

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. 8-24-48.

Rok XIII

WARSZAWA, 7 MAJA 1936 R.

Nr. 17.

PRACE ORYGINALNE

Rozprawy

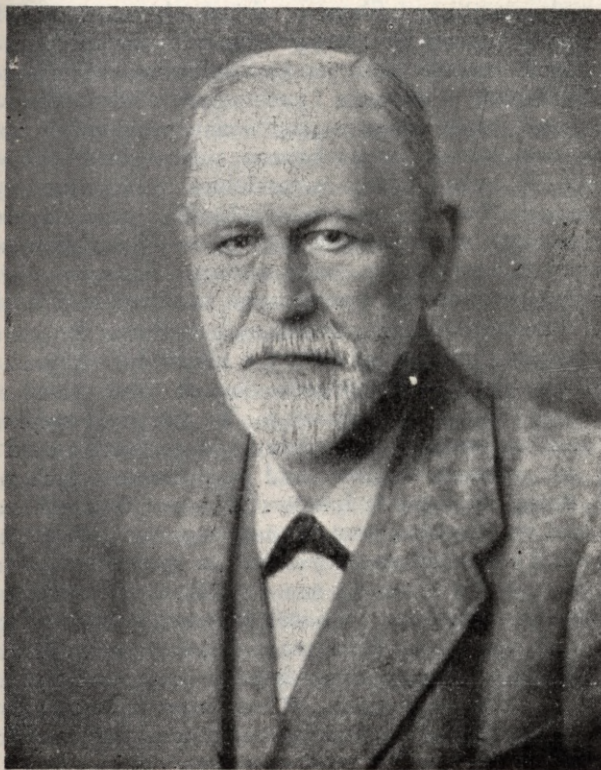
Historja rozwoju psychoanalizy i jej stan współczesny.

(w 80-ą rocznicę urodzin Zygmunta Freuda).

Podał

Dr. med. Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

... Miało się ku końcowi 19-go wieku. Cały świat naukowy żył i rozkwitał pod znakiem wielkich odkryć w dziedzinie nauk biologicznych. Całe pokolenie wchłaniało w siebie atmosferę, która wytworzyła się dokoła



Zygmunt Freud

takich nazwisk — hasła, jak Karol Darwin, Ernest Haeckel, August Weismann, Hans Driesch, Oskar Hertwig, jeżeli wymienić tylko kilka najważniejszych, czołowych. Wszystkie wysiłki skierowane były ku badaniom, mającym na celu poznanie organizmów roślinnych i zwierzęcych, ich powsta-

wania, wzrostu, rozwoju, począwszy od komórki, tego najelementarniejszego ośrodka życia, wspólnego dla wszystkich organizmów żyjących, a kończąc na najbardziej złożonym organizmie komórkowym, jakim jest człowiek. Człowiek zdetronizowany przez naukę Darwina „pan stworzenia”, stał się tylko ostatniem ogniwem w łańcuchu zwierzęcym, przestał też budzić zainteresowanie naukowe, jako całość integralna, sama w sobie, rozpatrywany był jedynie, jako skomplikowany konglomerat zróżnicowanych w swych funkcjach komórek. Odbiło się to z naturalną zupełnie konsekwencją na medycynie, w której zapanowała niepodzielnie patologia komórkowa Virchowa, a pod jej wpływem przemożnym mnożyć się poczęły odkrycia i w dziedzinie patologii specjalnej, patologii mózgowej. Świetny rozwój neuropatologii z odkryciem ośrodków mózgowych (Broca, Hitzig, Wernicke) stanowi dalszy nieunikniony etap tego prądu myślowego, który zapanował wówczas niepodzielnie w nauce. I w związku z temi odkryciami zaczęła rozkwitać i rozwijać się anatomia patologiczna chorób nerwowych i psychicznych. W tym samym mniej więcej czasie rozwinął się i utrwalił w psychjatrii t. zw. kierunek kliniczny, zapoczątkowany przez Ludwika Kahlbauma, a rozwinęty i doprowadzony do możliwej doskonałości przez Emila Kraepelina. Był to klinicysta z Bożej łaski, to też wprowadził sporo ładu w *disjecta membra* ówczesnej psychjatrii, nauczył nas myśleć klinicznie, starał się tworzyć jednostki kliniczne na wzór takich samych jednostek w medycynie somatycznej. Nie zaniedbywał nawet całkowicie, jako uczeń Wundta, psychologii i starał się przeszcześcić modny wówczas eksperyment psychologiczny na teren psychjatrii; badał on sam i jego uczniowie sprawność zmysłów, uwagę, zdolność zapamiętywania, pamięć, wydolność i wydajność pracy, zmęczenie, i t. p., słowem, notował, segregował, jak czynił to z objawami klinicznymi, zewnętrzne objawy czynności psychicznych, ale tem samem ślizgał się tylko po powierzchni psychiki, nie dając żadnego wglądu w to, co się działo w chorej psychice pod tą powłoką zewnętrzną. Taka była, zresztą, ówczesna psychologia, która, jako wierna i potulna służka fizjologii, żeglując pod banderą paralelizmu psychofizycznego, na nic innego zdobyć się nie mogła. Wszystko to, co mogło być jako tako lokalizowane w mózgu, co mogło być jako tako mierzone, obliczone lub, jako krzywa, wyznaczone, zasługiwało na uwagę, — reszta była zaniedbywana. Uczucia, wzruszenia, afekty, starano

się również mierzyć, wymierzać, wykreślać (T a r c h a n o w , V e r a g u t h), a wogóle nie przypisywano im należnej wagi w całokształcie psychiki ludzkiej. Ta psychologia, oparta na przesłankach psychofizjologicznych, wprowadzona do klinik psychiatrycznych K r a e p e l i n a , S o m m e r a i innych ośrodków wiedzy psychiatrycznej, nie miała, bo mieć nie mogła, wpływu dodatniego na rozwój psychopatologii i psychiatrii klinicznej. A jednocześnie prowadzone badania histopatologiczne szkoły N i s s l a i A l z h e i m e r a , badania nad mózgiami zmarłych na psychozy organiczne (porażenie postępujące, psychozy kiłowe, miażdżycowe i starcze) stanowią istotny i najtrwalszy bodaj dorobek tego okresu, ale dorobek, zapisany, że tak powiem, na marginesie psychiatrii właściwej, albowiem badania te, stwierdzając zmiany, zachodzące w korze mózgowej chorych na te psychozy organiczne, nie wyjaśniają w dostatecznej mierze przejawów psychotycznych, napotykanych w tych chorobach za życia. Koncepcje M e y n e r t a i W e r n i c k e g o , biorące asumpt z nauki o afazji, miały na celu oprzeć psychiatrię na podstawach neurologicznych i na mechanice mózgowej, ale były zanadto schematyczne, zanadto oderwane od życia, zapoczątkowały t. zw. mitologię mózgową, dziś już prawie całkowicie przebrzmiała. Jeden bodaj K l e i s t i jego nieliczni adherenci trzymają się jeszcze na maszcie tonącego okrętu. Psychiatria, zaplątana bądź w segregowanie i opisy kliniczne, bądź w schematyzm mózgowy, znieruchomiła niejako, spętana, zaczęła dreptać w miejscu, dusiła się, opasana przez koncepcje, zapożyczone z medycyny somatycznej, zabrakło jej szerszego psychologicznego oddechu, którego znikąd nie było można zaczerpnąć. A już najbardziej poszkodowana, najbardziej upośledzona była w owym czasie dziedziną nerwic. Nie było dla nich miejsca w świecie, niewiadomo było, co z nimi począć. Ze stanowiska anatomopatologicznego nie przedstawiały żadnego interesu naukowego, psychofizjologia nie uważała ich również za obiekt, którym warto zaprzętać sobie uwagę. Pierwszy C h a r c o t , dzięki wnikliwosti swego zmysłu spostrzegawczego, dojrzał w hysterji coś, czem warto się zająć, mówił często, przebiegając sale w Salpetrière, „il fallait y rester”, i rzeczywiście został, udowodnił realność i prawdziwość objawów historycznych, które przed nim uważano przeważnie za nierealne, fikcyjne, i potrafił reprodukować je ściśle przy pomocy hipnozy. Zwróciło to powszechną uwagę, zaciekało świat naukowy, przyciągało do Salpetrière tłumy lekarzy wszystkich narodowości, którzy na słynnych „Leçons de mardi” C h a r c o t a przyglądali się temu dziwactwu, ale sam mistrz nawet nie wyciągnął z tego żadnych wniosków co do genezy tych objawów historycznych, albowiem tkwił jeszcze głęboko w nauce o zwyrodnieniu, która wówczas we Francji była dominująca. F é r é , uczeń C h a r c o t a , włącza hysterję i inne nerwice do jednej rodziny zwyrodnieniowej („La famille névropathique”). M o r e l wraz z M a g n a n e m tworzą drabinę chorób nerwowych i psychicznych, której szczeblem pierwszym jest nerwica, a ostatnim idjotyzm.

I problemat nerwicy w dalszym ciągu pozostaje ciemny. Nerwice oraz psychozy o charakterze nieorganicznym w dalszym ciągu pozostają temi kopciuszkami, które w suterrenach nauki czekają na swego księcia z bajki...

I przyszedł, bo przyjść musiał, bo taka jest zwykła kolej rzeczy w nauce, że jeden kierunek wyłączny, dzięki swej wyłączności właśnie, musi wywołać reakcję. Musiał przyjść, ażeby wykazać światu, że poza tem, co dać może

anatomja, fizjologia i psychologia, ograniczająca się do powierzchni psychiki, istnieje jeszcze coś w psychice ludzkiej, co trzeba poznać i wydobyć nawierzch.

Tym księciem, już nie z bajki, ale z prawdziwego, szczęśliwego zdarzenia losu okazał się Zygmunt F r e u d . Zstąpił do głębin, których istnienia nikt nie podejrzewał albo się ich bał, i, świecąc sobie w mrokach lampą swego genjuszu, odkrył w zakamarkach, przez nikogo dotąd nieznanych, skarby, które hojną ręką podarował światu...

* * *

Zobrazować w ramach odczytu wielkie dzieło, dzieło Zygmunta F r e u d a , którego dziś w dniu 80-tej rocznicy Jego urodzin czci cały świat naukowy, to rzecz niesłychanie trudna. Postaram się to uczynić w miarę swoich sił i umiejętności, przytem wydaje mi się jednak najlepszym sposobem potraktowania tego tematu ze stanowiska historii jego rozwoju, albowiem osiągniemy może przez to większą przejrzystość, i łatwiej nam będzie przedrzeć się przez gąszcz trudności, jakimi najeżona będzie nasza droga.

Lat temu 41 (w r. 1895) ukazała się książka pod tytułem „Studien über Hysterie”, napisana przez dwu autorów: Józefa B r e u e r a i Zygmunta F r e u d a , książka, w której opisany został przypadek hysterji u pewnej panny bardzo inteligentnej, cierpiącej od czasu, kiedy pielęgnowała chorego ojca, na rozmaite objawy, jak porażenia, przykurcze, sany zahamowania psychicznego i zamęcenia świadomości. Wszystkie te objawy kolejno znikaly, kiedy poddawano pacjentkę hipnozie, albowiem w tym stanie hipnotycznym przeżywała afektywnie te sytuacje życiowe, które podziały, jako uraz, podczas pielęgnowania ojca. Słowem, objawy historyczne były wyrazem tych przeżyć, z których nie zdawała sobie sprawy, które pozostały poza jej świadomością, ale energicznie działały w ukryciu i przetworzyły się w objawy historyczne; kiedy energia psychiczna związana z temi przeżyciami, została przez hipnozę wyzwolona, objawy ustąpiły. Z tych faktów niepodobna było stworzyć jeszcze żadnej teorii powstawania hysterji, jako choroby, ale trzeba było wyprowadzić wnioski co do powstawania objawów historycznych, jako wyrazu k o n w e r s j i , zamiany jednej energii przez drugą, a pozatem należało ustalić fakt niezmiernie zasadniczy i doniosły, że gra tu rolę czynnik d y n a m i c z n y , albowiem nagromadzenie się afektów nieświadomych może stać się przyczyną objawu chorobowego. Te fakty niewątpliwie były punktem wyjścia dla późniejszych badań F r e u d a , który nie ustawał w pracy nad pogłębieniem tych nowych, dotąd nieznanych faktów. W miarę dalszych studiów nad tym problematem w miarę tego, im głębiej wnikać zaczął w to „odreagowywanie” w stanie hipnotycznym, doszedł F r e u d już sam (bo B r e u e r ułakł się dalszych konsekwencji i opuścił F r e u d a) do szeregu doniosłych wniosków. Spostrzegł, mianowicie, że pewne rzeczy chorzy odreagowują łatwiej, inne trudniej, że często przewyciężać muszą (i trzeba im w tem wydatnie dopomagać) jakiś sprzeciw wewnętrzny, że w takich razach są to przeważnie przeżycia natury seksualnej, że, dalej, pacjentki, uwolnione wprawdzie od objawów, wykazują jakieś nadmierne, nienaturalne przywiązanie do swych zbawców, postanowił metodę hipnotyczną, czyli katartyczną (oczyszczającą) zarzucić i rozpoczął badanie, a raczej doszukiwanie się tych samych urazów psychicznych bez hipnozy, na jawie, namawiając chorych do swobodnego kojarzenia, do mówienia wszystkiego, co im na myśl przyjdzie. Tu rozpoczyna się już okres psychoanalizy w ściślejszym znaczeniu tego wyrazu. Okaza-

ła się ona o wiele trudniejszą, ale z drugiej strony o wiele wydańiejszą, jeżeli chodzi o wgląd w mechanizm psychologiczny choroby i w istotę procesów nieświadomych. Okazało się, że przy tym sposobie postępowania o wiele wyraźniej występował ów opór we wspominaniu rzeczy przykrych dla świadomości chorego, opór, pokrywany przedtem przez stan hipnozy, że dynamika tego procesu walki świadomości z mającemi wydobyć się na jej powierzchnię konfliktami psychicznymi stawała się jaśniejsza. I w ten sposób powstało drugie, zasadnicze (obok dynamiczności procesów nieświadomych) pojęcie, które legło u podłoża nauki psychoanalitycznej, pojęcie tłumienia. Powrócimy jeszcze na chwilę do owej podkreślonej już dynamiki psychicznej, ażeby uwydatnić moment rewelacyjny i rewolucyjny, jaki ona w sobie zawiera. Dzięki tej niewątpliwej dynamice, którą stwierdzono w procesach nieświadomych i sprzecznie, jaki napotykały w świadomości, ustalił Freud fakt istnienia takich procesów nieświadomych w psychice ludzkiej, które odcięte są od świadomości, jako zbyt przykre i z nią niezgodne, same przez się, bez pomocy, uświadomione być nie mogą, ale szukając sobie ujścia, dają o sobie znać drogą okólną poprzez objawy nerwicowe, bądź somatyczne (jako konwertowane), bądź psychiczne. Okazało się tem samem, że istnieje swoiste „nieświadome”, różniące się od tego, co przedtem nazywano konwencjonalnie nieświadomem, a co było tylko zapomnianem lub niezauważonem i mogło każdej sposobnej chwili bez trudu do świadomości powrócić. Tu natomiast świadomość tłumia coś i nie dopuszcza do siebie, trzeba przedtem znieść tę siłę tłumienia, która znajduje swój wyraz w charakterystycznym oporze chorego, ażeby to, co spoczywało w nieświadomości w stanie napięcia naporu, mogło być z tej udręki wyzwolone, dzięki czemu doiero objawy, które były tego napięcia wyrazem, mogą być usunięte. Wspomnieliśmy już, że te przeżycia, które mają charakter seksualny, specjalnie trudno przedostają się do świadomości, albowiem najwidoczniej stanowią dla niej najboleśniejczy kamień obrazu. To jest właśnie owo Freudowskie „nieświadome” — das Unbewusste — w odróżnieniu od tego, co spod progu świadomości może się każdej chwili bez trudu wychynąć, i co Freud nazywa podświadomem, czy przedświadomem — „das Vorbewusste”.

Uderzył Freud a dalej jeden fakt znamieny, że, kiedy chorey dawał swobodne kojarzenia (już na jawie, bez hipnozy), to cofały się one zawsze ku przeszłości i nie tylko dotyczyły jakiegoś przykrego przeżycia z przeszłości niedawnej, ale szły dalej wstecz ku młodości, ku dzieciństwu wreszcie i wtedy właśnie natrafiały na największy opór, wydobywały się z największym trudem. I tu natknął się Freud na całkiem nowy, nikomu przedtem nieznanym świat zjawisk, wskazujących na istnienie seksualności dziecięcej, swoistej wprawdzie, specyficznej, różniącej się od seksualności dojrzałej, seksualności, spowitej w gęstą mgłę nieświadomości, niemniej przeto realnej. Charakterystyczny i niezmiernie ciekawy jest proces myślowy, który doprowadził Freuda do wykrycia życia płciowego dziecka od chwili przyjścia na świat. Kiedy się Freudowi zdawało, że zdołał wykryć *primum movens* psychonerwicy w postaci urazów psychicznych, doznanych we wczesnym dzieciństwie i noszących znamiona seksualności, nasunęły się właśnie wtedy największe trudności i tak wielkie wątpliwości, że sam twórca tej myśli był bliski rezygnacji. Okazało się, mianowicie, że w wielu przypadkach opowiadania chorych o ich przeżyciach seksualnych dzie-

cięcych obejmowały rzeczy nieprawdziwe, urojone. Naodwrot, momenty, które mogłyby spowodować silny psychiczny wstrząs dziecka, jak np. nieostrożność rodziców, dotycząca ich życia seksualnego, jakaś niesumienność wychowawczyni, straszenie dziecka w związku z jego narządami płciowemi, wszystkie te momenty można było napotkać w dziejach ludzi zdrowych. Więc prosty wniosek wynikał z tego wszystkiego, że urazy dziecięce nie mogły być same przez się uważane za dostateczną przyczynę choroby, powstającej w wieku późniejszym. Wtedy uświadomił sobie Freud, że nie ma prawa rezygnować, jeżeli oczekiwania go zawiodły, natomiast musi te oczekiwania poddać rewizji. Jeżeli histerycy sprowadzają swoje objawy do zmyślonych obrazów, narzuca się tu fakt nowy, że oni je sobie uroili, i rodzi się nowy obowiązek równie ścisłego zbadania nowego psychicznego faktu powstawania podobnych urojeń, zbadania tych realnych faktów życia. Wkrótce też wyjaśnił sobie Freud, że podobne rojenia powstają u osób tego typu w celu zamaskowania, upiększenia i uszlachetnienia życia seksualnego okresu dziecięcego, tak, iż zpoza tych rojeń w całej pełni wyłoniło się seksualne życie dziecka od chwili urodzenia aż do dojrzałości płciowej. Ustalony został fakt nowy, znów rewolucyjny, że pojęcie seksualności, dotąd związane z okresem rozrodczym, należy rozszerzyć, że seksualność to funkcja ciała, dążąca do roskoszy, niezależna zrazu od narządów rozrodczych, rozlana po całym ciele, mająca swe obręby specjalnie uczulone, mająca zrazu, jako cel nie obiekt zewnętrzny, ale ciało własne, że ma tem samem charakter autoerotyczny, a później dopiero, kiedy osiąga pewien stopień rozwoju, po przebyciu szeregu faz, łączy się z narządami płciowemi, zmienia obiekt swój i po dojściu do dojrzałości idzie w służbę funkcji rozrodczej. Energję popędów seksualnych nazywa Freud „libido” i tworzy podstawową dla przyszłych badań teorię *libido*, na której buduje wielką koncepcję powstawania nerwicy i psychoz, koncepcję, nie z fantazji wysnutą, ale opartą na ścisłej empirji, jak to wypływa już dość jasno z powyższych wywodów. *Libido* — energja popędu seksualnego — przebiega szereg faz, związanych zrazu z poszczególnymi obrębami ciała (ustami, odbytnicą), aż wreszcie koncentruje się w narządach rozrodczych. Nie sposób tym przebiegiem szczegółowo się zajmować, winny to być, zresztą, rzeczy oddawna znane. Podkreślę tu tylko fakt zasadniczy, że powstanie nerwicy uzależnione jest w głównej mierze (choć niecałkowicie) od tego, że *libido*, natrafiając w życiu na trudności wyładowania się, na jakieś sprzeciwy i zawody, cofa się ku pozycjom, zdawna zajmowanym, przebieżonym, i zatrzymuje się tam, gdzie zbyt silnie została związana, i, chcąc wyładować się nanowo w ten sam dziecięcy sposób, niedostatecznie przezwyciężony, natrafia na sprzeciw, wywołuje dążeniem swem tłumienie, które wówczas w dzieciństwie nie było widocznie dość silne. W ten sposób powstaje konflikt, który kończy się dla osobnika kompromisowo i katastrofalnie w postaci jednego lub szeregu objawów nerwicowych. Dzieje się to wtedy, kiedy przebieg prawidłowy tych faz natrafia na przeszkody, kiedy likwidacja tych etapów seksualnych nie odbywa się gładko. W normalnych warunkach w 4-ym lub 5-ym roku życia seksualność dziecięca, osiągnąwszy swój najwyższy punkt rozwoju, zanika, ulega całkowitemu tłumieniu (stąd późniejsza amnezja tego okresu), i rozpoczyna się okres t. zw. utajonej seksualności, kiedy biologicznie już się nic nie dzieje, kiedy zjawiają się rozmaite twory psychiczne

reaktywne w postaci wstydu, obrzydzenia, moralnych nakazów i zakazów, fantazji i rojeń, dotyczących własnego pochodzenia i t. d. Ten okres już bezpośrednio przechodzi w okres ostateczny — dojrzałości płciowej. Rozwój *libido* u człowieka przebiega więc zasadniczo w dwu etapach: etap seksualności dziecięcej i etap dojrzałości płciowej z poprzedzającym go krótkim okresem przygotowawczym (utajonej seksualności). Ten dwuetapowy rozwój wydaje się swoisty dla człowieka i stanowi może biologiczne podłoże dla powstawania nerwic. W obrębie tej seksualności dziecięcej (w okresie już genitalnym), którą rozumieć należy bardziej w biologicznym, niż psychologicznym sensie, napotykamy twór już czysto psychologiczny, twór niezmiernie wagi, stanowiący utajone, nieświadome jądro krystalizacyjne każdego człowieka w sensie jego przyszłego rozwoju psychicznego, jego zdrowia lub choroby psychicznej, jego upodobań, usposobienia i cech charakterologicznych. Tem jądrem jest t. zw. kompleks Edypa, t. j. ustosunkowanie się psychiczne do rodziców i rodzeństwa, do tych pierwszych osób, na które przenosi się *libido*, kiedy ze stanu autoerotycznego pierwszych dwutrzec lat przechodzi w okres następny, kiedy szuka sobie obiektu zewnętrznego. Nie będę o tem mówił wiele, nie będę tu kruszył kopji o prawdziwość tego zjawiska, byłoby to wlamywaniem się w otwarte drzwi: 40 lat pracy psychoanalityków wszystkich krajów, wszystkich narodowości, która potwierdza z całą pewnością istnienie tych nieświadomych pragnień erotycznych w kierunku rodziców, stanowić musi dostateczną rękojmię dla tych którzy ani sami nie poddawali się psychoanalizie, ani nie dokonywali jej u innych. Dodam tylko tutaj dla pełności obrazu seksualności dziecięcej, że taka zahamowana likwidacja tego zespołu poruszeń afektywnych, który zwie się kompleksem Edypa, stanowi podłoże wieczystej tragedji ludzkości, zobrazowanej tak genialnie przez *Sofoklesa* — że taka lub inna likwidacja tego zespołu stanowi o przyszłości człowieka w sensie jego zdrowia psychicznego i jego charakteru. Zespół Edypa, jak powiadam, zanikając, ulega dwojakiemu losowi i może mieć dwojakie znaczenie. Albo likwiduje się w sposób normalny, a dzieje się to wtedy, kiedy pobudzenia erotyczne w kierunku rodziców wraz z poczuciem winy, które zawsze temu towarzyszy, rezygnują niejako ze swego celu nieosiągalnego, ulegają zahamowaniu (zielgehmmt) i przetwarzają się w uczucie tkliwości, czułości, przywiązania, przyjaźni, i na gruzach tego stłumionego i od celów swoich odwróconego popędu powstaje identyfikacja jaźni dziecka z odpowiednią jaźnią rodzica (ojca lub matki): chłopiec staje się przez to mniej lub więcej pełnowartościowym mężczyzną, dziewczyna taką samą kobietą. W przeciwnym razie, kiedy rezygnacja z celu, odwrócenie się od niego nie idzie gładko, kiedy poczucie winy, z tem związane, nie daje się dokładnie stłumić, na gruzach kompleksu Edypa łąganie się z jednej strony zespół uczuć i wyobrażeń, również zresztą, nieświadomy, dotyczący obaw o zachowanie narządu płciowego, t. zw. zespół kastracyjny, który ma również wielkie znaczenie w powstawaniu nerwic, zwłaszcza lękowych i cech charakterystycznych, jak i zahamowania w przebiegu rozwoju seksualności dziecięcej; a z drugiej strony, jako dziedzictwo zespołu Edypa, źle zlikwidowanego, poczucie winy i oczekiwanie jakiejś kary, wchodzi w skład jaźni, która kształtuje się wtedy odmiennie, niż w normie. O tem ostatniem zjawisku będziemy mieli sposobność mówić jeszcze obszerniej później, kiedy opuścimy teren popędów seksualnych i zajmujemy się jaźnią.

Odkrycie seksualności dziecięcej miało oprócz wyjaśnienia głównej genezy nerwic jeszcze jedno wielkie znaczenie. Pozwoliło nam rozejrzeć się w zamazanych dotąd konturach rysunku na odwrotnej stronie tego medalu, na którego jednej stronie odcyfrowaliśmy powstawanie nerwicy. Albowiem perwersje seksualne — to właśnie odwrotna strona medalu. Do czasów *Freuda* nic z nich nie rozumiano, budziły tylko odrazę i przerażenie, zaś po odkryciu seksualności dziecięcej stało się jasnym, że perwersje seksualne polegają na tem, że człowiek taki nie zrezygnował ze swych nastawień dziecięcych, że jego popęd płciowy nie scalił się, nie osiągnął okresu genitalności, t. j. nie skoncentrował się na narządach płciowych, ale pozostaje w rozproszeniu, po rozmaitych obrębach ciała, jak to normalnie bywa tylko we wczesnym dzieciństwie. Zasadnicza różnica między nerwicą a perwersją polega właśnie na tem, że, kiedy w pierwszym wypadku zatrzymanie się *libido* na którymś z etapów seksualności dziecięcej wywołuje sprzeciw jaźni i nieudalę tłumienie, to — w perwersji — żadnego sprzeciwu niema, jaźń nie przeciwstawia się wyżywaniu się płciowemu w tej lub innej postaci, zależnie od zespolenia się *libido* z takim lub innym obrębem ciała. Jeżeli chodzi o homoseksualizm, to psychoanaliza właściwie nie włącza go całkowicie w obręb perwersji płciowych, lecz wywodzi go z konstytucjonalnej dwupłciowości i uważa go za wyraz tego okresu płciowości, który bezpośrednio poprzedza ostateczny okres genitalny, okres t. zw. pierwszeństwa fallicznego (*phallischer Primat*), kiedy niema jeszcze przeciwstawienia „męskość-kobiecość”, tylko istnieje odróżnianie istoty z penisem lub bez (t. j. okastrowanej).

(Dok. nast.)

Wykłady kliniczne

Istota i możliwości lecznicze psychoanalizy.

Podał

Doc. Dr. Gustaw BYCHOWSKI (Warszawa).

Nastawienie całego wykształcenia lekarskiego na myślenie raczej materialistyczne tłumaczy dostatecznie niepewność i niejasność, z jaką ogół lekarzy traktuje wszelkie metody psychoterapii. Jeśli jednak wyobrażenia lekarzy o działaniu hipnozy, czy też sugestji dadzą się jako tako sprecyzować, to zrozumienie istoty działa-

nia leczniczego psychoanalizy jest — bez żadnej chyba przesady — naogół minimalne. Wydaje mi się, że większość lekarzy niebardzo odróżnia mechanizm działania zasadniczych metod psychoterapii, to znaczy miesza sugestję z psychoanalizą: przypomina mi się powiedzenie jednego ze starszych lekarzy, który zapewniał, że wszystkie te metody specjalne są zbyteczne, „bo przecież każdy z nas stosuje do swoich chorych psychoanalizę”.

Słowa moje nie zawierają, zresztą, żadnej krytyki pod adresem kolegów, albowiem zdaję sobie dobrze spr-

wę z tego, z jakimi trudnościami myślowymi połączone jest wniknięcie w istotę terapii analitycznej. A jednak wobec coraz większego rozpowszechnienia i zastosowania psychoanalizy wydaje się rzeczą konieczną, ażeby ogół lekarski orjentował się w jej działaniu niegorzej, aniżeli w działaniu insuliny, technikę jej rozumiał niegorzej, niż technikę chirurgiczną. I dlatego w dniu, w którym świat naukowy obchodzi 80-lecie twórcy psychoanalizy, uważam za swój obowiązek pokusić się o przedstawienie tego subtelnego instrumentu, który oddaje nam tak bezcenne, niezastąpione usługi w całym szeregu schorzeń. Szkic mój niechaj zostanie poczytany za skromny wyraz hołdu dla Mistrza, któremu zawdzięcza tak wiele myśl ludzka, a z nią i myśl lekarska.

Pierwsza trudność myślenia lekarskiego, która stała na przeszkodzie zrozumieniu działania psychoanalizy, wydaje mi się dzisiaj w znacznej mierze usunięta. Mam tu na myśli to, co nazwałby można *p r z e s a d e m m a t e r j a l i s t y c z n y m*. Wiadomo dziś dobrze, iż wiele schorzeń nie posiada podłoża anatomicznego, i że ich charakter funkcjonalny polega bądź na odwracalnych zmianach fizjopatologicznych, bądź też na podrażnieniach natury dynamicznej i pochodzenia psychicznego.

Zapoznanie się z doniosłym znaczeniem układu roślinnego (mówiąc ściślej układu neurohormonalnego), jako podścieliska napięć nerwowych specjalnie natury afektywnej, ułatwia zrozumienie dróg, jakimi kroczą, impulsy psychiczne wpływają na zmiany w różnych narządach — zrazu tylko czynnościowe, a potem nawet i o charakterze anatomicznym. Wreszcie sam fakt *p s y c h o r o d n o ś c i* rozmaitych zaburzeń nerwowych i narządowych nie ulega już dzisiaj żadnej wątpliwości. Dzięki tym wszystkim spostrzeżeniom i rozważaniom przepaść, która dla dotychczasowego myślenia dzieliła t. zw. ciało od t. zw. duszy — *soma* od *psyche* *) — należy w znacznej mierze uważać za nieistniejącą.

W tych ogólnych ramach myślowych mieści się metoda psychoanalityczna, jako najbardziej radykalna i jedyna naprawdę przyczynowa — a nie objawowa — metoda psychoterapii.

Już to krótkie i ogólnikowe określenie odgranicza psychoanalizę od metod sugestywnych. Najgłębsze i w swej lapidarności niezmiernie plastyczne wyznaczenie przeciwstawności tych metod oddziaływania psychicznego zawiera następujące określenie *F r e u d a*, który powołuje się na definicję istoty rzeźby i malarstwa, podaną przez Leonarda da Vinci w jego słynnym traktacie o malarstwie. Technika rzeźby to usuwanie (*via di levare*), technika malarstwa to nakładanie (*via di porre*): taksamo mają się do siebie psychoanaliza i sugestia.

W tym samym numerze „Warsz. Czasopisma Lek.” znajdzie czytelnik w artykule doktora *B o r n s z t a j n a* zarys historyczny rozwoju psychoanalizy. Nie będziemy tutaj faktów tych powtarzali, przypomnimy tylko w największym skrócie, iż teoria genezy psychoneurozy miała za swój punkt wyjścia koncepcję o ciężkich i doraźnych urazach psychicznych, które, wyparte ze świadomości, prowadziły do stłumienia, uwięźnięcia towarzyszącego im afektu, jako pewnej sumy energii psychicznej. Skoro objawy psychoneurozy miały stanowić wyraz tych stłumionych przeżyć, to terapia polegała na doprowadzeniu ich do świadomości i wyładowaniu —

t. zw. odreagowaniu — uwięzionych afektów. (Jak wiadomo, pierwotnie ta procedura katartyczna — arystotelesowskie *katharsis* oznacza oczyszczenie — odbywała się w stanie hipnotycznym).

Postęp empirji i teorii psychoanalitycznej, który wprowadził ją daleko poza te pierwsze początki, można krótko określić jako wprowadzenie rachunku różniczkowego na miejsce operowania zwykłymi wielkościami arytmetycznymi. Zamiast doszukiwać się wielkich urazów psychicznych, nauczono się cenić — nie zaniedbując tamtych — także i drobne, ale często, a stale, przewlekłe działające drobne przeżycia — istne *petites perceptions* Leibniza (twórcy rachunku różniczkowego).

Rozumieniu znaczenia tych drobnych urazów towarzyszyło coraz jaśniejsze wyodrębnienie — chciałem nieomal powiedzieć wydestylowanie — wrodzonych składników popędowych, jako tego materiału ustrojowego, z którego przez oddziaływanie przeżyć wytwarzają się prawidłowe lub spaczne linje rozwoju psychicznego.

Coraz subtelniejsze wypracowanie tych linii rozwojowych, wyjaśnienie nieświadomych nastawień popędowo-uczuciowych — oto kierunek rozwoju metody psychoanalitycznej i jako teorii i jako praktyki.

Rozumiejąc genezę nastawień uczuciowych, psychoanaliza zrozumienie to zastosowała odrazu i do swego własnego instrumentu. Jasnym było, iż pomiędzy pacjentem a lekarzem istnieje szczególny stosunek uczuciowy, który nazwano przeniesieniem. Pragnienie utrzymania tego stosunku w jasnych, niezamąconych przez sztuczne wpływy warunkach było jednym z motywów, dla których twórca psychoanalizy zaniechał *katharsis* w stanie hipnozy i, zachowując pierwotną „*talking cure*”, przeprowadzał ją w stanie czuwania; dla ułatwienia swobodnego kojarzenia i oderwania się od aktualnej rzeczywistości zachowano po dziś dzień pozycję leżącą. Analiza zjawiska przeniesienia czyli stosunku pacjenta do lekarza wcześniej zaczęła odgrywać ważną rolę, jako obiekt analizy leczniczej. Znaczenie tego momentu zostanie poniżej dokładnie sprecyzowane.

Obok zjawisk przeniesienia zwrócono wcześniej uwagę na zjawiska t. zw. oporu, tak, że psychoanaliza lecznicza stała się do pewnego stopnia analizą oporu i charakter ten — obok poprzednich — zachowała po dziś dzień. Cóż więc oznacza ów opór? Zrozumienie tego fenomenu ma pierwszorzędne znaczenie dla właściwego ujęcia całego kierunku rozwojowego psychoanalizy. Nie jest to bynajmniej takie trudne, jakby się mogło zrazu wydawać. W swoim czasie — to znaczy, kiedy powstawały stłumienia — istniały przyczyny, które odsuwały od świadomości pewne myśli, czy też przeżycia. Gdyby przyczyny te zaistniały tylko w sposób przemijający, a potem ustały, to byłoby rzeczą niezrozumiałą, że stłumienia trwają nadal. Jeśli pozatem uprzytomnimy sobie, iż wszelka próba doprowadzenia stłumionych treści do świadomości natrafia na mniejsze lub większe trudności, że jaźni pacjenta (taksamo zresztą, jak osobnika zdrowego) wyraźnie się temu opiera, to zrozumiemy, że wchodzi tu w grę pewne specjalne siły, których przezwyciężenie wymaga również nakładu energii. Źródło i siedlisko tych sił zostało wyjaśnione — jak wszystkie zagadnienia w psychoanalizie — krok za krokiem. Wiemy dzisiaj, iż siły te związane są bezpośrednio z istnieniem t. zw. instancji tłumiących. Zbadaniu tych instancji poświęcony jest w znacznej mierze cały ostatni okres rozwoju nauki i metody psychoanalitycznej. Instancje te wiążą się ściśle z wpływem otoczenia, wychowującego

*) patrz autora „Soma i psyche“ w „Warsz. Czasopiśmie Lekarskim“ r. 1933.

jednostkę dziecięcą i wprowadzającego w głąb jej istoty prymitywnej i żywiołowej swoje zakazy i nakazy. W ten sposób w obrębie jaźni dziecięcej powstaje t. zw. ja i d e a l n e, które hamuje pierwotne popędy, przeciwstawia się im i przekształca. Charakter tego ja idealnego stanowi w znacznej mierze odbicie nie tylko charakteru autorytetów dzieciństwa, ale i stosunku do nich jednostki dziecięcej. Dlatego też opory, wpływające z łona ja idealnego, stanowią wdzięczny materiał dla studjowania tych zasadniczych konfliktów i nastawień dziecka, które stały się jądrem dorosłej osobistości.

Ale podobne znaczenie mają i zjawiska t. zw. przeniesienia. Umieszczenie ich w polu widzenia lekarza-psychoanalityka wzbogaciło zarówno teorię, jak i technikę. Okazało się, że pomiędzy pacjentem a lekarzem mogą się rozgrywać istne burze uczuciowe, pacjent może kochać lekarza i nienawidzić, walczyć z nim i nadmiernie mu ulegać. Ten stosunek uczuciowy, znany już z czasów jedyńowładztwa hipnozy i sugestji, był wówczas przyjmowany jako coś zupełnie naturalnego i nie podlegającego badaniu. Psychoanaliza — i tu przebiega druga ostra granica pomiędzy nią a metodami sugestywnymi — bada zjawiska przeniesienia i odnajduje w nich nowe wydanie dawnych nastawień uczuciowych osobnika. Ta miłość, czy nienawiść, która jemu wydaje się pierwotną, samorzutną i wywołaną np. przez zalety lub wady lekarza, ta kokieterja, którą nieświadomie w stosunku doń uprawia, lub walka, którą z nim toczy uparcie i namiętnie — we wszystkich tych burzach uczuciowych wyładowuje się dawno nagromadzona elektryczność z wcześniejszych okresów życia. Niby w laboratorium, może tutaj lekarz przyglądać się powstawaniu tych wszystkich nastawień, tych wszystkich konfliktów uczuciowych, które w życiu psychicznym pacjenta, a często i w kształtowaniu się całego biegu jego życia zewnętrznego — jego biografii — tak wielką, tak decydującą odgrywały rolę.

Wzrok lekarza, zaostrozony przez wiedzę i doświadczenie, podchwytuje najsubtelniejsze przejawy oporu i przesiesienia, zwraca uwagę na zachowanie się pacjenta, ton jego głosu, ruchy, czy drobne czynności pomysłkowe. We wszystkich tych fenomenach znajdują sobie wyraz te same nieświadome siły, których ujawnienie i uświadomienie stanowi pierwszy i istotny cel psychoanalizy, jako metody leczniczej.

Jakich innych źródeł tego poznania dostarcza nam rzeczywistość? Pytanie to odpowiada mniej więcej pytaniu, które nieraz nam zadają: o czym właściwie można rozmawiać z pacjentem w przeciągu tych długich godzin?

Otóż pacjent przynosi bardzo wiele, jego skarby, którymi dzieli się z psychoanalitykiem, to myśli, uczucia, wspomnienia, marzenia, fantazje i — last but not least — marzenia sennie. Ale pozatem i prócz tego wszystkiego istnieje stałe źródło poznania psychoanalitycznego, t. zw. swobodne skojarzenia czyli myśli lub obrazy, które zjawiają się nagle w świadomości, nienastawionej na żaden temat aktualny, pozostawionej samej sobie i odbijającej tem łacniej tajemnicze, ukryte tendencje nieświadomego.

Tyle narazie o naszym obiekcie, o pacjencie, który poddaje się psychoanalizie. Należy teraz zająć się na chwilę lekarzem, który wykonywa tę długotrwałą i miśterną operację psychiczną.

Jaka jest właściwie jego rola, jakimi rozporządza środkami dla przeprowadzenia swego dzieła? Jego zawse jednakże czujna i jednako bezstronna uwaga chwyt

najmniejsze drgnienie psychiczne pacjenta. Obejmując całokształt jego sytuacji psychicznej — i psychoanalitycznej, — lekarz wie, jakie znaczenie drgnienia te posiadają, czego są wyrazem, co zwiastują i co zapowiadają. Wiedzą tą dzieli się z pacjentem: zdanie to wypowiada się prosto i łatwo, ale kryje się w niem duża część problematyki psychoanalitycznej. Interpretacje swoje musi psychoanalityk dawkować w sposób ostrożny i umiejętny, jest to rzeczą nie tylko doświadczenia, ale i specjalnego taktu i intuicji. Wspomnijmy nawiasem, iż pewne poglądy nowoczesne (Reik) podkreślają właśnie ten charakter psychoanalizy jako sztuki, przypisując szczególne znaczenie samorzutnym pomysłom i błyskom intuicji psychoanalityka, zatopionego w czasie seansu całkowicie i bez reszty w świecie psychicznym pacjenta.

Jeśli ważnym instrumentem w ręku lekarza są jego interpretacje, to niemniej ważnym narzędziem, dzięki któremu dopiero interpretacje te mogą właściwy osiągnąć skutek, jest przeniesienie. Ono to sprawia, iż pacjentowi udaje się przezwyciężyć lęk, jaki wywołuje w nim osoba lekarza, w której nieświadomie upatruje on potężne autorytety czasu dzieciństwa.

Poznaliśmy — w zarysie — cele, źródła i narzędzia metody psychoanalitycznej. Pozostaje jeszcze zasadnicze pytanie co do mechanizmu jej działania. Co właściwie leczy w psychoanalizie? Na pytanie to najtrudniej może pokrótce odpowiedzieć.

Katharsis — oczyszczenie — które w początkach psychoanalizy wydawało się jedynym najważniejszym mechanizmem leczniczym, nie zajmuje w naszych dzisiejszych poglądach tego uprzywilejowanego stanowiska. Ale uważamy je w dalszym ciągu za bardzo ważne, zaś odpowiednio do ewolucji metody, o której już mówiliśmy, na miejsce jednorazowego wielkiego wyładowania albo, jeśli kto woli, odreagowania, przyszła cała suma kolejnych małych wyładowań — małe, ciągłe eksplozje, zamiast jednego wielkiego wybuchu. Moment drugi — to znaczenie u ś w i a d o m i e n i a. Pacjent — zwłaszcza w początku kuracji — zadaje nieraz sceptyczne pytanie: więc, jak już będę wiedział, to z tego wyzdrowieję? Otóż znaczenie uświadomienia jest istotnie nieocenione i wielorakie.

Podniesienie do poziomu świadomości stłumionych tendencji i nastawień uczuciowych pozwala przede wszystkim na ich skorygowanie. Jeśli np. pacjentowi — naskutek pewnych przeżyć dzieciństwa — wydaje się, że wszyscy chcą go skrzywdzić i dlatego nie wolno mu okazywać jakiegokolwiek siły, czy aktywności, to uświadomienie tego nastawienia i skonfrontowanie go z obiektywną, rozumową oceną rzeczywistości nie pozwoli na trwanie nadal przy tej wieloletniej, tragicznej w swych skutkach życiowych pomyłce.

Analiza oporu i przeniesienia, które konflikty te przenoszą na teren aktualny, pozwala pacjentowi raz jeszcze przeżyć owe fatalne sprawy, ale tym razem przeżyć je w świetle reflektorów, a nie w ciemnych kulisach. Dzięki temu zakończeniu ostateczny efekt tych spraw będzie i musi być inny, zdrowszy, bardziej celowy i przystosowany do rzeczywistości.

Pozatem wszystko zdaje się przemawiać za tem, że samo doprowadzenie do świadomości pewnych przeżyć, czy tendencji oznacza w pewnej mierze ich zlikwidowanie, tak, jakgdyby uświadomienie stanowiło to zakończenie dynamiczne, którego im brakowało i bez którego zmuszone były wieść w nieświadomem swój nie-

sławny i fatalny żywot, niczem skamieniały księżę z bajki.

Wyzwolone dzięki psychoanalizie uczucia, całe porcje uwiecznionej energii psychicznej — t. zw. *libido* — zużywanej dotychczas dla utrzymywania w mocy oporów i zahamowań — zostają oddane do dyspozycji jaźni. Ale sama ta jaźń, pozostała często w pewnych swoich zakresach na poziomie dziecinny, niedojrzałym, pozbawiona obecnie zahamowań, uwolniona spod jarzma lęku krępującego ją w jej rozwoju, otwiera się, budzi do nowego życia.

Należy jeszcze na zakończenie omówić krótko wskazania, zastosowania i możliwości praktyczne psychoanalizy leczniczej.

Właściwą domenę działania psychoanalizy stanowią, rzecz prosta, zaburzenia psychonerwicowe. Ale określenie to jest niewystarczające i wymaga sprecyzowania z wielu względów. Niema wątpliwości co do właściwych psychonerwic: a więc histerja w różnych postaciach, nerwica lękowa i nerwica natręctwa oto cierpienia, w których leczenie analizą daje nam neocenione, niezastąpione poprostu usługi. Ale — z punktu widzenia lekarskiego konieczne jest przedewszystkiem właściwe ich rozpoznanie. Jak i w innych gałęziach medycyny, podobnie i tutaj schorzenia niezawsze prezentują się w sposób narzucający etykietę kliniczną, i tutaj trzeba umieć odcyfrować ich właściwą istotę.

Wspomnijmy tylko o paru trudnościach o szczególnem znaczeniu praktycznym. Histerja t. zw. konwersyjna zajmuje różnorodne tereny cielesne i wszelakie hamuje funkcje. Zaburzenia takie mogą zrazu imponować jako organiczne, ściśle narządowe, zaś takie traktowanie ich lecznicze osiąga przeważnie odwrotny skutek. Należą tutaj między innymi tak liczne nerwice narządowe, z których najbardziej ulubiona wydaje się t. zw. nerwica serca — zdaniem piszącego te słowa, jedno z najbardziej niesłusznych i niebezpiecznych rozpoznań, jakimi, niestety, lekarze szafują bez większych trudności.

Nerwica serca jest, zresztą, tylko jednym z wielu ekwiwalentów lęku. Tak nazywam liczne objawy psychiczne i somatyczne, poza którymi kryje się lęk. Należą tutaj zawroty głowy, czerwienie się, zaburzenia ze strony układu pokarmowego i wiele innych.

Pozatem wdzięczną domenę psychoanalizy stanowią różne zahamowania natury przeważnie lękowej, które paraliżują różne czynności zawodowe, a więc wszelkiego rodzaju tremy, kurcz pisarski, kurcz pianistów.

Zahamowania obejmują dziedzinę mowy — różne formy jąkania, a szczególnie często funkcje seksualne. Wszelkie postacie niemocy płciowej u mężczyzn i t. zw.

dyspareunji (nieczułości płciowej) u kobiet stanowią wdzięczny obiekt leczenia psychoanalitycznego.

Niektóre postacie perwersji poddają się doskonale temu leczeniu. Perwersje skombinowane sadystyczno-masochistyczna i homoseksualne nie są bynajmniej niedostępne dla naszej terapii. Oczywiście, decydującą rolę odgrywa tutaj mniejsza lub większa rola czynników konstytucjonalnych oraz stosunek samego osobnika do swojej perwersji. Ten ostatni moment jest również decydujący, jeśli chodzi o terapię w dziedzinie, o której w epoce przedpsychoanalitycznej nie można było nawet marzyć. Mam tu na myśli tak liczne zaburzenia w rozwoju charakteru. Nie trzeba chyba podkreślać przepaści, jaka dzieli tutaj podejście psychoanalityczne od podejścia sugestywno-moralizatorskiego, które, jeśli chodzi o charaktery mniej lub więcej ukonstytuowane, jest całkowicie bezpłodne.

W dziedzinie psychoz zastosowanie właściwej techniki psychoanalitycznej natrafia na wielkie trudności. Możliwe w stadjach początkowych niektórych cierpień psychicznych, w innych sprawach chorobowych musi ustąpić miejsca metodom leczenia biologicznego. Ale znajomość mechanizmów nieświadomego okazuje się niezmiernie pomocna dla rozumienia chorych i właściwego z nimi postępowania.

Działalność lekarska, której podstawy daje psychoanaliza, byłaby bardzo niedoskonała, gdyby ograniczała się do leczenia, a nie przyczyniała się do tego, co stanowi ideał leczenia współczesnego: zapobiegania.

Trzeba powiedzieć, że pod tym względem metoda psychoanalityczna dała nam bardzo wiele i znakomicie zapłodniła całą t. zw. higienę psychiczną. Zrozwinięciu warunków powstawania nerwic dziecięcych i skrzywień charakteru daje nietylko podstawy do uchwycenia ich w samym zarodku i w ten sposób zapobiegnięcia przyszłym schorzeniom, ale pozwala zarazem ustalić wytyczne dla właściwego postępowania wychowawczego. Toteż pedagogika psychoanalityczna i psychoanaliza dziecka, operująca specjalną techniką (analiza w zabawie) rozwinęły się bardzo bujnie.

W ten sposób staramy się unikać hodowli nerwic i nerwowości, a gdyby nie warunki ekonomiczne, na które, jako na rzeczywistość pozapsychiczną, nic, niestety, poradzić nie możemy, to moglibyśmy z wielkiem powodzeniem unikać także w znacznej mierze i wykolejenia moralnego.

Wszystkie te możliwości i zastosowania opierają się na pracy całego żywota Zygmunta F r e u d a, jednak wielkiego w spostrzeganiu, jak w myśleniu i wnioskowaniu, w analizie, jak syntezie i konstrukcji. Ten odkrywca duszy należy dziś do całego świata kultury — i do świata lekarskiego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

O obecności prątków Kocha we krwi, w moczu, w płwocinie i płynie mózgowo-rdzeniowym u osób bez objawów czynnej sprawy gruźliczej.

Podawał

Wiwa GEYSMER-JAROSZEWICZ (Warszawa).

Doniedawna obecność laseczników K o c h a w narządach, płynach ustrojowych lub wydalinach uważana

była za bezwzględny wyraz toczącej się sprawy swoistej w danym ustroju lub w danym narządzie. Spostrzeżenia ostatnich lat, dotyczące przypadków, gdzie wszelkie metody badania klinicznego i pomocniczego wyłączają obecność zmian gruźliczych czynnych, pomimo obecności prątków K o c h a, zachwiały ogólnie przyjęty pogląd.

W dzisiejszej dobie problem ten rozpada się na

kilka zagadnień: obecności prątków Kocha przy braku wszelkich zmian gruźliczych w ustroju lub w danym narządzie, obecności prątków przed powstaniem zmian gruźliczych, ewentualnie po wygaśnięciu sprawy czynnej i wreszcie, podjęty przez Loewensteina pogląd na patogenезę gruźliczą cierpień, których pochodzenie nie było dotąd i w dalszym ciągu przez większość badaczy nie jest wiązane z prątkami Kocha, lecz raczej z przypadkowym ich wydalaniem.

Współistnienie przypadkowe zarazków, nie mających znaczenia nozologicznego, znane jest w stosunku do innych bakterij w ostrych cierpieniach różnego rodzaju. Nicolle nazwał bakterje, istniejące w podobnych warunkach, „Virus de sortie”, a nazwa ta została zastosowana do bakterij Kocha przez Cordiera, który spostrzegł je po raz pierwszy w 1923 roku w płwocinie w przebiegu spraw nieswoistych płucnych.

Zagadnienie możliwości istnienia bakterij Kocha w niegruźliczych ustrojach lub narządach i ich wydalaniu zaprzętnęło ostatnio umysły wielu badaczy. Literatura ostatnich lat przynosi coraz więcej opisów podobnych przypadków. Powstał cały szereg metod, ułatwiających poszukiwanie laseczników. Wspomnę o posiewach według metody Loewensteina, zwykłych szczepieniach świnek morskich i przy równoczesnym podawaniu wyciągu acetonowego bakterij Kocha, wreszcie o licznych sposobach wzbogacania i poszukiwaniach w treści żołądkowej, nietylko w płwocinie.

Wielkie znaczenie teoretyczne i praktyczne (zapobiegawcze) usprawiedliwia całkowicie zainteresowanie badaczy i wysiłki w celu rozstrzygnięcia problemu obecności bakterij Kocha w ustrojach niegruźliczych.

Obecność bakterij Kocha we krwi.

Sprawą bacillemji w przebiegu zakażenia gruźliczego zajmują się klinicyści i bakterjologowie od czasu wykrycia prątków Kocha. Poglądy różnych badaczy stale się różniły i do dziś nie uległy uzgodnieniu. Większość badaczy francuskich uważała bacillemję gruźliczą za występującą wyjątkowo w przebiegu spraw swoistych, pomimo wyników Jousseta, Courmonta, Lesieura. W Niemczech, przeciwnie, w następstwie prac Ludkego, Jessena, Liebermeistera, Sturma, Kuraschigea i innych uważano bacillemję za zjawisko częste, nietylko w przebiegu ostrych spraw gruźliczych postępujących, lecz także w postaciach, przebiegających skrycie. Sądzono, że bakterje Kocha mogą zjawiać się we krwi jako pasorzyty nietylko u ludzi chorych na gruźlicę, lecz także u zdrowych.

W roku 1915 badania L. Bernarda, Debré i Barona, Nobécourta i Darré, Rista, Armand-Delillea (we Francji) oraz Verbiziera, Rosenberga, Ravenela i Smitha (w Ameryce), Bacmeistera i Ruebena, Quernerera, Dreesena, de Kahna (w Niemczech), wreszcie Gantza i Saskiego (m. in. u nas w r. 1922), wydawało się, że położyły kres chaosowi poglądów, wykazując stanowczo rzadkość występowania bacillemji w przebiegu gruźlicy i uważając ją nie za wyraz zakażenia krwi, lecz za przechodzenie dyskretne bakterij, prowadzące do powstania wtórnych usadowień zmian swoistych.

Niemniej uważano, że, być może, metody poszukiwania prątków Kocha są niedostateczne, i dalsze badania trwały nieprzerwanie.

W roku 1930 rewolucję w poglądach, dotyczących bacillemji gruźliczej, wywołały badania Loewen-

steina. Na podstawie kilku tysięcy hodowli ze krwi (podłoże Loewensteina pochodzi z podłoża Besredki i Petroffa; zawiera wszystkie substancje, które według poprzednich badań wykazywały korzystny wpływ na rozwój bakterij Kocha, a więc: fosforan jednopotasowy, cytrynian sodu, siarczan magnezji, asparaginę, glicerynę, skrobję, żółtko jaja z dodatkiem czerwieni kongo i zieleni malachitowej, jako antyseptyków), autor ten podkreśla znaczną częstość występowania bacillemji nietylko we wszelkich postaciach gruźlicy, lecz także w chorobach o innej etiologii, jak zapalenie stawów i niektóre cierpienia układu nerwowego.

Oddźwiękiem prac Loewensteina były próby hodowli według jego metody w licznych laboratoriach całego świata. Zostały one potwierdzone w drobnej tylko części. Zestawienie, dokonane w roku 1934 przez Saenzą, wykazało, że 49 różnych badaczy na ogólną liczbę 3.264 hodowli, odnoszących się do chorych, dotkniętych różnymi postaciami gruźlicy, uzyskało dodatnie wyniki tylko w 5,33%. Rozbieżność wyników Loewensteina z wynikami wszystkich innych badaczy jest rażąca.

Toteż metoda hodowli Loewensteina spotkała się z ostrą krytyką. Pierwszym zarzutem jest stwierdzenie obecności bakterij Kocha wyłącznie na podstawie hodowli i obecności w nich pałeczek kwasoodpornych. Otóż badania licznych autorów, a przede wszystkim Debré, Saenzą i Broca dowodzą, że mikrokolonje, które nie dają się przeszczepiać, są po prostu zbiorem martwych bakterij kwasoodpornych, które przedostały się z różnymi płynami, używanymi przy badaniu.

Zdaniem większości autorów, przy wyodrębnianiu bakterij Kocha ze krwi należy brać pod uwagę wyłącznie te mikro-kolonje, które dają się przeszczepiać, lub te, które zdolne są spowodować zakażenie świnek morskich (pierwotnie lub po pasażu przez szereg zwierząt). Jeśli weźmie się pod uwagę powyższy warunek, olbrzymi odsetek dodatnich wyników hodowli trzeba będzie odrzucić.

Ponadto liczne badania stwierdzają, że szczepienie świnek krwią jest metodą czulszą, aniżeli hodowla według Loewensteina w przypadkach niewątpliwiej obecności bakterij Kocha. Tem więcej dziwną wydaje się obecność dodatnich hodowli w tych wszystkich przypadkach, w których szczepienia są ujemne.

Tak więc badania nad bacillemją w żaden sposób nie mogą opierać się wyłącznie na podstawie wyników hodowli.

Oдноśnie bacillemji gruźliczej, stwierdzanej na podstawie badań całkowicie pewnych, wiadomo, że w przebiegu gruźlicy występować ona może: w przypadkach zakażenia pierwotnego u dzieci lub dorosłych; w przypadkach gruźlicy ostrej w pełnym rozwoju lub przed zejściem; w przypadkach gruźlicy przewlekłej w okresach nowych rzutów chorobowych i rzadko w różnych postaciach gruźlicy przewlekłej.

Poza bacillemją pierwotnego zakażenia, ustrój zawsze dotknięty już jest uprzednio zmianami anatomicznymi, zazwyczaj czynnymi i tego rodzaju bacillemij, jako niewiążących się z powyższym tematem, omawiać nie będę.

W pierwotnym zakażeniu bacillemja jest objawem wczesnym, występuje przed przejawieniem się alergji i wytworzeniem się zmian anatomicznych. Badania doświadczalne na zwierzętach przekonywają, że szczepienia do otrzewny świnek morskich powodują wystąpie-

nie po upływie kilku minut bakterij *Koch* a we krwi. Bacillemja ta trwa kilka dni, następnie zmniejsza się lub znika całkowicie, aby zjawić się znów w okresie końcowym u tych świnek, które giną z gruźlicy postępującej. Przyczynę istnieje związek między stałością i szybkością zjawienia się bacillemji a ilością i złośliwością bakterij oraz drogą szczepienia.

Również i badania, dotyczące szczepionki B. C. G., potwierdzają istnienie bacillemji przed wystąpieniem zmian anatomicznych. Badania, ogłoszone przez Calmettea, Saenza, Costila i Weill-Hallé, dotyczące noworodków oraz szympanów, szczepionych doustnie dużą dawką B. C. G., wykazują obecność we krwi bakterij — szczepionki po upływie 4 do 6 godzin. Na pięć badań, dotyczących dzieci, otrzymano wyniki dodatnie 3 razy przez hemokulturę i identyfikację kolonij. Badania dodatnie u 2 szympanów otrzymano po upływie 4 godzin. Na podstawie powyższych badań sądzić należy, że absorbcja bakterij szczepionki poprzez śluzówkę jelit następuje bardzo szybko (3 do 5 godzin) i trwa krótko; po upływie kilku godzin prątki są zatrzymywane przez narządy limfatyczne, gdzie powodują charakterystyczny odczyn.

Należy przypuszczać, że analogicznie powstaje również bacillemja w zakażeniu pierwotnym przed powstaniem alergii i wszelkich zmian anatomicznych. Badania, dokonane przez Broca, potwierdzają to przypuszczenie. Autor ten badał 14 dzieci z pierwotnym zakażeniem gruźliczym, znajdując w 5 przypadkach prątki *Koch* a we krwi.

Powyższe wyniki badań, stwierdzające obecność bakterij *Koch* a we krwi u osobników niealergiczy, zgadzają się do pewnego stopnia z poglądami Huebschmanna. Autor ten posuwa się jednak nieco dalej, twierdząc, że nie chodzi jedynie o okres inkubacji, lecz nawet o skrytą obecność bakterij *Koch* a w sokach i w narządach, nie dotkniętych zmianami gruźliczymi, u osobników niealergiczy. Znajdowanie bakterij *Koch* a w pępowinie i w narządach niemienionych zdrowych niemowląt jest znane. Potwierdzają je badania na zwierzętach, dokonane przez Beitzkego, Bartela i Harta, którzy znajdowali w kilka lat po zakażeniu bakterje *Koch* a w gruczołach całkowicie niemienionych. Opierając się na możliwości przetrwania bakterij *Koch* a w niemienionych narządach w ciągu kilku lat, sądzi Huebschmann, że chodzi tu nie o okres inkubacji, lecz o utajone istnienie bakterij w ustroju (Latenz der Tuberkelbazillen).

Przedostawanie się bakterij do krwi krążącej nie ma żadnego znaczenia dla rokowania, nie może też napewno prowadzić do następnych zmian uogólnionych. Jest ono wyrazem dyskretnej migracji nielicznych bakterij w początku choroby, przed zatrzymaniem przez tkankę płuca, gruczoły lub tkankę siateczkowo-śródbłonkową.

Odmienną grupą przypadków, w których znajdowano łaseczniki *Koch* a we krwi, przy braku wszelkich objawów czynnych zmian gruźliczych w ustroju, są przypadki bacillemji gruźliczej w przebiegu ostrych zakażeń niegruźliczych.

Liczne podobne przypadki opisywane są przez wielu autorów. Wspomnę tu przypadki Cordiera, Troisiera i de Sanctis Monaldi i innych. Do tej grupy zaliczyć trzeba także przypadki bacillemji gruźliczej w przebiegu chorób nieswoistych, podawane przez Loewensteina.

Jak wiadomo, u osób alergicznych w głębi ustroju

przebywają bakterje *Koch* a żywe. Możliwość reaktywacji utajonych ognisk gruźliczych jest dobrze znana, potwierdzona przez badania Calmettea, Loomnisa, Duranda, Turpina, Sergenta i innych. Wiadomo również, że jest ona przyczyną reinfekcji gruźliczej z wewnątrzpochodnej. Bakterje złośliwe, przebywające w starych ogniskach, pod wpływem czynników przypadkowych, jak przemęczenie, urazy, choroby zakaźne, mogą występować z ognisk, przedostawać się do krwi, powodując bacillemję mniej lub więcej obfitą i trwałą. Jeśli przedostawanie się bakterij do krwi jest nieobfite i trwa krótko, a one same nie są zbyt złośliwe, mogą być wydalone nazewnątrz drogami naturalnymi przez wątrobę i jelita, nerki, a według niektórych badaczy i przez płuca, nie powodując w powyższych narządach zmian patologicznych. Bakterje, znajdujące się we krwi w powyższych warunkach, jak już wspomniałam, zostały nazwane „bacilles de sortie“.

Obecność bakterij *Koch* a we krwi w przypadkach ostrych cierpień innego pochodzenia zazwyczaj nie zmienia obrazu choroby, która wywołała ich przedostanie się do krwi, a pozatem nie ma znaczenia chorobotwórczego. Właściwy zaś czynnik patogenetyczny bywa ujawniony zupełnie niezależnie od obecności bakterij *Koch* a.

Wydostawanie się łaseczników *Koch* a ze starych ognisk w przebiegu ostrych zakażeń, nie różni się niczem od wydobywania się ich pod wpływem innych czynników, które łamią niestałą równowagę gruźlicy utajonej. Tak więc wiązanie etiologii pewnych cierpień nieswoistych z przypadkową obecnością prątków *Koch* a we krwi wydaje się zupełnie niesłuszne.

Współistnienie bakterij niechorobotwórczych wykazywane było niejednokrotnie. Znany jest fakt zjawienia się u zwierząt laboratoryjnych, w następstwie wprowadzenia pewnych hodowli bakteriujnych, drobnoustrojów zupełnie odmiennych. Wprowadzenie bakterij do ustroju spowodowało jakgdyby wyzwolenie bakterij innego rodzaju, przebywających dotychczas w ukryciu.

Również w patologii ludzkiej znane są podobne zjawiska, dotyczące bakterij paradurowych. Wystarczy wspomnieć przypadki współistnienia ich i mnożenia się w ustroju w zimnicy (Job), w zapaleniu płuc (Lemierre, Loeper), w spirochetozie żółtaczkowo-krwiotocznej (Widal i Weissenbach), gdzie, jak wiadomo, bakterje paraduru nie odgrywają roli czynnika, wywołującego dane cierpienie czy wogóle jakiegokolwiek objawy chorobowe, pomimo ich stwierdzonego wpływu patogenetycznego dla powstawania w innych przypadkach gorączek tyfusowych.

Obecność prątków *Koch* a we krwi u osobników bez czynnych zmian gruźliczych, w przebiegu ostrych cierpień innej natury, świadczy tylko o tem, że osobnik ów dotknięty był uprzednio gruźlicą utajoną, a „bacilles de sortie“ może być dla niego bakterją całkowicie nieszkodliwą.

Nieszkodliwość bacillemij gruźliczych, występujących w przebiegu chorób ostrych innej etiologii, wiąże się zapewne z tem, że zazwyczaj spotyka się niewielką ilość bakterij we krwi w tych przypadkach.

Podobne zjawiska nieuogólniania się sprawy swojej, pomimo istnienia bacillemji, znane są w gruźlicy (*typho-bacillosis* Landouzy) i do dziś dostatecznie nie są wyjaśnione.

Zdaniem Courmonta, zależęć mają one od ujemnego wpływu krwi na rozwój bakterij. Autor ten stwierdził *in vitro*, że bakterje *Koch* a w obecności su-

rowicy krwi chorych na gruźlicę nie rosną na podłożach wcale lub znacznie słabiej, niż normalnie. Ten sam autor w przypadkach, w których hodowla ze krwi wykrywała obecność prątków kwasoodpornych osłabionych, stwierdzał również obecność prątków niekwasoodpornych, które na podstawie swych badań, a przede wszystkim przemiany ich w prątki kwasoodporne w następstwie przeszczepień, uważa za młode postacie pałeczek Kocha, pozbawione otoczki (bacilles „nus”). Obecność młodych postaci bakterji Kocha we krwi wydaje się potwierdzać wpływ ujemny krwi na rozwój bakterji i możliwość ich nieszkodliwego krążenia w ustroju.

Obecność bakterji w płwocinie.

Sprawą powyższą i znaczeniem obecności prątków Kocha w płwocinie dla określenia stanu czynności sprawy płucnej zajmowano się już oddawna. W roku 1920 Léon Bernard podaje przypadek, w którym istnieje kontrast między obecnością prątków Kocha w płwocinie i brakiem wszelkich objawów fizykalnych ze strony płuc. W roku 1923 Cordier opisuje dwa przypadki zapaleń płuc ostrych nieswoistych, w których w płwocinie spostrzegano przejściową obecność laseczników gruźliczych. W r. 1927 Jullien, badając 500 osobników, u trzech znajduje bakterijną płwocinę przy braku wszelkich zmian klinicznych i rentgenowskich. Następnie w roku 1929 Bezanson, Braun i Frey-Ragu opisują dwa przypadki; w jednym z nich nie stwierdzono wogóle zmian płucnych, w drugim — zmiany dyskretne, których obecność nie powinna powodować obecności płwociny bakteryjnej. W roku 1931 Opitz podaje wyniki, otrzymane na dużym materiale dziecięcym: znajduje on bakterje Kocha w zawartości żołądka, przy braku zmian płucnych, lecz w obecności zmian gruźliczych o innym umiejscowieniu. Car-

dis i Joannette podają w roku 1932 dwa przypadki. Wreszcie Meersseman podaje dwa przypadki, w których istniała płwocina bakteryjna przed lub po wystąpieniu zmian płucnych, oraz trzy przypadki osobników całkowicie zdrowych. Ch. Kudelski, L. Leroux i El. Kudelski opisują przypadek, w którym stwierdzano kilkakrotnie w ciągu kilku miesięcy bakterje Kocha w płwocinie osobnika, który, poza objawami banalnego nieżytu oskrzeli, nie przedstawiał żadnych cech patologicznych — rentgenowskich i klinicznych — ze strony narządu oddechowego. Bezanson, Braun i Meyer przeprowadzali badania masowe na materiale przychodni; w roku 1935 podali 21 obserwacji, dotyczących obecności laseczników gruźliczych w płwocinie osób, które fizykalnie przedstawiały najwyżej objawy zapaleń oskrzeli, rentgenologicznie — obraz, który zazwyczaj bywa uważany za normalny. André Martin na ogólnej liczbie 420 badań znalazł 4 razy wyniki dodatnie u osób z normalnym obrazem rentgenowskim. Wreszcie Faure i Martinier opisują trzy przypadki płwociny bakteryjnej u dzieci 14—16-letnich, zdrowych, które przechodziły uprzednio sprawy gruźlicze lub przedstawiały zmiany dyskretne marskie. Faure przeprowadzał badania u 67 osób, klinicznie i rentgenologicznie zdrowych, znajdując u 8 płwocinę bakteryjną, w czym u 3 badania potwierdzone zostały hodowlą lub szczepieniem świnek.

Zanim przejdę do omawiania powyższych badań i teorii, tłumaczących je, należy zastanowić się nad wiarygodnością opisywanych spostrzeżeń. Błędne wyniki mogą mieć różne źródła: przy badaniu bezpośrednim płwociny homogenizowanej lub nie, należy brać pod uwagę możliwość istnienia kwasoodpornych saprofitów z wody i używanych naczyń, lub obecność martwych bakterji Kocha na przyrządach. (Dok. nast.).

Oceny książek

Walter von BAEYER. *Zur Genealogie psychopathischer Schwindler und Lügner.* (Georg Thieme. Leipzig 1935).

Odgrywający doniosłą rolę w nowoczesnej psychiatrii kierunek genealogiczny poszczycić się może bogatym dorobkiem, jeżeli chodzi o psychozy endogenne, to znaczy schizofrenję i psychozę manjako-depresyjną. Natomiast piśmiennictwo genealogiczne, poświęcone psychopatji konstytucjonalnej, jest jeszcze dość ubogie, i dlatego bardzo cenną jest książka W. Baeyera, który na podstawie dużego, wielostronnie opracowanego materiału klinicznego omawia zagadnienia genealogji psychopatycznych oszustów i kłamców. Na obszerniejsze uwzględnienie zasługują następujące wnioski autora. Odsetek psychopatji i zbrodniczości jest znacznie większy w rodzinach psychopatycznych kłamców i oszustów, niż w rodzinach ludzi zdrowych psychicznie. W rodzinach omawianych psychopatów częste są anomalje życia nastrojowego, zwłaszcza wyraźna jest tendencja ku hipertymji; stwierdza się w tych rodzinach wprawdzie odosobnione przypadki schizofrenji, brak jednak danych, przemawiających za ściślejszym powinowactwem dziedzicznym schizofrenji z psychopatycznym kłamstwem i oszustwem. Sama *pseudologia phantastica* nie stanowi jednostki klinicznej dziedzicznej, natomiast za kardynalną dziedziczącą się cechę psychopatycznych kłamców i oszustów upatruje autor brak dyscypliny i zwartości psychicznej (Ungebundenheit); ten rys psychiczny w połączeniu ze zdolnością realizowania pewnych wyimaginowanych ról, wygórowaną ambicją i potrzebą imponowania tworzy podścielisko genealogiczne psychopatycznego kłamstwa i oszustwa.

Nie jest wyłączony, zdaniem autora, dominujący typ dziedziczenia tej cechy zasadniczej, jaką jest Ungebundenheit. Autor zwraca uwagę na fakt, podkreślany przez wielu innych badaczy, że w rodzinach osobników psychopatycznych spotyka się jednostki o wysokiej wartości społecznej i kulturalnej. Dlatego też autor przestrzega przed nadmierną pochopnością w ocenie eugenicznego znaczenia omawianego przez siebie zakresu objawów psychopatologicznych. Ten pogląd autora pracy, pochodzącej z Kaiser-Wilhelm Institut für Genealogie und Demographie der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie w Monachjum, podnieść należy ze szczególnym naciskiem.

Wł. Matecki.

Kalendarz Bezpieczeństwa i Higieny pracy na r. 1936.
Instytut Spraw Społecznych. Str. 96 Cena 50 gr.

Ruchliwy Instytut Spraw Społecznych, którego wysoce pożyteczną działalność znamy z wydawanych przezeń komunikatów, dotyczących higieny pracy, wydał wzorem lat ubiegłych kalendarz, zawierający szereg praktycznych wskazówek, dotyczących zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym. Do działów dawniejszych przybył w roku bieżącym dział p. t. Kultura środowiska pracy. Czytelnik znajdzie w „Kalendarzu” wiele rad praktycznych, mniej znanych ogółowi. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych zasługuje na — jaknajszersze rozpowszechnienie. Szata zewnętrzna, nader estetyczna, i liczne ilustracje robią wrażenie bardzo korzystne.

G. AXHAUSEN. Technik und Ergebnisse der Gaumenplastik. (G. Thieme, Leipzig 1936. Str. 126. Cena M. 17).

Przez długie lata jedyną metodą operowania rozszczepów podniebienia była plastyka, podana przez Langenbecka. Niestety, metoda ta nawet w rękach najrzęczniejszych chirurgów nie prowadziła do dobrych wyników. W znacznym odsetku przypadków zeszywanie podniebienia zupełnie się nie udawało, a tam, gdzie uzyskiwano zamknięcie rozszczepów, wynik czynnościowy pozostawał często wiele do życzenia. Wśród krytyków tej metody najbardziej zasłużył się Francuz Veau. Poddał on gruntownej analizie braki i wady plastyki Langenbecka i w wyniku swych poszukiwań podał nową, całkowicie odmienną metodę operacyjną, której najważniejszą cechą jest tworzenie płatów uszypułowanych. Monografia Axhausena stanowi odpowiedź na dzieło Veau w sprawie rozszczepów podniebienia. Jest to jednocześnie rehabilitacja starej metody Langenbecka. W pracy swej Axhausen podaje własną technikę plastyki podniebienia, która jest jedynie udoskonaloną starą plastyką. Wszystkie zarzuty Veau zostały w tej plastyce uwzględnione, ale zasada płatów „mostowych” Langenbecka nie uległa zmianie. Zmodyfikowana stara „metoda niemiecka” jest w stanie, wg. autora, nie tylko współzawodniczyć z nową „metodą francuską”, ale ma być w szeregu przypadków od niej lepsza. Monografia Axhausena jest b. gruntownie opracowana i starannie wydana. Po przeczytaniu jej jest się dokładnie obeznanym z całością zagadnienia plastyki podniebienia, z najważniejszymi modyfikacjami tej plastyki i z różnymi problemami, nad których rozwiązaniem pracowało wielu badaczy. Na początku swej monografii a. przytacza głosy krytyki na temat klasycznej metody Langenbecka, jej błędów i złych wyników. Dalej a. opisuje plastykę podniebienia wg. Veau oraz technikę jej wykonania. W obszernym rozdziale jest mowa o możliwościach usunięcia stron ujemnych starej metody Langenbecka, a więc: kwestja zeszywania śluzówek od strony nosa, zagadnienie opadania podniebienia miękkiego, sprawa oddzielenia ściany gardła środkowego, sprawa zeszywania mięśni, kwestja rozluźnienia maksymalnego „płatów mostowych” przez poświęcenie haczyka kości skrzydłkowej i pnia tętnicy podniebiennej oraz przez odpowiednie wytampowanie bocznej kieszeni gardła. Wiele miejsca w swej monografii udziela a. własnej technice plastyki podniebienia. Tu są podane wszystkie szczegóły przeprowadzenia tej operacji,

począwszy od materiału do szycia i instrumentarium poprzez każdy poszczególny akt operacyjny aż do tamponady i przyrządzenia protez w każdym poszczególnym przypadku. Oddzielnie omawia autor plastykę podniebienia w rzadkich przypadkach zniekształceń oraz w tych przypadkach, w których już były robione próby zamknięcia rozszczepu podniebienia. W ostatnim b. obszernym rozdziale monografii przytacza a. wyniki swych operacji na 100 przypadkach. Liczne fotografie uwidaczniają stan podniebienia przed i po operacji. Jak można sądzić, wyniki tych operacji są znakomite. Porównyując dane a. z danymi Veau, należy stwierdzić, że wyniki Axhausena są lepsze. W operacjach pierwszorazowych Veau uzyskał 73% wyników dobrych, Axhausen natomiast 95%. A. podkreśla jednakże, że metoda „francuska” ma tę przewagę, że leczenie pooperacyjne w metodzie „francuskiej” trwa krócej. Ale zato metoda „niemiecka” jest, wg. a., pewniejsza i szczególnie nadaje się w przypadkach trudnych, zwłaszcza w operacjach powtórnych. Wszystkim, którzy się interesują plastyką rozszczepu podniebienia, można gorąco polecić przeczytanie dzieła Axhausena.

J. Tencer.

Die Diagnose der Erbkrankheiten. Eine Aufsatzreihe. G. Thieme. Leipzig. 115. 1936. 4 RM.

Zbiór kilku artykułów, ogłoszonych w Deutsche Medizinische Wochenschrift niedawno i omawiających krótko rozpoznanie czynnika wrodzonego, dziedzicznego i rodzinnego w szeregu kilku zachorzeń, które wielką odgrywają rolę w Niemczech dla lekarza wolno praktykującego przy stosowaniu prawa o sterylizacji i kastracji dotkniętych ciężką chorobą wrodzoną. Tych chorób wymienia das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ośm: niedorozwój umysłowy, schizofrenję, psychozy okresowe, padaczkę, płasawicę chroniczną, dziedziczną ślepotę i głuchotę, potworności cielesne. Względnie najbardziej po macoszemu wypadł rozdział o wrodzonych postaciach chorób mózgu, rdzenia, nerwów i mięśni. Ta „stosowana” dagnostyka, dla lekarza-praktyka, sędziego i członka komisji dziedziczno-sanitarnej przeznaczona, nie zastąpi dagnostyki specjalistycznej, jak ją klinika rozumie i pojmuje. Autorami poszczególnych rozdziałów są: H. Bürger-Prinz, K. Schneider, H. Schulte, F. Kehler, B. Fleischer, M. Schwarz, M. Lenge i F. Meggendorfer.

H. Higier.

Wskazówki praktyczne

Payr radzi w przypadkach *przerostu sterczu, nie nadających się do operacji*, wstrzykiwanie do gruczołu od strony kroczka *plynu Pregla z pepsyną*; 4—6 wstrzyknięć w pauzach 2—3 dniowych wystarcza. Payr uzyskał w 68% swobodne oddawanie moczu. Poprawa trwała od 1 do 5 lat.

(M. m. W. 1936, N. 10).

—o—

Reye podaje następujące *wskazówki lecznicze w ciężkich ostrych schorzeniach gardła*: W błonicy — wczesne zastrzyknięcie surowicy, której ilość gra rolę podrzędną; w przypadkach ciężkich obok tego codzienne zastrzykiwanie dożylnie cukru gronowego i witaminu C (Cebion). W anginie z odczynem limfatycznym (we krwi limfocytoza z przewagą postaci patologicznych) leczenie, jak w anginie zwyczajnej — rokowanie dobre. W przypadkach ropnia okołomigdałkowego nacięcie — przed wyluszczeniem w okresie zapalnym ostrym autor ostrzega. W anginie Plaut-Vincent i w przypad-

kach pleśniawek — pędzlowanie 5% pyoktaniną. W agranulocytocie duże przetoczenie krwi i codzienne zastrzykiwanie nukleotratu. (M. m. W. 1936 N. 10).

—o—

Haberkamp leczy *ostre gorączkowe zapalenie jelit* doustnym podawaniem *Gastrazy*, przetworu srebra kolloidalnego (firma Phava w Lipsku). Lek ten stosuje się doustnie. Również i w *zapaleniu pęcherza moczowego* po zastrzyknięciu do pęcherza 5 ctm³ Gastrazy mają natychmiast ustępować bóle i parcie na mocz. (M. m. W. 1936, N. 10).

—o—

Gaus radzi leczyć *czyraki górnej wargi i nosa konserwatywnie*. Należy zalecić absolutny spokój i okład ciepły. Następnie daje się ichtyol, który na miejscu chorem zasycha, na to luźny opatrunek wilgotny. (Ther. Gegenw. 1936, Z. 2).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

XIV. Zebranie z dnia 8 listopada 1935 roku.

Obecnych na zebraniu 50 osób.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Komunikaty Zarządu:

Prezes Kol. Kapuściński donosi o uroczystym zebraniu Wydziału Lekarskiego, zwołanem na dzień 24 listopada 1935 roku i podaje jego porządek obrad do wiadomości zebranych, prosząc o liczny udział członków Wydziału ze względu na uroczysty charakter zebrania oraz osobę prelegenta prof. Dr. E. Godlewskiego z Krakowa, który będzie mówił na temat „Twórczość żywej przyrody a twórczość człowieka”. Zarząd postanowił uczcić zasługi prof. Dr. Adama Wrzosska członka honorowego Wydziału Lekarskiego z okazji 15-lecia Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego dyplomem honorowym jako dokumentem, stwierdzającym wprowadzenie w czyn przez prof. Adama Wrzosska uchwały Wydziału Lekarskiego T. P. N. z dnia 26 listopada 1918 roku o utworzeniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Poznaniu.

Dyplomem powyższym pragnie zarząd imieniem Wydziału Lekarskiego złożyć publiczne podziękowanie Organizatorowi i pierwszemu Dziekanowi Wydziału Lekarskiego za ogrom twórczej pracy koło utworzenia tegoż Wydziału. Powyższe oświadczenie prezesa zebrani przyjęli do wiadomości.

Uwaga: 1) Kol. Górny w.: „Zmiany starcze w paznokciu”.

Wspólnie z Dr. J. Alkiewiczem przeprowadził referent badanie nad istotą wałów podłużnych paznokcia, będących objawem starczym. Histologią tych zmian nikt się dotąd nie zajmował. Jeden z paznokci, wykazujący obecność wałów podłużnych, pocięto na 154 preparaty. Mikrotomografie najbardziej typowych preparatów przedstawiono i omówiono na posiedzeniu. Referent dochodzi do następujących wniosków: Wały podłużne są wyrazem procesów hipotroficzych, a nie przerostowych, jak dotąd autorowie przypuszczali. Istota zmian starczych i wałów podłużnych tkwi w zmianach naczyniowych.

Rozprawa: Kol. Kucharski podkreśla zasługę Dr. Alkiewicza, który od szeregu lat zwraca szczególną uwagę na paznokcie, których bliższa znajomość ma wielkie znaczenie nie tylko dla dermatologa, ale i internisty. Wspomina o jednym ze swych pacjentów, leczonych jodem z powodu stwardnienia tętnic, u którego po leczeniu wystąpiło wygięcie łuków podłużnych na paznokciach.

Kol. Kapuściński: (członek Wydziału) zwraca uwagę, że po chorobach ogólnych, wycieńczających organizm, zauważyć można zmianę na paznokciach o kształcie poprzecznych rowków. Te rowki powstają jako wynik zaburzeń troficznych, wywołanych ogólnym wyczerpaniem organizmu. Gdy organizm przyjdzie do siebie, zaczyna wyrastać zdrowy paznokiec i wypycha powoli rowki.

Kol. Jezierski: (członek Wydziału). W medycynie wewnętrznej znane są zmiany występujące na paznokciach, a mianowicie po niektórych chorobach infekcyjnych, np. po szkarlatynie, odrze, tyfusie występują poprzeczne zagłębienia wywołane niedostatecznym odżywianiem macierzy paznokcia. Są to więc zmiany troficzne.

Kol. Alkiewicz J.: (członek Wydziału). Pręgi podłużne paznokcia łączą się ściśle ze zmianami w naczyniach macierzy. Rozszerzenia naczyń (angiektazje), które spotyka się pod macierzą takiego paznokcia, przypominają w obrazie histologicznym żywo zmiany naczyń w t. zw. naczyniaku starczym, który niesłusznie nazywano dawniej naczyniakiem, gdyż cechą jego istotną są rozszerzenia naczyń. To cierpienie występuje zawsze w starszym wieku, niekiedy już po 30 roku życia. Pręgi podłużne paznokcia, znamienne dla paznokci starczych, łączą się patogenetycznie z tym obrazem chorobowym.

2) Kol. Alkiewicz J.: (członek Wydziału). „Morbus Bowen”.

U chorego lat 42 wycięto ognisko wielkości grochu na twarzy o wyglądzie klinicznym nabłoniaka. Badanie histologiczne wykazuje wszystkie cechy choroby Bowen'a, jak zmiany wodniczkowe w komórkach naskórka, komórki wielo-

jądrazte o bardzo wielkich rozmiarach (clumping — calls), małe komórki o jądrach pyknotycznych, komórki kwasochłonne. Cierpienie to jest stanem przedrakowym. Niektórzy autorowie nazywają stan ten dyskeratozą.

Rozprawa: Kol. Hanasz: (członek Wydziału). Odnośnie do demonstracji Kol. Alkiewicza (preparat choroby Bowen'a) — zapytuje, czy sprawa chorobowa była umiejscowiona, czy też dotyczyła zmian przedrakowych w różnych narządach? Gdzie występowały objawy skórne, i jakie było rozpoznanie kliniczne? Czy można stawiać rozpoznanie właściwe bez zbadania histologicznego?

Kol. Alkiewicz Jan: (członek Wydziału). Sprawa była umiejscowiona na pr. policzku, pozatem innych ognisk nie było. Rozpoznanie kliniczne było: „Epithelioma?”

Rozpoznanie opiera się w tym przypadku na badaniu histopatologicznym, gdyż choroba Bowen'a może mieć różne postaci kliniczne: postać brodawkowa, guzowata i wrzodziejąca.

3) Kol. Bandyca (Łuszczycyca) (Erythrodermia) a Łuszczycyca uogólniona. Pacjent lat 37, na łuszczycę choruje 20 lat, pojedyncze jej wykwity ukazywały się okresowo na miejscach typowych dla łuszczycy i ustępowały bez leczenia.

W lipcu b. r. uległ chory infekcji kilowej. Ukończył na prowincji pierwszą kurację kilową (tylko bismutową). Po 14 zastrzyknięciu zjawily się liczne, gęsto rozsiane na tułowiu, głowie i kończynach wykwity łuszczycowe o charakterze ostrym.

b) Erythrodermia wtórna. Schorzenie to, którego głównymi objawami są: zaczerwienienie skóry, jako wyraz jej stanu zapalnego, obtite zruszczenie naskórka oraz uogólnienie sprawy chorobowej, spostrzegane bywa w przebiegu łuszczycy, pęcherzyce i liszaja czerwonego płaskiego. W tym przypadku przyczyna jest inna. Chory w kwietniu 1934 r. uległ zakazaniu krowemu. W czasie drugiej kuracji swoistej w grudniu 1934 powstało ostre zapalenie skóry naskutek uczulenia na salwarsan. Pacjent przebywał przez dłuższy czas w szpitalu, a zwolniony został jako podleczonej. Po zetknięciu się z terpentyną, przy pracy zawodowej nastąpiło silne podrażnienie i uogólnienie się sprawy. Energiczne leczenie szpitalne wykazuje nieznaną poprawę. Przypuszczać tu można uczulenie wielowartościowe. Dodać trzeba, że sami mieliśmy możność obserwowania obostnienia się sprawy po wejściu chorego do ubikacji, świeżo malowanej.

4) Kol. Kosner: (Naevus pigmentosus). Dziecko trzymiesięczne, u którego zmiany istnieją od urodzenia. Na całym plecach, sięgając do okolicy krzyżowej, stwierdza się: plamki znamie barwnikowe, wykazujące miejscami bardzo silne i gęste uwiosienie. Znamie przechodzi również na boczne i przednio-boczne części klatki piersiowej. Takież zmiany spotyka się w formie rozrzuconych wysepek na twarzy i głowie uwiosionej. Zmiany na twarzy i na głowie leczy się ostrożnym zamrażaniem CO₂.

5) Kol. Kosner: (Parapsoriasis). Przedstawia chorego lat 21 z rozpoznaniem Parapsoriasis en gouttes (Pityriasis lichenoides chronica). Zmiany spotyka się wyłącznie na kończynach górnych, głównie po stronie ich zgięć. Ogniska są wielopostaciowe i składają się z drobnych lub większych plamek i grudek, które w większości pokryte są silnie przylegającą łuską. Odcień ognisk waha się od różowego do brązowego. Cierpienie nie powoduje swędzenia. Leczenie polega na zastrzykaniach domięśniowych pilokarpiny i naswietlaniu lampą kwarcową.

Rozprawa: Kol. Borchyński (członek Wydziału). Niemcy odróżniają łuszczycę pospolitą (psoriasis vulgaris) „Schuppentechte”, a łupież liszajcowaty przewlekły (parapsoriasis lichenoides sive pityriasis lichenoides chronica sive dermatitis psoriasiformis nodularis) „Schuppentechte”, ponieważ w tej chorobie łuski są o wiele delikatniejsze, ciśnie i nie mają tego srebrzystego połysku, który charakteryzuje łuski prawdziwej łuszczycy. Co się tyczy wyników terapeutycznych, to leczenie łupieżu liszajowego jest o wiele trudniejsze, niż leczenie łuszczycy. Podobienstwo do pewnych osutek drugiego okresu kily jest nieraz bardzo duże, więc należy się wystrzegać pomyłek.

Kol. Kosner: Przypadek, o którym wspomina kol. Borchyński, wykazywał bardzo gęsto rozmieszczoną osutkę przeważnie typu grudekowego łuszcząca się. Wykwity najgęstsze na tułowiu zajmowały również częściowo twarz i na napletku przedstawiały się w formie płaskich guzów, któ-

rych podobieństwo do kily było znaczne. W przypadku tym widziało się również bardzo wiele zmian zejściowych po wysypce jako *leukoderma parapsoriaticum*.

6) Kol. Rosner (*Radiodermatitis*): Chora przedstawiona już była na posiedzeniu Oddziału Poznańskiego P. T. D. w dniu 25.VI. br.

Pacientka lat 38 cierpiała przed 18 laty na powiększenie gruczołów szyjnych. Z tej też przyczyny otrzymała większą liczbę miejscowych naświetlań promieniami Röntgena. Po upływie 4 lat rozwijać się zaczęły zmiany obecne. Obustronnie na szyi z przewałą po stronie lewej stwierdza się przy palnacji skórę stwardniałą i nieelastyczną. Powierzchnowe warstwy skóry i naskórka wykazują zmiany zanikowe. W obrębie ogniska wielkości dłoni stwierdza się wężykowate rozszerzenia naczyń krwionośnych i zmiany barwnikowe, polegające na obecności, brunatnych plamek bądź też wyspekowatych odbarwień. Prócz tego wstawiają ze skóry wyspekowato tworzy przerogowaciale w formie brodawk. Leczenie polega na stosowaniu maści rozmiękczających i ostrożnym wypalaniu poszczególnych złęk.

7) Wykład: Kol. Straszynski (członek Wydziału): „O *allergicznym schorzeniach skóry, ze szczególnym uwzględnieniem etiologii i patogeny wyprysku (eczema)*.”

We wstępie swego odczytu prelegent omówił zjawiska biologiczne, na których opierać należy ocenę stanów uczuleniowych, poczem zwrócił uwagę na zjawiska alergiczne, które spotyka się tak często w klinice dermatologicznej, a do których należą:

1. prawdziwa anafilaksja białkowa, objawiająca się u osobników uczulonych na białko obcego pochodzenia występowaniem w skórze rumieni, pokrzywki, ostrego obrzku Quinckego, wysypek posurowiczych oraz niejednokrotnie zmian wpryskowych. 2. Duża grupa wysypek skórnych z zatrucia (*toxidermiae*), powstających wskutek nabytego uczulenia skóry na rozmaite ciała chemiczne, działające na skórę od zewnątrz lub od wewnątrz ustroju. 3. Zjawiska uczuleniowe wrodzone (idiosyncrazja). 4. Zjawiska uczuleniowe spostrzegano bardzo często w przebiegu schorzeń zakaźnych (gruźlica, kila, grzybica i t. d.), w których stopień uczulenia może być sprawdzony zapomocą znanych skórnych odczynów odpornościowych.

Prelegent omówił następnie szczegółowo etiologię i patogenę uczuleniowych zmian w skórze i na tle tych rozważań przedstawił współczesne zapatrywania na istotę wyprysku (*eczema*).

Podawszy morfologiczne cechy zmian wpryskowych w skórze, prelegent zwrócił uwagę na to, że w odczynach zapalnych skóry, cechujących się wypryskowatością (*eczematizatio*) odróżnić należy ściśle od siebie zmian wypryskowe, t. j. postaciowo podobne do wyprysku od zmian wpryskowych, t. j. od właściwego wyprysku (*eczema verum*).

Należy więc w powierzchownych zapaleniach skóry o cechach wpryskowatości wyróżniać: a) Zmiany wpryskowe zwyczajne (*dermatitis eczematoides simplex*). b) Zmiany wpryskowe uczuleniowe (*dermatitis eczematoides allergica*), których cecha (w odróżnieniu od „a”) jest jednowartościowe swoiste uczulenie skóry na bodźce wywołujące. c) Zmiany uczuleniowe wypryskowe (*dermatitis allergica eczematosa*, — *eczema verum*), polegające w odróżnieniu od „b” na wielowartościowym nieswoistym uczuleniu skóry, szczególnie na odczyn wpryskowy nastawionej.

Z wywodów prelegenta wynika, że nie można istoty wyprysku prawdziwego pojmować dziś jedynie na podstawach etiologicznych, morfologicznych, czy anatomo-patologicznych, lecz należy wszystkim tym pojęciom przeciwstawić teorię ustrojowego pochodzenia wyprysku prawdziwego i uznać, że do jego powstania potrzeba przede wszystkim pewnego osobniczego usposobienia skóry, oraz jej wielowartościowego uczulenia.

Rozprawa: Kol. Bochynski (członek Wydziału): Na początku referatu p. prelegent tłumaczył, że jeżeli jad dostanie się do ustroju i napotka już unieruchomione niweczniki, wtedy następuje połączenie się obu ciał, przez co powstaje wstrząs anafilaktyczny. Pozwalam sobie zwrócić uwagę na to, że wstrząs powstaje prawdopodobnie tylko wówczas, jeżeli przy połączeniu jadu z przeciwciałem utworzy się związek nierozpuszczalny. W razie powstania związku rozpuszczalnego uodporniony zostaje ustrój bez wstrząsu anafilaktycznego.

Kol. Jezierski (członek Wydziału): W ostatnich 20 latach zaznacza się pewien rozłam w leczeniu wyprysków w tym kierunku, iż dermatolog łączy się z internistą, lecząc chorobę tę wspólnie. Chodzi tu głównie o wypryski powstałe

na tle alergicznym. Allergeny bowiem, dostając się do organizmu uczulonego osobnika, osadzają się albo w płucach, albo w jelitach, albo w skórze. Podobnie jak w astmie chronimy i w wpryskach organizm przed allergenami żywnościowymi i powietrznymi, stosując komory przeciwallergiczne według Storm van Leeuwen (Rost, Marchionini). Ponadto bada internista nie tylko allergeny same oraz ich odczyn, lecz i przemiany w ustroju, a więc koloidy krwi, soki i wydaliny. Na tle tej współpracy osiągamy w leczeniu wyprysków znaczny postęp.

Kol. Rosner: Na alergiczne pochodzenie wyprysku wskazują często dodatnie próby desensybilizacyjne oraz sensybilizacyjne i wyniki prób skórnych.

Niejednokrotnie udaję się próby biernego przeniesienia nadwrażliwości w przypadkach wyprysku z osobnika chorego na osobę kontrolną potwierdzają te mniemania. Zwraca się uwagę, że praktyczne rozgraniczenie przy łóżku chorego ekzemy rzeczywistej jako alergozy wielowarnej od zapalenia skóry na podłożu alergji jednowartościowej natrafia na duże trudności.

Kol. Kucharski (członek Wydziału) zwraca uwagę, że w sprawach uczulenia posiadają duże znaczenie układ nerwowy autonomiczny i układ naczyń włosowatych. Jeżeli uczulenie zjawia się klinicznie pod różnymi postaciami i w różnych narządach to należy się zastanowić, czy fakt ten zależy tylko od komórek właściwych dla danego narządu, w którym się wyraża uczulenie, czy też od układu vegetatywnego, czy od naczyń włosowatych. Pytanie to czeka odpowiedzi.

Kol. Bochynski (członek Wydziału): W odpowiedzi p. pułk. Kucharskiemu pozwalam sobie zwrócić uwagę na teorię histogenego pochodzenia niweczników, podług której uczuleniu podlegać mogą określone kompleksy komórek, rozmaite układy i t. d. Tem tłumaczy się fakt, że jeden i ten sam jad spowodować może odmienne odczyny anafilaktyczne zależnie od tego, gdzie uprzednio powstało uczulenie.

Kol. Hoffman (członek Wydziału): Istota zaburzeń alergicznych polega na zmianach czynnościowych układu przyuczulonego, dowodem tego jest eozynofilia i limfocytoza, którą zawsze w chorobach alergicznych spotykamy.

K. Stojaloński sekretarz W. Kapuściński prezes

Uroczyste Zebranie (XV. Posiedzenie Naukowe)

z dnia 24 listopada 1935 roku.

Uroczyste zebranie zostało zwołane na godzinę 11-tą przed południem do sali Wydziału Lekarskiego P.T.P.N. przy ul. Sew. Mielżyńskiego 26/27.

Obecnych na Zebraniu 79 osób.

1. Prezes Prof. Dr. Witold Kapuściński zagaja zebranie następującym przemówieniem: Otwieram zebranie XV-te Wydziału Lekarskiego T.P.N. Witam szanownych gości oraz kolegów, witam czcigodnego prelegenta Prof. dra Emila Godlewskiego, laureata miasta Warszawy, który dzisiejsze nasze zebranie zaszczycił swoją obecnością, a uświetnił swoim wykładem. Dopelniam jeszcze żalobnego obowiązku, wspominając tych kolegów, którzy zmarli w ostatnim roku. Nietylko nasz wydział, ale i nauka polska poniosła ciężką stratę przez śmierć prof. dr. Antoniego Głuzińskiego, honorowego członka Tow. P. N. Wymieniam następnie zmarłych członków dra Stanisława Gościńskiego z Poznania, dra Stanisława Górnego z Owińska, dra Władysława Jordana ze Środy i dra Jana Sujkowskiego z Grudziądza. Proszę Szanownych Kolegów pamiętać ich uczcić przez powstanie.

17 lat mija od owego walnego zgromadzenia, które stało się początkiem nowego okresu w życiu lekarskim naszej dzielnicy — w tej samej sali, w której zbieram się co rok dla upamiętnienia tego listopadowego posiedzenia; zebrali się wówczas 74 lekarzy byłego zaboru pruskiego, aby zorganizować sprawę lekarsko-społeczną oraz lekarsko-naukową w zachodnich dzielnicach Polski. Z ówczesnych Kolegów, którzy byli obecni na tem posiedzeniu, niewiele już pozostało — przyszły nowe generacje lekarzy, z których może nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, co wtedy się działo i dlaczego ówczesne zebranie listopadowe święcimy corocznie uroczystością. Aby więc tradycja tego wieczoru listopadowego pozostała żywa w młodej generacji, opowiem w krótkich słowach dzieje tych już nieległych czasów. Działo się to pod koniec wielkiej wojny. 10

listopada nastąpiło zawieszenie broni — na zachodzie niemiecka armia cofnąć się musiała za Ren, na Wschodzie otrzymała rozkaz od Focha zająć granice Rzeszy z 1914 r. Królestwo i Małopolska uwolnione zostały od okupantów, ziemie natomiast zachodnio-polskie oddzielono od kraju kordonem pruskiego żołnierza. Niepewność ogarnęła nas co do przyszłych losów tej dzielnicy. W tym czasie lekarski świat poznański był może pierwsz, który zaczął się organizować, aby móc wypełnić przyszłe obowiązki po usunięciu władzy niemieckiej. Dążność do tej organizacji znalazła wyraz w Walnym Zebraniu listopadowym roku 1918-go. Powzięto wtedy szereg uchwał dla przygotowania odpowiednich warunków i pracowników, aby móc wypełnić obowiązki społeczno-lekarskie w oswojonym kraju. Warunki wypełnienia tych obowiązków były nad wyraz trudne, przedewszystkiem z braku odpowiednich sił. Liczba bowiem Polaków była znikoma. W Poznaniu było nas 60 na 110 lekarzy Niemców — na prowincji stosunek był podobny. W okręgu bydgoskim stosunek ten przedstawiał się, jak 1:4, w Bydgoszczy samej było 7 lekarzy polskich na 49 niemieckich. Na Pomorzu stosunek ten przedstawiał się, jak 1:7, na Śląsku było 21 lekarzy polskich a 534 niemieckich.

Na tem listopadowym zebraniu zaakceptowano komisje, które miały zająć się organizacją lekarzy. Została więc wybrana komisja statystyczna, komisja administracyjna dla spraw medycznych, komisja dla spraw szpitalnych, komisja dla spraw przyszłego wydziału lekarskiego w tworzącym się uniwersytecie poznańskim, komisja dla zdrowia publicznego przy Radzie Narodowej, nawiązano kontakt z Czerwonym Krzyżem Polskim. Komisje owe spełniły wszystkie swoje zadania. Z ówczesnych kolegów dziś już nieżyjących, którzy wtedy wielką odegrali rolę, wymienić należy nazwiska d-ra P a n i e ń s k i e g o, d-ra P o m o r s k i e g o, D e m b i ń s k i e g o, G r a b o w s k i e g o, W i e r z e j e w s k i e g o, Ł a z a r e w i c z a. Z obecnych członków wydziału przedewszystkiem wspomnieć należy o działalności prof. G a n t k o w s k i e g o, który został wybrany naczelnym referentem dla spraw lekarskich i stał się organizatorem życia lekarskiego. Obok nich wymienić należy także dr. T. S z u l c a, dr. N o w a k o w s k i e g o, dr. C e t k o w s k i e g o i dr. D a n d e l s k i e g o z Torunia. Jako postanowienie o szczególnej doniosłości należy uważać powołanie komisji dla przyszłego wydziału lekarskiego Uniw. Pozn. W ten sposób bowiem wydział lekarski P.T.P.N. realizował zobowiązania, które tradycyjnie na nim ciążyły. Prace przygotowawcze tej komisji, złożonej z trzech członków, a mianowicie Ś w i e c i c k i e g o, J e z i e r s k i e g o, Ł a z a r e w i c z a, rozłożone być musiały siłą rzeczy na dłuższy okres czasu. Niezmiernie szczęśliwa była uchwała tej komisji, powięta z inicjatywy H. Ś w i e c i c k i e g o, ażeby organizację wydziału lekarskiego powierzyć prof. Adamowi W r z o s k o w i. Wiedzą wszyscy, którzy byli tego świadkami, ile pracy, energii i trudu włożył profesor W r z o s e k w organizację wydziału lekarskiego Uniw. Pozn. Wydział ten powstał w roku 1920. Minęło więc lat 15 od tego czasu, gdy uchwała naszego towarzystwa powięta na listopadowym zgromadzeniu 1918 r. została przez prof. Adama W r z o s k a zrealizowana.

Tak więc prof. Adam W r z o s e k wypełnił uchwałę walnego zgromadzenia 1918 roku, a tem samem spełnił to, o czem marzyło kilka pokoleń lekarzy poznańskich. Wydział lekarski Tow. P. N. na ostatnim posiedzeniu przyjął wniosek, aby prof. Adamowi W r z o s k o w i dla uczczenia jego pracy w tę piętnastą rocznicę złożyć publiczne podziękowanie. Wzoruąc się na tradycję wydziału, który swym zasłużonym członkom ofiarowywał dyplomy pamiątkowe, zarząd postanowił to podziękowanie panu prof. W r z o s k o w i złożyć, wręczając mu dokument następującej treści:

Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu Adamowi W r z o s k o w i, Doktorowi Medycyny, Profesorowi Uniwersytetu Poznańskiego, Członkowi Honorowemu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu oraz licznych Towarzystw Naukowych, Doktorowi h. c. Uniwersytetu Stefana Batorego, Komandorowi Orderu Polonia Restituta, pierwszemu Dziekanowi Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego wyraża najwyższe uznanie i składa podziękowanie, iż uchwałę Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk z dnia 26 listopada 1918 roku o utworzeniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego pomieniony Adam W r z o s e k w czyn wprowadził i ogromnie twórczej pracy temuż Wydziałowi trwale podłożył. Owe zasługi Profesora Adama W r z o s k a około pomnażania dobytku kultury Polskiej my, niżej podpisani, imieniem Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk niniejszym dokumen-

tem potwierdzamy i ogłaszamy w 15 rocznicę utworzenia Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego.

W Poznaniu, dnia 24 listopada 1935 roku.

Kazimierz S t o j a ł o w s k i	Leon D r o z y ń s k i
sekretarz	wice-prezes
Witold K a p u ś c i ń s k i	Kazimierz N e y m a n
prezes	wice-sekretarz
Leon K o n k o l e w s k i	skarbnik

Nie stracił Wydział Lek. T. P. N. bynajmniej na znaczeniu przez powstanie Wydz. Lekarskiego naszej Uczelni — przeciwnie — pozyskawszy wybitnych członków w osobach profesorów i docentów medycyny, działalność swoją rozszerzył. Życie Wydziału, które w czasie okupacji niemieckiej płynęło cprawda zwykle wartkim nurtem, ale czasem zamierało z powodu niekorzystnych warunków zewnętrznych, jak np. w czasie wojny, po przewrocie politycznym zaczęło rozkwitać w niebywałych dotąd rozmiarach. Pierwszym prezesem naszego Wydziału w odrodzonej Polsce był ś. p. dr. Tadeusz D e m b i ń s k i, który jednak z powodu złego stanu zdrowia z prezesury wkrótce ustąpił. Następcą jego został ś. p. prof. Adam K a r w o w s k i, który tak wybitną rolę odegrał w stosunkach lekarskich nie tylko Wielkopolski, ale i całego kraju. O zasługach jego społeczno-lekarskich szerzej mówić tu nie będę, gdyż wszyscy je znamy. Ale również jako prezes Wydziału utrwalił się w naszej pamięci. Z powodu licznych innych zajęć ustąpił z prezesury. Następnym zarząd z prof. B o r o w i e c k i m jako prezesem przez 6 lat pełnił swoje obowiązki. W tym okresie posiedzenia Wydziału stały się więcej urozmaicone, gdyż prof. B o r o w i e c k i zdołał pozyskać wybitnych wykładowców nie tylko z dziedziny samej medycyny, ale i z innych gałęzi nauk filozoficznych i przyrodniczych — wykłady te cieszyły się wielkim powodzeniem. Za czasów jego prezesury wydział zyskał wielu nowych członków, a zespołem pracy z oddziałami różnych specjalności ogromnie podniósł swoje znaczenie. Wydział lekarski T.P.N. jest obecnie bardzo liczny, posiada przeszło 250 członków, lecz koncentruje swoją działalność jedynie tylko w Poznaniu. Zarząd obecny postawił sobie między większe ośrodki lekarskie w zach. województwach, aby z nimi współpracować. W dążeniach tych pragnąłby zarząd znaleźć poparcie u wszystkich szanownych członków.

2. Prof. Dr. Adam W r z o s e k (członek Wydziału) dziękuje Zarządowi Wydziału Lekarskiego za zaszczytne odznaczenie, lecz podkreśla, że przedewszystkiem pamiętać należy o tem, iż właściwym twórcą wydziału był ten, który prowadził do życia Uniwersytet Poznański, pierwszy Rektor Heliodor Ś w i e c i c k i.

Prezes Prof. Dr. K a p u ś c i ń s k i powołuje na przewodniczącego uroczystego zebrania Prof. Dr. Pawła G a n t k o w s k i e g o oraz na członków Prezydium Dr. Narcyza L i b e c k a oraz Dr. Tadeusza S z u l c a.

Przewodniczący zebrania udziela głosu Prof. Dr. E m i l o w i G o d l e w s k i e m u z Krakowa celem wygłoszenia wykładu na temat „Twórczość żywej przyrody a twórczość człowieka“.

Prelegent scharakteryzował najpierw twórczość w świecie zwierzęcym w różnych jej objawach, a więc najpierw w rozwoju osobnikowym, poświęcając specjalne uwagi podniecie rozwojowej i S p e m a n o w s k i m organizatorom. Następnie mówił o zjawiskach regulujących, które przecie stały się podwaliną witalizmu, wreszcie omawiał ewolucyjną historię rozwoju szczepowego, w szczególności mutacje i nowe doświadczenia nad ich sztucznym wywołaniem. Drugą część wykładu poświęcił twórczości ludzkiej. Analizował więc cechy wrodzone (genotyp) i zbiór ludzkich cech nabytych (paratyp), omawiał wpływy świata zewnętrznego, martwego i żywego. Podniósł wpływ ludzkiego otoczenia i sumowanie dorobku łańcucha pokoleń, scharakteryzował wpływ człowieka na martwy świat, na innych ludzi i na siebie samego. Zdolności porozumiewania się i sumowania dorobków pokoleń zawdzięcza człowiek swoje stanowisko w przyrodzie.

Prof. G a n t k o w s k i dziękuje prelegentowi za wygłoszony wykład, który, według słów przewodniczącego, był nie tylko wspaniale opracowanym i wygłoszonym wykładem, lecz przeżyciem w świecie naukowym lekarskim Poznania.

Po posiedzeniu odbył się wspólny obiad w Bazarze przy udziale 24 osób.

K. S t o j a ł o w s k i	W. K a p u ś c i ń s k i
Sekretarz.	Prezes.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na X Kongresie Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego w Kairze w dniach 31 grudnia 1935—5 stycznia 1936 r. (*Presse Méd.* Nr. 9/1936) Schmieden i Kallpelz mówili o *uchyłkach okrężnicy*. Jest to cierpienie częste, które wykrywa się w 5,17% (W. Mayo) lub 5,61% (Roukin i Brown) przypadków badania rentgenowskiego okrężnicy. Występuje ono dwa razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, najczęściej w wieku około 40 lat. Wraz z W. Mayo odróżniają reterenci cztery wielkie postacie kliniczne: 1) zapalenie uchyłków wraz z zapaleniem ich surowicówki (*diverticulitis et peridiverticulitis*), 2) z ropniami i przetokami jelitowemi, pęcherzowemi lub skórnyemi, 3) ze zwężeniem, 4) ze zwyrodnieniem rakowem w 14,65—25%. Reherenci podają opisy kilku typowych przypadków, kładąc nacisk na znaczenie tej sprawy jako źródła zakażenia, które może się potęgować aż do posocznico-ropnicy. Idealne leczenie stanowi wycięcie, które jednak należy często ze względu na jego dużą śmiertelność, wynoszącą 12%, zastępować przez zespolenie lub nałożenie sztucznej rzyki. Wskazanie do tych ostatnich zabiegów chirurgicznych stanowią przedewszystkiem przypadki niedrożności jelit lub przetoki, wymagające operacji dwuczasej.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 17 stycznia 1936 r. (*Presse Méd.* Nr. 9/1936) L. Carnot, René Cacheza i M. Tissier

pokazywali przypadek *szpiczaków mnogich (myeloma multiplex)*, w którym rozpoznanie i zidentyfikowanie kliniczne były możliwe dzięki naktuciu mostka. Chora lat 58 wykazywała bóle lędźwiowe oraz bóle w klatce piersiowej, zapadnięcie się kilku trzonów kręgowych ze skrzywieniem tylnobocznym kręgosłupa oraz ogromne wychudnięcie. Zdjęcia rentgenowskie wykazały w większej części szkieletu rozsiłane obrazy okrągłe przejaśnień o ostrych zarysach, miejscami zlewających się z sobą. Nie widać było żadnych odczynów odtwórczych. Najbardziej dotkniętymi kośćmi okazały się mostek, żebra, kości miednicy, sklepienie czaszki, górna trzecia część kości ramiennej i udowej. Dystalne odcinki kończyn były zupełnie nieknięte. Obraz ten budził wątpliwości rozpoznawcze, wahające się między przerzutami nowotworowemi do kości a szpiczakiem pierwotnym. Naktucie mostka pozwoliło na rozstrzygnięcie wątpliwości rozpoznawczych. Przemiana wapniowa była normalna. Niedokrewność umiarkowanego stopnia i typu banalnego uległa natężeniu dopiero krótko przed śmiercią. Albumoz w moczu nie udało się mimo wielokrotnych prób stwierdzić. Leczenie naświetlaniami promieniami Roentgen, stosowane w ciągu 4 miesięcy, nie wywarło, jak się zdaje, żadnego wpływu na przebieg. Kozmazy, wykonane po naktuciu mostka, podobnie jak wyniki badania pośmiertnego, wykazały, że guzy szpiczakowe były utworzone z bardzo dużych komórek, z których pewne były źle zróżniczkowane, inne — zbliżone do plasmocytów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji.

Podąła

St. ADAMOWICZOWA (Warszawa).

„W chwili obecnej zagadnienia ludnościowe w Italji są bardziej palące, niż w innych państwach Europy. Doprowadzi to prawdopodobnie do katastrofy w najbliższej przyszłości, o ile nie zostanie znalezione jakieś rozsądne wyjście z sytuacji”. Temi słowami charakteryzował stan rzeczy we Włoszech prof. W. S. Thompson w swej pracy „*Danger spots in world population*”, wydanej w r. 1930. Niedługo trzeba było czekać, aby się przekonać o słuszności tych słów: wojna włosko-abisyńska, której świadkami jesteśmy od kilku miesięcy, wybuchła właśnie na podłożu ludnościowym i jest typową wojną o nowe tereny, potrzebne do ekspansji.

Nie ulega wątpliwości, że konflikt abisyński jest jednocześnie rozgrywką włosko-angielską. Po Wielkiej Wojnie imperjum brytyjskie, obdarzone mandatem Ligi Narodów w stosunku do dawnych kolonij niemieckich, opanowało drogę lądową poprzez Afrykę od Kairu do Kapsztatu. Ta przywilejowana sytuacja uległaby zasadniczej zmianie w razie podboju Abisynji przez Italję. Italja mogłaby wówczas zagrażać większości kolonij brytyjskich w Afryce. Co więcej, niebezpieczeństwo groziłoby jeszcze ważniejszej arterji komunikacyjnej — drodze do Indji przez Morze Czerwone, skracającej o 5000 mil morskich przestrzeń pomiędzy metropolją a jej najważniejszą kolonją.

Są to zagadnienia zakrojone na znacznie szerszą miarę niż kwestja jeziora Tana toteż, można pozwolić sobie na uwagę na marginesie, że trudno przypuszczać, aby W. Brytanja mogła pogodzić się z podporządkowaniem Abisynji Włochom na stałe. Stan dzisiejszy jest jedną z faz walki — Wielka Brytanja może i umie czekać.

Ponieważ ze strony włoskiej celem usprawiedliwienia wyprawy wojennej do Abisynji operuje

się stale argumentami ludnościowemi, bliższe zaznajomienie się ze stanem tych zagadnień u obu współzawodniczących mocarstw może wzbudzać pewne zainteresowanie.

Italja.

Powierzchnia Italji wynosi 310.080 km. kw., ludność zgodnie z szacunkiem z 1934 r. — 42.419.000, co czyni 135 mieszkańców na 1 km.² (Abisynja b). Italja pod względem gęstości zaludnienia zajmuje 7 miejsce na świecie i 5 w Europie.

W przeciwieństwie do innych państw Europy zachodniej i centralnej, rozrodność w Italji po Wielkiej Wojnie nie wykazała gwałtownego spadku. Wprawdzie współczynnik urodzeń powoli ale stale się zmniejsza, obniża się jednak również współczynnik zgonów, to też, jak dotąd wzrost ludności nie wiele na tem cierpi. Przyrost naturalny wyniósł w r. 1913 — 13‰, w r. 1934 — 10,1 (Tabl. I).

Nie ulega wątpliwości, że masy ludności we Włoszech znajdują się na tym poziomie kultury, że mają jeszcze do wyzyskania zdobycze wiedzy dla dalszego obniżania umieralności. Nie można jednak zapominać, że spadek będzie odbywał się coraz wolniej, i każde zmniejszenie się umieralności będzie wpływało na dalsze zwolnienie tempa postępu. Tymczasem jak już wspominaliśmy, współczynnik urodzeń stopniowo spada z roku na rok, pomimo że puszczono w ruch cały aparat pomocy państwowej dla licznych rodzin i poparcia idei rozrostu liczebnego. Współczynnik urodzeń wyniósł w r. 1880 — 36,8, w 1913 — 32,7, w 1922 — 30,8, w 1934 — 23,4. Liczba dzieci na 1 zawarte małżeństwo stanowiła w r. 1910 — 4,3, zaś w r. 1922 — 3,2. Płodność kobiet włoskich (Tablica Nr. II) obniżyła się w okresie lat 10 (1920 — 1930) z 139,2 na 100 do 110,2. Stan ludnościowy Italji jest wciąż pomyslny, tempo przyrostu naturalnego nie wydaje się jednak rozsądzać granic państwa.

Tablica I.
Ruch naturalny ludności w Italji w latach 1872—1934.
Rapport Epidémiologique annuel 1934.
Section d'Hygiène S. d. N.

Lata	Urodzenia	Zgony	Przyrost naturalny
	na 1000 m.	na 1000 m.	na 1000 m.
1872—1875	36,8	30,5	6,3
1901—1905	32,7	22,0	10,7
1913	31,9	19,4	12,5
1919	21,4	18,8	2,6
1920	31,8	18,7	13,1
1921	29,2	16,8	12,4
1922	30,8	18,1	12,7
1923	30,0	17,0	13,0
1924	29,0	17,1	11,9
1925	28,4	17,1	11,3
1926	27,7	17,2	10,5
1927	27,5	16,1	11,4
1928	26,7	16,1	10,6
1929	25,6	16,5	9,1
1930	26,7	14,1	12,6
1931	24,9	14,8	10,1
1932	23,8	14,7	9,1
1933	23,7	13,7	10,0
1934	23,4	13,3	10,1

Tablica II.
Płodność kobiet włoskich w latach 1880—1932.
Liczba urodzeń na 1000 kobiet w wieku lat 15—44.
(Przeciętna roczna).

Rok	Płodność		
	ogółem	ślubne	nieślubne
1880—1882	164,7	285,0	26,6
1900—1902	160,8	280,6	20,6
1910—1912	154,0	277,1	16,2
1920—1922	139,2	273,1	13,0
1930—1932	110,2	208,0	11,4

Annuario Statistico Italiano 1934.

Tablica III.
Rozrodczość w wielkich miastach w Italji 1932—1934.

N a z w a	Ludność w 1000	Urodzenia			Z g o n y			Przyrost naturalny		
		na 1.000 m.			na 1.000 m.			na 1.000 m.		
		1932	1933	1934	1932	1933	1934	1932	1933	1934
Bolonja	(274)	11,9	12,1	12,0	13,5	12,5	11,8	-1,6	0,4	0,2
Florencja	(330)	13,7	13,1	12,7	14,8	13,3	12,9	-1,1	0,2	-0,2
Genua	(644)	13,9	13,2	12,4	12,5	12,1	11,8	1,4	1,1	0,6
Medjolan	(1.067)	14,7	13,8	13,8	12,9	12,3	11,5	1,8	1,5	2,3
Neapol	(881)	25,8	25,1	24,1	15,9	13,9	13,8	9,9	11,2	10,3
Padwa	(141)	20,9	20,0	20,2	12,0	9,9	10,8	8,9	10,1	9,4
Palermo	(411)	26,6	27,1	26,4	11,2	15,1	15,2	15,4	12,0	11,2
Rzym	(1.154)	21,7	20,8	21,8	11,6	10,5	10,1	10,1	10,3	11,7
Turyń	(631)	11,8	10,8	11,0	11,8	11,7	11,1	0,	-0,9	-0,1
Wenecja	(273)	19,9	18,8	20,0	13,2	12,1	11,2	6,7	6,7	8,8

Rapport Epidémiologique annuel 1934. — Section d'Hygiène S. d. N.

Różnice pomiędzy rozrodczością na wsi i w mieście są w Italji, jak w innych państwach, znaczne. W 10 największych miastach w 1934 r. przyrost naturalny wahał się od 11,7 w Rzymie do -0,2 we Florencji. Poza Rzymem wysoki przyrost naturalny spotykamy na południu w Neapolu i Palermo, na północy tylko w Wenecji. Swoją szybki wzrost ludnościowy Włochy zawdzięczają przeważnie wsi.

Rozwój stosunków emigracyjnych włoskich w ostatnich 10—15 latach stał się bardzo skomplikowany. Przed Wielką Wojną Włochy rok rocznie eksportowały za ocean około 25% swego przyrostu naturalnego. Dzisiaj emigracja włoska natrafia na cały szereg trudności zarówno ze strony państw, przyjmujących wychodźców, jak również wewnątrz własnego kraju ze strony czynników rządowych.

Przedewszystkiem kraje, nadające się do kolonizacji przez białego człowieka, znajdują się przeważnie w rękach anglo-sasów, którzy są wręcz przeciwni imigracji włoskiej. Około 1924 roku zatrzasnęły się przed emigracją włoską drzwi Stanów Zjednoczonych, Kanady i Australji. Dla charakterystyki panujących nastrojów można wskazać, że w Australji w 1924 r. naskutek osiedlenia się 4000 Włochów powstała wielka wrzawa na tle t. zw. „oliwkowego niebezpieczeństwa”. Urządzone były wiece protestacyjne, wzywające ludność do niekupowania produktów, wytwarzanych przez imigrantów włoskich, występowano gwałtownie przeciwko nielicznym małżeństwom, które zostały zawarte pomiędzy wychodźcami, a miejscową ludnością. „Czy kraj ten należy do nas, czy do Mussoliniego?” — wołała prasa australijska w 1928 r., omawiając nowy akt imigracyjny — „myśmy skolonizowali ten kraj i my tylko będziemy go rozwijali w kierunku, który sami uznamy za odpowiedni”.

Trudno zaprzeczyć państwom, przyjmującym wychodźców, prawa do regulowania imigracji, a nawet jej całkowitego zahamowania w okresie depresji ekonomicznej. Inną jest jednak rzeczą kontrola wartości przybywających wychodźców, inną zaś wykluczanie en bloc imigrantów z jakiegoś państwa, to też rozgoryczenie Italji pod tym względem jest całkowicie zrozumiałe. Na kontynencie europejskim nieporozumienia na tle emigrantów wybuchają często pomiędzy Włochami a Francją. — Sezonowa emigracja włoska na sku-

tek kryzysu musiała również skurczyć się bardzo wydatnie w ostatnich latach.

Wprawdzie kraje południowo-amerykańskie i dziś jeszcze patrzą przychylnie na imigrantów zarówno z Italji, jak z innych państw europejskich, a odnośnie rządu starają się o stworzenie możliwie najlepszych warunków bytowania dla stałych osiedleńców; jednakże państwa południowo-amerykańskie nie znajdują się jeszcze w stanie rozwoju, któryby im pozwolił na przyjmowanie wielu tysięcy niewykwalifikowanych robotników rocznie, jak to miało miejsce w Stanach Zjednoczonych przed Wielką Wojną. Wchłanianie uchodźców, których większość musi osiedlać się na roli, jest procesem bardzo wolnym ze względu na trudne warunki bytowania na nowinach, brak kapitałów i wszechświatowy kryzys rolniczy

Władze państwowe włoskie, dążąc do ekspansji terytorjalnej na podstawie przesłanek ludnościowych, poczynając od 1925 r. zaczęły utrudniać emigrację. W październiku 1926 r. wydano rozporządzenie, karzące trzema latami więzienia emigrację bez zezwolenia władz. W r. 1927 wydano ustawę, uzupełnioną następnie rozporządzeniami wykonawczymi z 1928 r., na moc, órych pozwolenie na emigrację wydawane jest tylko robotnikom składającym obietnicę powrotu do kraju w nieprzekraczalnym terminie 3 lat. Emigranci nie mogą zabierać ze sobą swych rodzin. Wrazie przekroczenia ustawy i pozostania poza granicami Italji powyżej 3 lat rodzina wychodźcy zostaje pozbawiona prawa wyjazdu i połączenia się z nim.

Życie jest jednak zawsze silniejsze od litery prawa, nieliczącej się z jego wymaganiami. Emigracja włoska pomimo piętujących się trudności istnieje, chociaż jej liczby stale spadają. (tabl. Nr. IV.)

Składa się na nią emigracja zarejestrowana, istniejąca, podobno, emigracja niedozwolona bez pasportów do Stanów Zjednoczonych, Kanady i Australji, wreszcie tajna emigracja polityczna (w r. 1930 na terenie Francji przebywało około 200.000 włosków, nie posiadających pasportów).

O rozmiarach niezarejestrowanej emigracji włoskiej można sądzić pośrednio z następującego zestawienia. Zgodnie ze spisem 1921 r. Italja liczyła 38.710.000 ludności (Annuario Stat. Italiano lata 1922-25). Opierając się na tych danych oraz na danych o urodzeniach i zgonach, urząd statystyczny włoski obliczał, iż liczba ludności w 1931 r. będzie wynosiła około 42.000.000. Tymczasem spis 1931 r. wykazał znacznie niższą liczbę 41.177.000 (R.E.S.d.N. 1931). Dawałoby to przyrost naturalny za okres dziesięcioletni w wysokości 2.467.000, to jest około 250.000 rocznie zamiast 450.000 lub 500.000, o których stale wspominają urzędowe enuncjacje włoskie. O ile przyjęć poprawkę urzędu statystycznego włoskiego, wprowadzoną do Annuario Statistico Italiano w r. 1932, zgodnie z którą liczba ludności włoskiej w 1921 r. wynosiła nie 38.710.000 lecz 38.023.000 (-687. tysięcy), to i wtedy przeciętny przyrost naturalny włoski w okresie pomiędzy obu spisami nie przekroczyłby 320.000 rocznie. Trudno kłaść całkowicie na karb emigracji nieregistrowanej wyżej podaną niezgodność liczb, niewątpliwie jednak jest ona jednym z ważkich czynników w tym względzie.

Tablica IV.

Wychodźstwo i powrót wychodźców w Italji w latach 1930—1933.

Annuario Statistico Italiano, 1934.

Wyszczególnienie	1930	1931	1932	1933
Wychodźstwo ogół.	280.097	165.860	83.348	83.064
Do krajów europejsk.	220.985	125.079	58.545	60.756
w tem do Francji . .	167.209	74.115	33.516	35.745
do Szwajcarji.	26.024	25.862	11.689	10.668
Do krajów pozaeurop.	59.112	40.781	24.803	22.328
w tem do St. Zjedn. .	22.064	16.361	11.527	11.455
do Argentyny.	28.738	19.034	9.304	6.643
Powrót wych. ogółem	129.023	101.750	73.175	65.856
Z krajów europejskich	82.461	64.325	39.470	39.762
w tem z Francji . .	45.908	32.191	19.448	20.617
z Szwajcarji .	21.082	17.120	7.318	6.826
Z krajów pozaeurop. .	46.562	43.405	33.705	19.559
w tem ze St. Zjedn. .	23.459	22.894	26.074	13.205

Chociaż zagadnienia ludnościowe w Italji, jak widzimy, nie przedstawiają się tragicznie, nie ulega jednak wątpliwości, że jest to problem poważny ze względu na bardzo ograniczone możliwości rolnicze i przemysłowe tego państwa. Pod względem rolniczym Italja jest krajem ubogim. Składa się na to wiele czynników, z nich następujące zasługują na uwagę: 1) niepomyślny rozkład sezonowy opadów, skoncentrowanych przeważnie w miesiącach jesiennych i zimowych, 2) prymitywne metody uprawy, które niewiele dadzą się zmienić w okęgach górskich, obfitujących w ubogą kamienistą glebę, 3) braki meljoracyjne, 4) znaczne jeszcze dziś tereny błotniste i malaryczne*), 5) zniszczone przez wycinanie lasy i zamulone rzeki. Jeśli do wszystkich tych braków dodamy że w Italji na głowę ludności przypada zaledwie około 1 akra ziemi, nadającej się pod uprawę, będziemy mieli obraz stosunków agrarnych włoskich.

Italja nie jest samowystarczalna pod względem rolniczym. Z reguły musi importować zboże**). Import ten po Wielkiej Wojnie wzrósł znacznie i w 1932 r. kosztował 505 milj. lirów. Nie będziemy dalecy od prawdy, jeśli powiemy, że ludność włoska, trudniąca się rolnictwem, żyje już dziś na poziomie minimum egzystencji i wzrost ludności, osiadłej na roli, będzie dalej obniżał ubogi poziom jej bytowania.

*) Ustawa o osuszaniu błot została uchwalona przez parlament w r. 1882 r. Tereny, przygotowane pod uprawę, wynosiły w r. 1915 — 820.000 akr. W latach powojennych osuszono od 1918 — 1932 — 380.000 akr.; od 1922 — 1926 — 88.900 akr. W ostatnich latach praca była skoncentrowana głównie u bram Rzymu na błotach pontyjskich, gdzie zakończono roboty na przestrzeni 64.200 akrów.

**) W 1932 r. Włochy importowały z zagranicy towarów na ogólną sumę 8.751.000.000. Główne pozycje: pszenica 505 milj., kukurydza 222 milj., surowa bawełna 738 milj., węgiel 686 milj., drzewo 405 milj., wełna 369 milj., maszyny 369 milj.

Jeśli Italja ma znaleźć wewnątrz kraju zatrudnienie dla swej ludności, może to zrobić przede wszystkim w drodze rozbudowy przemysłu. Natrafia to również na znaczne trudności z uwagi na brak najważniejszych surowców: węgla, nafty, żelaza, miedzi. Zasoby sił wodnych Włoch szacowane są na 5½ miliona K. M., z których w 1930 r. było wyzyskanych 4,8 milj. Korzysta z tego przeważnie północna Italja (Turyn, Medjolan); na tej podstawie nie można jednak rozbudować wielkiego przemysłu.

Italja obfituje w tanią robociznę, ale cena sprowadzonego surowca zwiększa znacznie koszty produkcji i niweluje osiągnięte na tej drodze wyniki. Warunki włoskie zdają się rokować najlepsze możliwości rozwoju przemysłowi tekstylnemu, posiadającemu jednak silnych konkurentów na rynkach międzynarodowych. W 1932 r. eksport Italji wyrażał się sumą 6,055 000,000 (bilans handlowy ujemny — 2696 milj.) i obejmował: jedwab i produkty z jedwabiu 906 milj. lir., przetwory z bawełny 638 milj., len, juta i wyroby z nich — 350 milj. lir.; wełna, wyroby z wełny i włosa 301 milj. lir., wyrób samochodów 75 milj. lir.

Przemysł włoski może tylko bardzo wolno wchłaniać nowe siły robocze i sytuacja jego pod tym względem z biegiem czasu prawdopodobnie nie stanie się pomyślniejsza.

Rozbudowa gospodarcza Włoch w postaci robót publicznych, prowadzonych bardzo intensywnie w ostatnich latach, jest z natury rzeczy zjawiskiem przejściowym, nie może być traktowana jako moralne ujęcie dla nadmiaru ludności w państwie.

Pozostają kolonie. Przed rozpoczęciem wojny z Abisynją Italja posiadała w Afryce kolonie o obszarze 2.247.000 klm. z ludnością, wynoszącą 2.364.000 mieszkańców.

	Obszar w klm ²	Ludność 31.XII.1930 r.
Eritrea	119.000	510.000
Libja	1.638.000	825.000
Somalja	490.000	1.029.000
Razem	2.247.000	2.364.000

Zgodnie z danymi *Annuario Statistico Italiano* za 1934 r. ogólna liczba Włochów, osiadłych w wyżej wymienionych kolonjach, wynosiła 57.500 osób. Po wyłączeniu z tej liczby wojska i administracji cywilnej i związanych z prowadzeniem przez nie robotami dostawców i robotników, znaj-

dziemy, że w okresie lat pięćdziesięciu wyemigrowało z Włoch do posiadłości afrykańskich 5679 kolonistów z rodzinami (Trypolitania 5139, Cyrenaika 256, Somalja 200 i Eritrea 84). I nic w tem dziwnego. Dotychczasowe posiadłości włoskie w Afryce są to przeważnie pustynie lub pastwiska. Rolnictwo ma tam małe szanse rozwoju. W najlepszym razie przy wielkich nakładach obecne kolonie mogą wykarmić paręset tysięcy kolonistów.

Reasumując, stwierdzić należy, iż nie ulega wątpliwości, że ekspansja jest koniecznością dziejową Italji, o ile zgodnie z rozkazem Mussoliniego Włochy mają dojść do 60.000 000 ludności w połowie bieżącego stulecia, aby mieć możność rozmawiania al pari z największymi mocarstwami świata.

Trudno jednak nie postawić pytania czy wolno prowadzić wojnę zaborczą, już nawet nie w imię nieodzownej konieczności dnia dzisiejszego, ale dla tych milionów, które dopiero mamy zamiar powołać do życia w przyszłości? Jakież mogą być granice takiej ekspansji?

Szereg badaczy zagadnień ludnościowych widzi jedyne wyjście dla Włoch w przejściu od rozrodzności niekontrolowanej do rozrodzności świadomej. Proces ten jednak, o ile nawet nie byłby tak stanowczo zwalczany, jak jest dziś w Italji (ustawa z dn. 6. XI. 1926 r.) nie może przyjąć z dnia na dzień, jest z natury swej procesem bardzo wolnym i bardzo skomplikowanym, związanym najściślej z warunkami życia i sposobami myślenia ludności. Nie należy jednak zapominać, że proces ten, pomimo wszelkich zarządzeń, zmierzających do popierania jaknajszerszej liczby urodzeń, powoli posuwa się naprzód. Można nawet wypowiedzieć przypuszczenie, że właśnie zdobycze terytorjalne, przynosząc większy dobrobyt, wpłyną tem samem, wbrew zamiarom kierowników polityki włoskiej, na przyspieszenie spadku rozrodzności, jak to miało miejsce w innych państwach. Dziś, jak ktoś się słusznie wyraził, „z jednakową dozą prawdopodobieństwa można żądać od Włoch, żeby miały rozrodzność francuską, jak od Francji, żeby miała rozrodzność Japonji.“

Prawdopodobnie normalniejszą drogą do zapewnienia odpowiednich warunków bytowania dla obecnej ludności włoskiej byłaby szersza akcja na rzecz odbudowy międzynarodowej współpracy ekonomicznej, popieranie emigracji i zaniechanie wysiłków w kierunku wzmożenia rozrodzności za wszelką cenę, ponad swe istotne możliwości,

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— Komitet budowy pomnika Józefa Dietla przypomina Kolegom, do których rozesłał odezwę, że składki na budowę pomnika należy przysyłać na konto czeckowe Nr. 209.200 (pomnik Dr. Dietla). Komitet uprasza Kolegów, którzy dotychczas składki nie nadesłali, aby zechecieli to jaknajprędzej uczynić, ponieważ w najbliższym czasie Komitet ma zamiar ogłosić listę składek.

— W Lubelskiem Towarzystwie Lekarskiem został wybrany na rok 1936 Zarząd w składzie następującym: Prezes: Dr. Czerwiński Czesław, Vice-

Prezes: Dr. Klepacki Witold, Sekretarz: Dr. Kozłowski Zygmunt, Skarbnik: Dr. Garbaczewski Marcin, Bibliotekarz: Dr. Anasiewicz Jan.

— Kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-rino-laryngologii dla lekarzy od 12.VI do 25.VI.1936 r. w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. ul. Fredry 7, pod kierunkiem Prof. Dr. A. Laskiewicza, ze współudziałem: Doc. Dr. Skubiszewskiego (chirurgia), Dr. Warpechowskiego (ne-

ufologia) oraz asystentów Kliniki Oto - laryngologicznej U. P. Dr. I w a s z k i e w i c z a, Dr. Z a k r z e w s k i e g o, Dr. M a ł e c k i e g o i Dr. R a f i ń s k i e g o (anatomja). 12. VI. piątek. Godz. 9 — 11. Repetytorjum z anatomji i fizjologii nosa, jam bocznych i gardła. Prof. Laskiewicz. 11.30 — 13. Anatomja topograficzna nerwów czaszkowych, jako wstęp do znieczulenia przewodowego w oto-rino-laryngologii Tenże 15.30 — 17. Repetytorjum z patologji nosa, jam bocznych i gardła z uwzględnieniem terapii. Tenże. 17—18. Doc. Dr. Skubiszewski: Transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-rino-laryngologii. (Klinika Oto-laryngologiczna U. P.). 18—19.30 Prof. Dr. Laskiewicz: Znieczulanie miejscowe i przewodowe w ryнологji. 13.VI. sobota. Godzina 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczególnem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz (sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób uszu, nosa, gardła i krtani na przypadkach). Tenże. 15—16.30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: Znieczulanie przewodowe w ryнологji, operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asystentem lek. R. Rafińskim. Zakład Anatomji opisowej U. P. ul. Heliodora Święcickiego. 16.30—17.30. Doc. Dr. Skubiszewski: Schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowymi gardła i przetyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klin. Otolar. U. P. 17.30 — 19. Dr. Iwaszkiewicz: Powikłania oczne i oczodolowe w ostrych i przewlekłych, ropnych zapaleniach jam bocznych nosa. 15.VI. p o n i e d z i a ł e k. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach.). Tenże. 15.30 — 17.30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: Operacje doszczętna jam bocznych nosa, operacja transmaxillonasalna Moura. Tenże wspólnie z asyst. lek. Rafińskim. (Zakł. Anat. Opis. U. P.). 17.30—19. Prof. Dr. Laskiewicz: Zasady endoskopji górnych i dolnych dróg oddechowych. 16.VI. w t o r e k. Godzina 8.30—11.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 11.30 — Badanie chorych przychodnich. (Diagnostyka i terapia szczegółowa chorób uszu, gardła, nosa i krtani na przypadkach). Tenże. 16 — 18.30. Repetytorjum z anatomji i fizjologii narządu słuchowego i statycznego. Prof. Dr. Laskiewicz. 17. VI. ś r o d a. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (Diagnostyka i terapia szczegółowa chorób gardła, krtani i uszu na przypadkach.) Tenże. 15.30 — 16.30. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: Znieczulanie miejscowe w otjatrji, antrotomja i operacja doszczętna. Tenże wspólnie z asystentem lek. Rafińskim. Zakład Anat. Opis U. P. 16.30 — 18.30. Repetytorjum z anatomji i fizjologii krtani, badanie krtani stroboskopem. Prof. Dr. Laskiewicz. 18.30 — 20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z Dr. Zakrzewskim. 18.VI. c z w a r t e k. Godz. 9—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: mukotomja, eperotomja, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekłucie próbne jamy szczękowej, endonasalne otwarcie jam bocznych nosa. Prof. Dr. Laskiewicz. 11.30—12.30. Wizyty na salach chorych. omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. Tenże. 15.30—17. Diatermja, elektrokoagulacja i fototerapia w praktyce oto-rino-laryngologicznej. Prof. Dr. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim. 17 — 18.30. Dr. Iwaszkiewicz: Zespół toksyczno-uszno-jelitowy u dzieci. 18.30 — 19.30. Prof. Dr. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim. Rentgeno-diagnostyka schorzeń jam bocznych nosa, i ucha. 19. VI. p i a t e k. Godz. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz (Sala operacyj-

na). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach.). Tenże. 13 — 16. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: Operacje błędnikowe, odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Tenże wspólnie z asyst. lek. Rafińskim. Zakład Anatomji Opis U. P. 16.30—18. Badanie narządu statycznego. Prof. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim. 18—19.30. Dr. Warpechowski. Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i mózdzku (w szczególności w wiązku z nerwem VIII), ze stanowiska ryнологji. 20.VI. s o b o t a. 8.30 — 10.30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badania chorych przychodnich (Diagnostyka i terapia szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. 15 — 17. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: Trecheotomja, laryngofissura, oesophagotomja externa. Tenże wspólnie z asyst. lek. Rafińskim. Zakład Anat. Opis U. P. 17 — 18. Doc. Dr. Skubiszewski: Schorzenia tarczycy ze szczególnem uwzględnieniem zmian chorobowych występujących w związku z niemi w krtani i tchawicy. Klinika oto-laryngologiczna U. P. 18.30—19.30. Pokaz filmu badania narządu statycznego. 22.VI. p o n i e d z i a ł e k. 8—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: adenotomja, tonsillektomja modo Sluder i Portmann. Prof. Dr. Laskiewicz. 11 — 12.30. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapia szczegółowa chorób, nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. Godz. 13.30—17.30. Tracheobronchoskopja. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach. Prof. Dr. Laskiewicz. Klinika. 17.30 — 19. Endoskopja gardła dolnego i przetyku z ćwiczeniami na psach. Tenże. 19—20. Nowotwory krtani i sposoby ich leczenia. Tenże. 23.VI. w t o r e k. 8.30—10.30. Pokazy operacyjne ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. (Sala operacyjna). 10.30 — 13. Badanie chorych przychodnich z uwzględnieniem terapii zmian specyficznych krtani (tbc, lues) na przypadkach. Tenże. 15.30—17.30. Tracheo-broncho-oesofagoskopja z ćwiczeniami na psach. Tenże. 17.30 — 19. Dr. Warpechowski: Diagnostyka i terapia zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego. Klinika otolaryngol. U. P. 24. VI. ś r o d a. 9 — 11.30. Zabiegi operacyjne mniejsze: gardło, krtani ze szczególnem uwzględnieniem leczenia zwężeń krtani. 11.30 — 13. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. 15.30—17. Dr. Łączkowska: Klasyfikacja wad mowy i głosu. 17—18.30. Dr. Małcki: Leczenie wzięwaniami chorób górnych dróg oddechowych. 18.30 — 19.30. Prof. Laskiewicz: Stany posocznice pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych. 25.VI. c z w a r t e k. 9.30—10.30. Dr. Małcki: Problem alergji i anafilaksji w oto-laryngol. 10.30 — 11.30. Dr. Zakrzewski: O leczeniu ozmy. Z a m k n i ę c i e k u r s u. Oplata za kurs wynosi 80.— zł., którą wraz ze zgłoszeniem uprasza się przesłać na ręce prof. Laskiewicza, Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją, kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

— Dnia 25 lipca do 1 sierpnia 1936 r. odbędzie się w Londynie II Międzynarodowy Zjazd Mikrobiologów. Zjazd przewiduje następujące Sekcje: 1. Biologia ogólna drobnoustrojów. 2. Virusy i choroby przez nie wywoływane. 3. Bakterje i grzyby jako przyczyna chorób zakaźnych człowieka, zwierząt i roślin. 4. Bakterjologia gleby i mleka i mikrobiologia przemysłowa. 5. Parazytologia lekarska, weterynaryjna i rolnicza. 6. Serologia i chemja odpornościowa. 7. Chemja drobnoustrojów. 8. Uodparnianie i kontrola chorób ludzkich i zwierzęcych. Bliższych wiadomości udziela Dział Bakterjologii Państwowego Zakładu Higjenu w Warszawie, Chocimska 24, i Sekretariat w Londynie, dokąd należy skiero-

wać zgłoszenia, adres: Preventive Medicine Chelsea Bridge Road, London SW 1. Hon. Sekretary Dr. R. St. John Brooks”.

— Komitet Organizacyjny Komisji Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów do badań nad beztlenowcami w składzie J. Celarka, L. Hirsztelda, A. Ławrynowicza, L. Owczarewicz, S. Saskiego, Z. Szymanowskiego zwraca się do lekarzy kandydatów na terenie Kzeczypospólnej, zwłaszcza do chirurgów i ginekologów, z prośbą o przesłanie do badania bakteriologicznego materiału, pochodzącego z przypadków zgazowania. Zbadanie tego materiału posiada duże znaczenie praktyczne ze względu na konieczność zorientowania się w etjologii zgorzeli gazowej na ziemiach polskich i sporządzania surowic leczniczych. Wykonywania tych badań podjęty się następujące pracownie: 1) Centrum Wyszkożenia Sanitarnego, Pracownia Bakteriologiczna. Warszawa — Górnośląska Nr. 45 — Płk. Dr. Leon Owczarewicz. 2) Państwowy Zakład Higieny — Dział produkcji surowic i szczepionek — Warszawa, Chocimska Nr. 24, Dr. J. Celarek, 3) Miejski Instytut Higieny m. st. Warszawy. Nowogrodzka Nr. 82 — Dr. A. Ławrynowicz.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 16 „Warsz. Czasop. Lek.” na str. 283 w szpalcie lewej, wierszu 9 od dołu w streszczeniu wygotowanego w Tow. Lek. Warsz. odczytu D-ra J. Offenberga o „Cardio-spasmus”, zamiast: „spowodowanego brakiem odruchu” — powinno być: „z brakiem odruchu”.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

5.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Modrakowski J. członek. T-wa. Podstawy teoretyczne stosowania wzięwania dwutlenku węgla. 2. Szerzyński Br. członek T-wa. Stosowanie wzięwania dwutlenku węgla w chirurgji. Aparatura. 3. Roguski J. członek T-wa. Stosowanie dwutlenku węgla w postaci karbogenu w medycynie wewnętrznej. 4. Perl J. Stosowanie dwutlenku węgla w położnictwie.

5.V. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Uroczysta akademya ku czci Prof. Zygmunta Freuda.

1) G. Bychowski: Zygmunt Freud: życie i dzieło. 2) J. Frostig: Człowiek i świat w świetle nauki Freuda.

6.V. Polskie Towarzystwo Psychjatryczne. Oddział Warszawski.

1) M. Bornsztajn: Historia rozwoju psychoanalizy i jej stan współczesny (w 80-tą rocznicę urodzin Zygmunta Freuda). 2) G. Bychowski: Analiza przypadku homoseksualizmu wyleczonego psychoanalizą.

11.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

1) J. Walański. Twórczość Pawłowa w dziedzinie fizjologii trawienia. 2) J. Konorski. Moje wspomnienia o Pawłowie. 3) B. Fejginówna. Prace naukowe Niccollea.

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

W. Odrzywołski. Ministerstwo Zdrowia a sprawy zawodowe lekarskie.

Résumé des articles originaux.

G. BYCHOWSKI. La fond et les applications thérapeutiques de la psychanalyse.

Le manque des notions précises sur le mode d'action de la thérapie psychanalytique chez la plupart des médecins a décidé l'auteur à l'exposé suivant. Après avoir résumé brièvement l'évolution de la psychanalyse dans la période du début qui a fini par remplacer la théorie de grands traumatismes psychiques par celle du „calcul différentiel” de petites perceptions traumatisantes, l'auteur considère les modifications de la technique correspondantes. Il indique l'importance des phénomènes du transfert et de la résistance qui constituent les objets

essentiels de la psychanalyse en tant que traitement médical. Il considère les sources de la connaissance analytique et les instruments dont se sert le médecin: le transfert et les interprétations. Il met en vue les mécanismes essentiels de l'action thérapeutique qui sont: le katharsis successif et continu à petites explosions, la mise en lumière de la conscience des tendances réfoquées et la chance qu'on donne au patient de revivre ses conflits dans l'analyse des phénomènes du transfert et de la résistance. Enfin l'auteur indique les applications principales de la médication psychanalytique.

TREŚĆ: M. BORNSZTAJN. Historia rozwoju psychoanalizy i jej stan współczesny. — G. BYCHOWSKI. Istota i możliwości lecznicze psychoanalizy. — W. GEYSMER-JAROSZEWICZ. O obecności prątków Kocha we krwi, w moczu, w płwocinie i płynie mózgowo-rdzeniowym u osób bez objawów czynnej sprawy gruźliczej. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORNSZTAJN. Le développement de la psychanalyse et son état contemporain. — G. BYCHOWSKI. La fond et les applications thérapeutiques de la psychanalyse. — W. GEYSMER-JAROSZEWICZ. Bacilles de Koch dans le sang, l'urine et le liquide céphalo-rachidien chez les individus sans symptômes de tuberculose active. (Rev. gén.). — St. ADAMOWICZ. Les problèmes de la population d'Italie et de la Grande Bretagne.

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.—