mózgowych i mózgu*. Pacjent przechodził gruźlicę w 15 roku życia, umarł zaś w 71 roku wskutek nawrotu o charakterze postępującym, powikłanego gruźliczem zapaleniem opon mózgowych i mózgu. Przypadek ten nasuwa następujące wnioski. Gruźlica starców stanowi prawie zawsze reaktywację gruźlicy, przebytej przed dłuższym lub krótszym czasem (w tym przypadku w ciągu 54 lat nie było najdrobniejszego epizodu gruźliczego). Ta reaktywacja może nastąpić w stwardniałych bliznach starej daty, w których prątki mogą ulec przebudzeniu, i skąd ulegają wysianiu, co posiada doniosłe znaczenie dla ekspertyz w zakresie odszkodowań i emerytur. To przebudzenie zostaje najczęściej wywołane przez uchwytne przyczyny (urazy, zakażenia, różne schorzenia); w braku ich przyczyny można się dopatrywać w zmianach krwi: u pokazywanego chorego pewien czas przed nawrotem gruźlicy stwierdził autor zmniejszenie się leukocytozy (z 20.000 na 14.000). Teren starczy nie jest odporny na gruźlicę; odporność osobnicza nie zwiększa się z wiekiem. Starzec jest tak samo narażony na postacie przewlekłe, jak i ostre i wysiękowe, a nawet na wysianie prątków gruźliczych poza płuca (do kości, jelit, krtani i opon mózgowych; zapalenia opon mózgowych i mózgu w pokazywanym przypadku). Jest możliwem jeszcze, że ma się tutaj do czynienia z reaktywacją drobnoustrojów beztlenowych; tak np. u tego chorego w końcowym okresie zakażenia gruźliczego spostrzegano posocznicy nieżył oskrzeli.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Higiena psychiczna w zastosowaniu do dziecka w Europie Zachodniej i w Polsce.

Podala

Dr. Zofja ROSENBLUM (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 18).

Opieka nad dzieckiem umysłowo cofniętym.

Jednym z najważniejszych zagadnień poradnictwa pedagogicznych jest wczesne i należyte selekcionowanie dzieci do szkół specjalnych.

Niestety, tylko w nielicznych krajach szkolnictwo specjalne jest unormowane ustawodawczo. Do krajów tych należą: Niemcy, Austria, Węgry i Anglia. Do krajów, w których szkolenie dzieci nie jest objęte ustawą, należą Francja, Belgja, Włochy i Polska.

Pod względem wartości metod nauczania najwyższej stoi Belgja i Szwajcaria. W 1901 r. D e c r o l y zorganizował Instytut nauczania dla umysłowo upośledzonych i stworzył swój system ośrodków zainteresowania; metoda, uznana przez cały świat pedagogiczny, jako najbardziej wartościowa w nauczaniu młodych oligofreników. Natomiast pod względem organizacyjnym stoją względnie nisko, dając tylko kilka b. ciekawych instytucji, jak rozmieszczanie chorych w rodzinach (Cheel i Ferma — szkoła w Waterloo).

W ogólnej organizacji szkolnictwa specjalnego w Belgji jest chaos. Niema bowiem ośrodka, skupiającego wszelkie zagadnienia w tej dziedzinie, gdyż np. szkolnictwo specjalne w Belgji należy do 3 m i n i s t e r s t w.

Wyraźny kontrast z Belgją stanowią Niemcy, które pod względem organizacji szkolnictwa specjalnego stoją na pierwszym planie. Niemcy posiadają 3.900 klas specjalnych, w których pobiera naukę 70.000 uczniów. Przy niektórych szkołach są internaty dla

dzieci, cofniętych umysłowo, i warsztaty dla zawodowego kształcenia młodych oligofreników.

Najlepiej wyposażone są warsztaty zawodowe przy szkolnictwie specjalnym w Hamburgu. Poza szkolnictwem specjalnem istnieją w Niemczech klasy pomocnicze i klasy dla dzieci, zaniedbanych pedagogicznie (Hilfs- und Förderklassen). Obowiązek szkolny w Niemczech jest zrealizowany: jest dostateczna liczba szkół, lecz metody są sztywne i mało żywotne.

We Francji, ojczyźnie L t a r d a, S e g u i n a, B i n e t a i S i m o n a, od których ruch ten wyszedł, szkolnictwo specjalne stoi, niestety, na bardzo niskim poziomie, zarówno pod względem organizacji, jak i fachowości personelu oraz metod nauczania. W Paryżu jest 12 oddziałów specjalnych.

Polska może się poszczycić pierwszorzędnym szkolnictwem specjalnem.

Według ostatniej statystyki rozwój szkolnictwa specjalnego przedstawia się, jak następuje:

Rok	Oddziałów	Liczba dzieci
18/19	5	856
19/20	5	856
20/21	7	1009
21/22	8	1089
22/23	13	1256
23/24	15	1344
24/25	20	1509
25/26	25	2274
26/27	28	2589
27/28	29	2886
28/29	29	3169
29/30	34	3541
30/31	41	4189
31/32	41	4450
32/33	50	4834
33/34	53	5787

Jeśli jednak wziąć pod uwagę założenie, że 1,5% dzieci szkolnych nadaje się do szkolnictwa specjalnego, Polska winna mieć 75.000 dzieci w szkołach specjalnych.

Znakomicie postawiony Instytut Pedagogiki Specjalnej pod kierunkiem dyr. G r z e g o r z e w s k i e j kształci pedagogów w zakresie wszystkich działów pedagogii leczniczej. Podobne instytuty, poza Polską, istnieją tylko w Budapeszcie i Zurichu.

Polska posiada też bardzo mało zakładów dla dzieci, umysłowo upośledzonych. Zakłady, które istnieją, jak zakład w Pruszkowie, „Centos” w Otwocku, zakład pod Równem i t. p., powstały z inicjatywy społecznej, inne zaś zakłady, jak w Świeciu, Owińsku, Rybniku — są przy zakładach psychiatrycznych. Potrzeba tych zakładów jest b. dotkliwa, albowiem w szeregu sierocińców jest liczny odsetek dzieci cofniętych umysłowo, którym nie wystarcza dać szkołę specjalną, lecz należy je przeszkolić zawodowo, aby im umożliwić zarobkowanie.

Bardzo szczęśliwa jest inicjatywa umieszczania dzieci w rodzinach, propagowana na Wileńszczyźnie przez dr. J a n k o w s k a, wzorem Gheel w Belgii, dziecko bowiem, cofnięte umysłowo, winno od zarania życia być przyzwyczajane do prac domowych i przyuczane do zaradności.

Jednym z najpilniejszych zagadnień do urzeczywistnienia w Polsce jest kwestja szkół pomocniczych. Dziecko o I. I. = do 70 jest objęte opieką szkoły specjalnej. Natomiast dziecko o I. I. od 70 — 85, t. zw. dziecko ociężałe umysłowo, do szkoły specjalnej się nie nadaje, ale w przedudnionych oddziałach szkoły powszechnej dzieci te, pozbawione indywidualnej pomocy, nie mogą nadążyć za poziomem klasy i, po bezowocnem repetowaniu kilku oddziałów, zostają przeważnie usuwane ze szkoły, tworząc kadry wykołajców. Dla dzieci tych należy utworzyć oddziały pomocnicze na wzór niemieckich Hilfsklassen. W ten sposób rozwiąże się do pewnego stopnia problemat drugoroczności.

Opieka nad dzieckiem trudnym do wychowania i przestępczem.

I ten dział opieki nie ma jednolitych podstaw prawnych i w każdym państwie jest rozwiązany zależnie od ustawodawstwa.

W Niemczech, Austrii, Belgii, Szwajcarji, Polsce i na Węgrzech istnieją sądy dla nieletnich. We Francji jest tylko jeden sąd — w Paryżu.

Ustawodawstwo niemieckie, austriackie i węgierskie zapewnia dzieciom wykołajonym, gorszonym, pozbawionym opieki i przestępczym szeroką pomoc państwową. Dziecko, moralnie zaniedbane, jest pod opieką Jugendamtu, który ma prawo zastosować t. zw. Entmündigungsrecht i odebrać dziecko rodzicom co najmniej na przeciąg roku w razie stwierdzenia nieodpowiednich warunków wychowawczych w środowisku domowym.

Koszty umieszczenia pupila w jednym z licznych zakładów opiekuńczych lub karnych ponoszą państwo i samorządy. W t. zw. Fürsorgeanstalten pupile są selekcyonowani bardzo surowo, aby uniknąć przyjęcia dzieci psychopatycznych i umysłowo cofniętych. W Wiedniu jest 9 sędziów dla nieletnich. Zarówno w Wiedniu, jak i w Budapeszcie i w Niemczech współpraca ścisła lekarza z sądem jest podstawą pracy.

Poza wychowaniem zakładowym, opartem przeważnie na systemie grupowo - rodzinnym, zakłady korzystają szeroko z prawa umieszczania dzieci w rodzinach przybranych. Liczne prace katamnesticzne z ostatnich kilku lat podają dodatnie wyniki powyższych metod wychowawczych.

W Austrii zakłady profilaktyczne, a nawet karne są prowadzone przez wybitnych pedagogów o psychologicznem nastawieniu, jako to dra H e e g e r a, dyrektora zakładu w Eggenburg, oraz A i c h h o r n a, którego piękna praca „Verwahrloste Jugend” oświeśla przestępczość dziecięcą ze swoistego punktu widzenia.

W Anglii, dzięki ustawie o dzieciach i nieletnich (Children's Act z r. 1909, zmodyfikowany na Childrens and Young persons Act w 1932 r.) — sądy dla nieletnich mają szerokie kompetencje w usuwaniu nieletniego z zagrożonego środowiska i umieszczaniu w jednym z zakładów, wyżej wymienionych.

W Anglii istnieją 4 typy szkół dla nieletnich: 1) szkoły poprawcze (Reformatory schools), 2) rzemieślnicze (Industrial schools), 3) szkoły dla leniwych z krótkoterminowym pobytem (Truant schools) i 4) dzienne szkoły rzemieślnicze (Day Industrial schools).

Dla młodocianych Anglia stworzyła słynne zakłady B o r s t a l o w s k i e, które zapewniają pupilowi gruntowne wykształcenie zawodowe i opiekę odpowiedniego patronatu w chwili rozpoczęcia życia na własną rękę.

Według ankiety wychowankowie Zakładów B o r s t a l a w 70% wracają do życia w społeczeństwie i nie ulegają nawrotom.

W Anglii, a ostatnio i we Włoszech dzieci włóczęgów umieszcza się w szkole - okręcie. Niepohamowany pęd do swobody i potrzeba obcowania z przyrodą znajdują w życiu pełnem wrażeń, a ujętem przytem w karną dyscyplinę, znakomite ujęcie.

W Belgji opiekuje się dzieckiem, moralnie zaniedbanem, Office Belge de la protection de l'Enfance. Ustawodawstwo belgijskie jest jednym z najbardziej nowoczesnych na świecie (C a r t o n d e W i a r t).

Sąd dla nieletnich, działający z wzorową instytucją opiekunów sądowych i delegatów zakładów opiekuńczych, ma prawo odebrać dzieci rodzicom w razie stwierdzenia szkodliwego środowiska i umieścić je bądźto w zakładzie, bądź w rodzinie zastępczej en liberté surveillée. Sądownictwo dla nieletnich rozwinęło się w Belgji szczególnie pod wpływem sędziego W e t s a, jednostki wybitnej, którego prace z zakresu profilaktyki przestępstwa i zorganizowania opieki nad dzieckiem trudnym — są zewszęchmiar godne uwagi.

We Francji istnieje tylko jeden sąd dla nieletnich w Paryżu. Postępowanie wobec dziecka, moralnie zaniedbanego, jest nacechowane duchem penitencjarnym. Zakłady poprawcze francuskie stoją na b. niskim poziomie. Ostatnio został zorganizowany Service social des Enfants en danger moral.

Natomiast należy podkreślić niezwykle działalność sędziego R o l l e t, pierwszego sędziego dla nieletnich w Europie, który własną inicjatywą stworzył w Paryżu imponującą instytucję dla dzieci, moralnie zagrożonych — „Le patronage de l'Enfance et Adolescence”. W ciągu 52 lat niezmordowany bojownik o sprawy dziecka bronił, sądził i walczył o dziecko, a przedewszystkiem otaczał opieką dziecko ulicy. Świetlana postać sędziego R o l l e t, który umarł na posterunku przed kilkoma tygodniami, jest wymowa-

nym przykładem tego, co może zdziałać energia jednego człowieka.

W Szwajcarii istnieje szereg ciekawych zakładów dla dzieci trudnych do wychowania, jak Teschenberg, Rehrensatz dla dziewcząt, a przede wszystkim wzorowy zakład w Albisbrunn, prowadzony przez dra Hanselmana, który to zakład jest ostatnim wyrazem ideowego postępowania pedagogicznego.

W Polsce istnieją od 1919 roku, dekretem Państwa Marszałka, sądy dla nieletnich. Oddziały sądu są w Warszawie, Łodzi i we Lwowie. Sędziami dla nieletnich są 3 kobiety. Przy sądzie dla nieletnich jest instytucja opiekunów sądowych. Od kilku lat polityka penitencjarna wraca zdecydowanie na drogę profilaktyki. Zakłady poprawcze zostały gruntownie zreorganizowane, z uwzględnieniem w nich czynnika wychowawczego.

Pozatem Ministerstwo Sprawiedliwości subsyduje wydatnie zakłady profilaktyczne, powstałe dzięki inicjatywie społecznej. Ministerstwo Oświecenia założyło 4 zakłady dla dzieci, moralnie zagrożonych — w Warszawie istnieją 2 zakłady dla dziewcząt, moralnie zaniedbanych, pozatem istnieje 1 w Wilnie i 1 w Łodzi, oraz na terenie Polski kilka zakładów wojewódzkich, jak w Lublinie i w Antoniewie, jakoteż szereg zakładów zakonnych.

Ostatnio Liga Narodów zebrała dane o zakładach dla dzieci, moralnie zaniedbanych. Na ankietę Ligi odpowiedziało 40 państw. Wyniki tej ankiety były wręcz rewelacyjne i wykazały dobitnie, jak niejednolitą jest akcja, mająca na celu higienę psychiczną młodzieży i dzieci. Okazało się, że w Belgii istnieje wprowadzić znakomity zakład w Moll, ale o kwadrans dalej, w innym zakładzie nieletni przestępca może być ukarany całą o chlebie i wodzie do 15 dni! Zarówno w Belgii, jak i we wczorowych zakładach Bostona i w Anglii, nieletni musi zerwać wszelki kontakt z rodziną, którą pozwalają mu odwiedzić tylko w przypadku śmiertelnej choroby najbliższych krewnych. Ta rozbieżność poglądów wychowawczych tłumaczy się tem, że niektóre zakłady są w kompetencji Ministerstwa Oświecenia i kierowane przez pedagogów i psychologów, inne zaś w kompetencji Ministerstwa Sprawiedliwości, które nie może się wyzwoić z pojęć penitencjarnych i nie znajduje dość zrozumienia dla dziecka, przekreślając w ten sposób poczynania pedagogiczne.

Poradnie psychotechniczne.

Ostatnim etapem higieny psychicznej zapobiegawczej w stosunku do młodzieży są poradnie psychotechniczne, w myśl zasady „The right man on the right place”. Potrzeby poradnictwa psychotechnicznego nie trzeba uzasadniać, jako też wpływu poradnictwa na psychikę młodzieży.

Zawód, niefortunnie wybrany, nie dający zadowolenia, wytwarza w jednostce rozgoryczenie, niechęć do życia, przedwczesne zmęczenie. Doceniając głębokie znaczenie poradnictwa zawodowego we wszystkich państwach Europy, widzimy szereg państw, mniej lub więcej bogato wyposażonych. Dąży się do tego, aby młodzież, wkraczająca w życie, dokonała wyboru zawodu celowo, nie naoslep. Jest to tem bardziej ważne, że panujący dziś kryzys zawodów t. zw. inteligentnych zmusza młodzież wszystkich krajów do szkolnictwa zawodowego, co niejednokrotnie wywołuje konflikty.

Stworzenie odpowiedniej atmosfery i wytłuma-

czenie młodzieży celowości odpowiedniego postępowania jest nieodzowne. W Polsce istnieje dotychczas bardzo mało pracowni psychotechnicznych, i tylko znikoma część młodzieży jest objęta ich opieką.

Podstawy naukowe akcji profilaktycznej.

Szkolenie personelu, zajmującego się psychiką dziecka, a więc psychologów, pedagogów specjalnych i opiekunów społecznych stoi we wszystkich krajach na mniejszym lub większym poziomie.

W Austrii i w Niemczech liczne kursy psychopatologii i psychologii dziecka istnieją przy szkołach społecznych, instytutach pedagogicznych i t. p.

W Belgii istnieje Międzynarodowy Instytut pedagogiczny, którego założycielką była polska uczona Józefa Joteyko. Pozatem personel zakładów jest szkolony w szeregu ośrodków pedagogicznych.

W Szwajcarii wysuwa się na plan pierwszy Instytut Jeana-Jacquesa Rousseau, założony przez Claparede'a. Uczni tej miary, co Bovert, Piaget, Alice Descoudres kształcą liczne zastępy młodzieży i rozwijają rozległą działalność naukową.

W Polsce istnieją 2 zakłady psychologii wychowawczej — w Warszawie i Krakowie i katedry psychopatologii przy Wolnej Wszechnicy Polskiej i na Wydziale Lekarskim.

Dużą tradycję zyskały sobie Zjazdy pedagogii leczniczej, odbywające się zwykle w Monachjum. Na przedostatnim Zjeździe w 1933 r. było 1100 uczestników i wygłoszono 60 poważnych referatów.

W Warszawie odbył się w październiku 1934 r. II-gi Zjazd szkolnictwa specjalnego, który stał na b. wysokim poziomie; na Zjeździe tym poruszono szereg najaktualniejszych zagadnień z pedagogii leczniczej i psychologii.

W listopadzie 1934 r. odbył się w Warszawie I. Zjazd psychologów, pracujących na polu wychowania, mający na celu ujednolajnienie akcji psychologów szkolnych i opracowanie nowych metod.

* * *

Reasumując powyższe, niestety, bardzo pobieżne dane, dochodzimy do wniosku, że nawet w tych krajach, gdzie ciężka psychiczna nad dzieckiem stoi na b. wysokim poziomie, zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym, są pewne dziedziny, które leżą odłogiem i nie są należycie uwzględnione. Czynniki miarodajne tych krajów podkreślają w licznych pracach, że na niejednolitość akcji wpływa okoliczność, iż rozmaite agendy są podległe rozmaitym kompetencjom, że niema dostatecznie ścisłej i unormowanej pracy międzyministerjalnej, która by pozwoliła akcję higieny psychicznej zapobiegawczej rozplanować celowo i przeprowadzić systematycznie na wszystkich odcinkach.

Polska od chwili odzyskania niepodległości działała na polu higieny psychicznej dużo. W niektórych dziedzinach, jak np. zorganizowania szkolnictwa specjalnego, wysiłek polski jest wręcz imponujący. Braki dają się odczuć w następujących dziedzinach:

1) Ustawa o dawała w stwo: Prawo o nie-dorozwoju, zredagowane przed laty przez dra Strelinga, w myśl angielskiego Mental Deficiency Bill, nie zostało dotychczas uchwalone i temsamem niema żadnych podstaw prawnych dla szkolnictwa specjalnego.

Prawodawstwo nasze nie przewiduje możności ubezwłasnowolnienia rodziców w wypadkach znaczą-

się nad dziećmi i gorszenia ich, co niejednokrotnie paraliżuje akcję opiekuńczą.

2) **Instytucje opiniodawcze:** Na terenie Warszawy poradnie pedologiczne zyskały sobie prawo obywatelstwa i rozwijają się z roku na rok. Natomiast w szeregu miast niema ani jednej poradni leczniczo - wychowawczej, a nauczycielstwo nie docenia jeszcze należycie jej potrzeby.

Palącą potrzebą jest utworzenie Instytutu Obserwacyjno - rozdzielczego, gdzie po fachowej obserwacji psychologa, pedagoga i lekarza - specjalisty, losem dziecka-podrzutka, małego włóczęgi pokierowanoby nie na ślepo, lecz z świadomością, że odpowiednie wychowanie przysporzy Państwu oszczędności, a krajowi zyska dobrego obywatela.

3) **Instytucje wykonawcze.** W zakresie instytucji wykonawczych daje się przedewszystkiem odczuć dotkliwy brak: A) przedszkoli, ogródków, kolonij letnich i wypoczynkowych dla dzieci wieku przedszkolnego: 1) aby dziecko zdrowe mogło wyładować w grze i zabawie swoją energię i nie było skazane na przedwczesną nerwowość wskutek ustawicznego tłumienia swych popędów; 2) aby można było na tym terenie w najwcześniejszym wieku przeprowadzić akcję selekcyjną i leczniczą.

B) Palącą potrzebą jest stworzenie kilku zakładów leczniczo - wychowawczych dla dzieci psychopatów, które w obecnym stanie rzeczy tułają się w innych zakładach wychowawczych, są usuwane ze szkół i nie mają należytej opieki.

C) Niezbędna jest rozbudowa sieci warsztatów zawodowych przy szkolnictwie specjalnem i stworzenie kilku zakładów dla dzieci, głęboko upośledzonych umysłowo, i dla debilów, obecna bowiem liczba nie odpowiada potrzebom.

D) Jednym z najważniejszych zagadnień jest stworzenie szkół pomocniczych dla dzieci zahamowanych psychicznie i pedagogicznie zacofanych. Stworzenie takich szkół przyczyniłoby się znakomicie do złagodzenia problemu drugoroczności.

E) Uależnienie zakładów wychowawczych - poprawczych i wychowawczych dla dzieci trudnych do prowadzenia od Ministerstwa Oświecenia, a nie od Ministerstwa Sprawiedliwości i powierzenie opieki nad dzieckiem pedagogom wytrawnym, a nie urzędnikom podniosłoby w wysokim stopniu akcję profilaktyczną.

Wychodząc z tego założenia, w Nowej Zelandji sądy dla nieletnich są podległe Ministerstwu Oświecenia w myśl zasady, że dziecka nie należy sądzić, lecz należy je wychować. Przypomnijmy sobie również słowa, które Fritz K l e i s t, autor ciekawej książki „Jugend am Gericht“ — kończy swe dzieło: „Richten kann fehlen. Dienen, helfen und aufrichten ist das Leben“.

F) Niezbędne jest zjednoczenie wszystkich pracowników na polu higieny psychicznej dziecka, zarówno lekarzy, jak psychologów, pedagogów i opiekunów społecznych, celem nakreślenia i przeprowadzenia jednolitej planowej akcji dla dobra dziecka.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	17/III— 23 III	24/III— 30/III	31/III— 6/IV	7/IV— 13/IV
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	1 (0)	0	0
Zap. mózg. śpiączk.	0	2 (0)	0	0
Dur brzuszny	173 (14)	190 (17)	165 (17)	152 (13)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	114 (17)	136 (8)	163 (8)	128 (8)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	5 (0)	1 (0)	6 (0)	5 (1)
Płonica	254 (8)	247 (9)	315 (14)	247 (6)
Błonica	314 (18)	316 (14)	338 (11)	300 (12)
Zapal. op. mózg.	50 (11)	53 (9)	32 (3)	34 (6)
Odra	313 (12)	582 (4)	649 (4)	522 (3)
Róża	84 (4)	108 (4)	74 (5)	81 (4)
Krztusiec	134 (2)	93 (5)	110 (4)	95 (3)
Malarja	0	2 (0)	1 (0)	1 (0)
Posoczn. polog.	37 (4)	45 (5)	37 (6)	26 (4)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	430 (0)	450 (0)	459 (0)	469 (0)
Waglik	0	0	0	4 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	0	2 (0)	0
Wścieklizna	0	0	0	0
Zatr. jad. kielb.	0	3 (0)	0	0
Chor. Heine-Medina	1 (0)	2 (1)	2 (1)	2 (0)
Twardziel	1 (0)	0	0	2 (0)
Cholera	0	0	0	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— **Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej** do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę. Wobec tego, że na kolonjach dziecięcych niejednokrotnie występują epidemie chorób zakaźnych, których źródłem są dzieci przyjeżdżające na kolonie, Ministerstwo Opieki Społecznej zarządza co następuje: Dzieci, wysyłane na kolonie, powinny mieć zaświadczenia lekarza urzędowego, że z ich

strony nie zagraża niebezpieczeństwo przeniesienia chorób zakaźnych, t. j. że ani one same, ani ich otoczenie domowe nie przechodziło bezpośrednio przed ich wyjazdem chorób zakaźnych, albo, że po przebyciu choroby przez nie czy przez ich otoczenie minął odpowiedni okres izolacyjny i zastosowane były wszelkie środki zapobiegawcze przeciwko rozszerzeniu się zarazy. Przed wyjazdem na kolonie dzieci powinny być poddane badaniu na nosicielstwo błonicy i duru oraz w miarę możliwości zaszczepione przeciwko durowi brzuszemu, błonicy i płonicy (ew. szczepionką BP), o ile nie dostarczą zaświadczenia, że w okresie rocznym przed terminem szczepień, wyznaczonym dla dzieci, wyjeżdżających na kolonie, były poddawane tym szczepieniom. Szczepienia przeciwko błonicy i płonicy powinny być przeprowadzone na 2 miesiące, przeciwko durowi brzuszemu — na miesiąc przed terminem wyjazdu na kolonie. Pożądane jest, aby rodzice dzieci, mających wyjechać na kolonie letnie, zawczasu poddali swe dzieci wyżej wymienionym szczepieniom zapobiegawczym i przy zapisie dzieci składali zaświadczenia o dokonanych szczepieniach; wobec tego szczepienia w tych instytucjach należy zorganizować już z początkiem każdego roku. Ministerstwo prosi o podanie powyższych zarządzeń do wiadomości i ścisłego zastosowania się Ubezpieczalniom Społecznym oraz instytucjom i towarzystwom, organizującym kolonie letnie. Treść powyższych zarządzeń z wyznaczeniem stałych terminów szczepień zapobiegawczych powinna być rozplakatowana w tych instytucjach do wiadomości zainteresowanych rodziców. Podsekretarz Stanu: (—) Dr. E. P i e s t r z y ń s k i.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

23.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

W. O d r z y w o l s k i. Sprawa wolnego wyboru lekarza w świadczeniach na wypadek choroby.

Résumé des articles originaux.

H. STRAUSS. Les progrès dans le diagnostic et dans le traitement des maladies de l'estomac et des intestins.

L'auteur souligne le progrès de la médecine concernant le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, surtout de la maladie ulcéreuse, du cancer et de la gastrite catarrhale, et des maladies des intestins, surtout de leur segment terminal et de l'intestin grêle.

J. HANDELSMAN et J. NELKEN. Etude sur l'amnésie comme suite de plaies du crâne par arme à feu.

Les auteurs présentent le cas d'un aliéné atteint de schizophrénie qui reçut un coup de revolver lui perforant le crâne et le cerveau, tiré par sa fiancée qui se suicida aussitôt après l'avoir blessé. Le blessé ne présenta aucun signe d'amnésie rétro- et antérograde et de plus son état psychique alla s'améliorant jusqu'à la guérison pratique.

Le cas peut servir à contribuer aux travaux de J. N e l k e n, dans lesquels il présente une série de cas d'amnésies rétrogrades à la suite de plaies du crâne par arme à feu. N e l k e n pose la question: faut-il considérer ce symptôme comme exclusivement organique ou bien porte-t-il à sa base l'influence de toute la structure psychogénétique du sujet qui entre dans le conflit qui est à la source de chaque suicide. N. ajoute à 4 observations de plaies du cerveau par suicide le cas où la plaie ne fut pas suivie d'amnésie.

M. RUBINSZTEIN. Le système parasymphatique et les échanges respiratoires.

Existe-t-il un antagonisme entre le système nerveux sympathique et parasymphatique dans le domaine des échanges azotés? Peut-on arriver à baisser le métabolisme basal, par exemple dans la Maladie de B a s e d o w, en agissant sur l'antagoniste du sympathique qui l'augmente? Pour trancher ce point nous avons exploré l'action des diverses substances agissant sur le parasymphatique.

Excitation du parasympathique.

I. La pilocarpine exerce sur le métabolisme basal une action qui se divise en deux phases: la première d'élévation de 7 à 20 p. 100 et la seconde d'abaissement au-dessous du taux initial; le quotient respiratoire a été diminué; le débit respiratoire a eu la même évolution que le métabolisme basal. L'action de la pilocarpine a été exactement inverse de celle de l'atropine.

L'hyperglycémie provoquée par la pilocarpine n'est

pas accompagnée par une augmentation de la différence artério-veineuse du sucre sanguin. Cela témoignerait d'une faible combustion des hydrates de carbon, ainsi qu'en témoigne l'abaissement du quotient respiratoire.

II. L'acétylcholine diminue (en général après une augmentation passagère) le taux des échanges respiratoires. Elle a diminué le mét. basal aussi chez des Basedoviens. Elle s'est montrée antagoniste de l'adrénaline au point de vue du métabolisme.

Il y a intérêt à essayer l'acétylcholine dans la thérapie de la Maladie de B a s e d o w pour diminuer le métabolisme basal.

III. Génésérine. Le métabolisme a augmenté, ainsi que le débit respiratoire. Le quotient respir. a varié en divers sens.

P a r a l y s i e d u s y m p a t h i q u e. L'atropine a exercé une action qui se divise en deux phases: le métabolisme s'abaisse d'abord, puis remonte au-dessus du taux initial. Peut-être cet abaissement initial est-il l'expression de l'excitation du nerf vague qui, selon certains auteurs, précède sa paralysie.

Au point de vue théorique il est intéressant à constater en général un antagonisme entre le sympathique et parasymphatique également et dans le domaine des échanges respiratoires.

Zofja ROSENBLUM. Hygiène mentale de l'enfance en Europe occidentale et en Pologne.

L'auteur donne un aperçu historique de l'évolution de l'hygiène mentale par rapport à l'enfance et passe en revue toutes les institutions appropriées à sélectionner les enfants et à les élever dans les meilleures conditions, comme les consultations de psychoneurologie, les preventoriums pour enfants nerveux, les jardins d'enfants, les maisons d'éducation pour jeunes psychopathes et enfants délinquants, les écoles pour arriérés etc. En Pologne l'hygiène mentale de l'enfance a pris un grand essor lors de dernières 10 années. Il existe à Varsovie un Institut de Pédagogie Spéciale et l'enseignement des enfants arriérés a atteint un très grand niveau tout au point de vue nombre de classes que valeur des méthodes d'enseignement.

On note par contre une grande pénurie de maisons d'éducation pour enfants nerveux et psychopathiques.

La législation de la prévoyance sociale est insuffisante et limite les moyens d'action.

TREŚĆ: H. STRAUSS. Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka i kiszek (Dok.). — J. HANDELSMAN i J. NELKEN. O zachowaniu się niepamięci po postrzałach głowy. — M. RUBINSZTEJN. Wpływ na podstawową przemianę oddechową, działających wybiórczo na układ nerwowy obokwspółczulny (Dok.). — H. PETRYNOWSKA. Rzut oka na patogenię zakażenia gruźliczego (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. ROSENBLUM. Higiena psychiczna w zastosowaniu do dziecka w Europie zachodniej i w Polsce (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STRAUSS. Les progrès dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac et des intestins (fin). — J. HANDELSMAN et J. NELKEN. Etudes sur l'amnésie comme suite de plaies du crâne par arme à feu. — M. RUBINSZTEJN. Le système parasymphatique et les échanges respiratoires (fin). — H. PETRYNOWSKA. Coup d'oeil sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse (Rev. gén. fin). — S. ROSENBLUM. L'hygiène mentale de l'enfance en Europe occidentale et en Pologne (fin).

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Numer następny ukaże się dnia 30 maja r. b.