

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIII

WARSZAWA, 14 MAJA 1936 R.

Nr. 18.

## PRACE ORYGINALNE

### R o z p r a w y

#### Historja rozwoju psychoanalizy i jej stan współczesny.

(w 80-ą rocznicę urodzin Zygmunta F r e u d a).

Podał

Dr. med. Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 17).

Wszystko to, co powiedziane było dotąd, stanowi plon pracy F r e u d a w ciągu pierwszych lat kilkunastu, pracy olbrzymiej, pracy konstruktywnej, nawskroś oryginalnej, dokonanej na materiale patologicznym, pracy, która ustala fakty empiryczne, dotyczące genezy nerwic i ich leczenia. Dodac muszę w nawiasie, że F r e u d, mimo oryginalności swych koncepcyj, które człowieka mniej krytycznego mogłyby łatwo zupełnie oszłomić i zamknąć mu oczy na wszystko, co nie jest jego teorią, uznaje w powstawaniu nerwic i szereg innych przyczyn, jak odziedziczoną skłonność z jednej strony i przypadkowy uraz życiowy z drugiej, i łączy je wszystkie razem w jeden t. zw. szereg, uzupełniający się wzajem. Wielką, nieśmiertelną jego zasługą pozostanie zwrócenie uwagi i podkreślenie ważności takiego czynnika, który przedtem był całkowicie nieznan, t. j. na seksualność dziecięcą i na anomalje jej rozwoju. Temu poświęcił, jak powiadam, kilkanaście lat pracy twórczej, i sprawy seksualne musiały z konieczności wysunąć się na plan pierwszy. I dlatego, że to było tak nowe i nieznanne, że konserwatyzm pojęć ludzkich doznał jak to zwykle bywa, silnego urazu, że F r e u d zatargał wnętrzem ludzkiej psychiki, budząc ją z uspienia, poleciał w świat i znalazło taki ogólny poklask skrzydlate słówko „panseksualizm”. Już wtedy, jak powiadam, można było łatwo wykryć irracjonalne motywy tego protestu, albowiem głębsze wniknięcie w istotę sprawy wykazałoby dowodnie, że przecież chodzi tu nie tylko o popędy seksualne, ale właśnie o przeciwstawianie się tym n i e ś w i a d o m y m — nieświadomym, podkreślam — popędom innych popędów — popędów jaźni, które starają się odeprzeć, zwalczyć tamte. Więc oprócz seksualnych popędów są jeszcze inne, równie ważne, dotyczące ostanienia się człowieka w życiu, popędy samozachowawcze, i na tej walce zwyczajnej w normie, a nieudanej w nerwicy wszystko się opiera. Taka była pierwotna koncepcja F r e u d a. Zobaczymy później, że F r e u d w ciągu ostatnich lat kilkunastu zmieniał poglądy na owe siły zwalczające, ale to nie zmienia istoty sprawy, lecz, przeciwnie, uzupełnia ją i potwierdza. W tych pierwszych okresach swej działalności postarał się nawet F r e u d o szersze, teoretyczne ujęcie tej antynomji w psychice ludzkiej, ustalając w swej pracy z roku

1911, t. j. lat 25 temu, noszącej tytuł „Formulierungen zu zwei Prinzipien des psychischen Geschehen“ dwie zasady naczelną, rządzące życiem psychicznym człowieka: zasada rokoszy („Lustprinzip“) i zasada realności („Realitätsprinzip“). Pierwsza jest wyrazem nieświadomych dążeń *per fas et nefas*, bez oglądania się na kogokolwiek lub na cośkolwiek, do nasycenia popędowego i odpowiada właśnie okresowi dzieciństwa, druga — jest wyrazem nakazów, zakazów, hamulców, które nakłada na nie życie. Jeżeli w dzieciństwie udało się te dwie zasady ze sobą uzgodnić, jeżeli zdołało się w dostatecznej mierze stłumić nieprzeparate pragnienia seksualne i podporządkować je zasadzie realności, reprezentowanej przez wychowanie, wyrasta człowiek psychicznie do życia przystosowany, którego popędy doznały dobrotliwego zwękslenia na tory czułości, przywiązania, przyjaźni i dzięki czemu jest on w możności część swej *libido* spożytkować w sposób normalny pod względem seksualnym, zaś część deseksualizować i przerzucać na płaszczyzny wyższej kategorii, t. j. na pracę twórczą w jakimkolwiek kierunku.

Ale nie tylko te sprawy, dotyczące genezy nerwic i ich leczenia — a o technice psychoanalizy, również przez F r e u d a samego opracowanej, będziemy jeszcze mówili — zajmowały Go w ciągu pierwszych lat kilkunastu. W międzyczasie, bo już w r. 1900 ukazuje się wielkie 500-stronicowe dzieło F r e u d a „Die Traumdeutung“, imponujące, oczywiście, nie tyle rozmiarami, ile wielkością swej treści, dzieło znów nawskroś rewolucyjne. Znów drogą ścisłej empirji na podstawie badania przedewszystkiem własnych snów, a później snów innych, zdrowych i chorych doszedł do wniosków rewelacyjnych. Marzenie sennie to akt psychiczny, a nie, jak myślnie, dawniej (F r e u d nb. przestudjował wszystko, cokolwiek przed nim było w tej materji napisane) akt cielesny, coś w rodzaju drgawki pograżonej we śnie psychiki. Jest to akt psychiczny, który należy badać tak samo, jak bada się objawy nerwicowe, t. j. uważać je za wyraz kompromisu jakiegoś w toczącej się podczas snu walce. I, zagłębiając się coraz bardziej w ten problemat, ustalił z całą odwagą i z całą precyzją, że marzenie sennie, z jakim się budzimy, to jest tylko zewnętrzna powłoka, zpoza której wydobyć trzeba istotę rzeczy, że ta jawna treść snu, najczęściej dziwna, dziwaczna, groteskowa, śmieszna, stała się taka dzięki specjalnym mechanizmom, dla marzenia sennego swoistym, które przekształciły dla niepoznaki istotną treść snu, ukrytą w głębi nieświadomości. A mechanizmy te są czynne z nakazu instancji, stanowiącej analogję do świadomości w stanie jawy, instancji, zwanej cenzurą, która, działając w obrębie pod-

świadomości, nie dopuszcza istotnej treści snu, często przykrej, zawierającej pożądaną dziecięcę, hołdującą zasadzie rokoszy. Więc ta istotna treść snu musi ulec przekształceniu, a raczej zniekształceniu i w tej postaci może być dopiero dopuszczona przed oblicze świadomości. Mechanizmy te polegają na przesuwaniu, zgęszczaniu jednych osób i miejsc z drugimi, na dramatyzowaniu i wtórnej obróbce całego materiału i na stosowaniu stałych symbolów, które są wyrazem pierwotnego, archaicznego myślenia, jakie napotykaemy w mitach, legendach, sagach wszystkich narodowości pod każdym stopniem geograficznym. Jakże od tej jawnej, tak zniekształconej treści snu dojść do tego, co się pod nią kryje? Tą samą drogą — odpowiada Freud — jak dochodzi się do znaczenia i pochodzenia jakiegoś lęku lub natręctwa, t. j. przez wolne kojarzenia samego śniącego, które z konieczności, przez immanentny determinizm przejawów psychicznych, muszą iść w kierunku pożądanym drogą zwykłej regresji od faktów, bezpośrednio przed snem przeżytych, wstecz ku coraz dawniejszym przeżyciom, ku dzieciństwu, ku nieświadomym tendencjom. Badający musi tylko baczyć pilnie na to, ażeby usuwać w porę i umiejętnie opory, które są wyrazem dawnych tłumień. I po żmudnej pracy obustronnej otrzymuje się w rezultacie wytłomaczenie snu, które zawsze odkrywa na dnie utajone jakieś pragnienia, niekoniecznie, zresztą, charakteru seksualnego, ale zawsze takie, które były dla świadomości w swej nagiej postaci zbyt przykre, ażeby mogły ujawnić się bez udziału mechanizmów sennych. Tylko dzieci małe, u których zasada realności nie odgrywa jeszcze roli tej, co później, mogą śnić zwyczajnie, t. j. realizować swe pragnienia wprost, bez ogródek, t. j. marzyć we śnie, że już mają zabawkę, której sobie życzą, lub jadą na wycieczkę, którą im obiecano. Pragnienia nieziszczone dorosłych ludzi ujawniają się we śnie w postaci zakapturzonej, i trzeba je dobrać drogą analizy odcyfrowywać. Marzenie senne nie jest więc niczem innym, jak zniekształconem przez mechanizmy senne, stłumionem życzeniem. Nie mogę wdawać się tutaj w bliższe szczegóły, wymagałoby to specjalnego opracowania, chcę tylko zwrócić uwagę na znaczenie, jakie miało to nowe odkrycie Freuda, i to z kilku względów. Po pierwsze, samo ustalenie faktu, dotyczącego istoty marzenia sennego, zbogaciło naukę, która dotąd wcale prawie tym problematem się nie zajmowała; po drugie — na samą psychoanalizę leczniczą nauka o marzeniu sennem miała wpływ ogromny, albowiem dzięki analizie marzeń sennych osiągnęła doskonały dostęp do nieświadomych pokładów psychiki pacjenta, odkryto, według wyrażenia samego Freuda, królewską drogę do tego pełnego tajemnic uroczyska, jakim jest nieświadomość. Po trzecie, jeżeli chodzi o stronę teoretyczną psychoanalizy, to „Traumdeutung“ stanowi pierwszy, a jakże ważny etap na drodze do nadbudowy teoretycznej, do stworzenia nowej psychologii, psychologii głębi (Tiefenpsychologie), zwanej inaczej metapsychologią. (Ten ostatni termin rozumieć należy nie w sensie jakiegóż metafizyczności, nadprzyrodzoności, ale właśnie w tym sensie, że psychologia ta dotyczy spraw psychicznych, odbywających się poza (meta) progiem świadomości). Nauka o marzeniach sennych rozwarła psychoanalizie wrota w świat szeroki, w świat psychiki ludzkiej wogóle, nie tylko patologicznej, ale i zdrowej. Okazało się wkrótce później, bo już w roku 1904, kiedy Freud ogłosił drugą książkę p. n. „Die Psychologie des Alltagslebens“, że nie tylko we śnie, ale i na jawie ujawniają się w nas

czynniki nieświadome, niedotłumione, pragnienia, niedotłumione uczucia miłości lub nienawiści, i przez to pełniamy szereg błędów w słowie lub piśmie, zapominamy o pewnych rzeczach, i dzieje się to wcale nieprzypadkowo, ale zdeterminowane jest przez nasze nieświadome. O znaczeniu marzeń sennych, rozumianych psychoanalitycznie, dla psychiatrii będziemy jeszcze dziś mówili. A teraz powiemy słów kilka o technice psychoanalitycznej. Będzie to nam potrzebne dla lepszego zrozumienia dalszej ewolucji teorii psychoanalitycznej.

Seans psychoanalityczny dla obserwatora postronnego, gdyby taki był do pomyślenia, przedstawiałby się dość dziwnie. Nic właściwie się nie dzieje; chory, leżąc, mówi albo milczy, a obok lub u jego wezgiłowia siedzi lekarz, przeważnie słucha, od czasu do czasu wtrąca słów parę. Na początku analizy chory mówi przeważnie sporo, opowiada całą historję swego życia, wydaje mu się, że mówi wszystko, że jest tak szczerzy, jak nigdy dotąd w życiu. Ale po pewnym czasie, coś się psuje: chory przestaje opowiadać, twierdzi, że nie ma nic do powiedzenia, zdradza zniecierpliwienie, zaczyna wątpić o skuteczności kuracji; marzenia senna, które przedtem były codziennie, jakoś się zahamowały. Coś się stało. Ale co? Mamy do czynienia ze zjawiskiem oporu, z którego chory sam nie zdaje sobie sprawy, twierdząc, że chętnieby coś powiedział, ale nie wie, co powiedzieć, a sen dziś i wczoraj ulotnił mu się z pamięci. Psychoanalityk wtedy ingeruje, powinien szukać przyczyn tego oporu, który ma zazwyczaj trojake źródło: albo materiał psychiczny, który miał się ujawnić, był dotychczas przykry dla świadomości, tak stłumiony, że nie znajduje dostępu do świadomości nawet w tej zakapturzonej postaci, jaką jest marzenie senne; albo opór płynie z samej jaźni chorego, która również nieświadomie przeciwstawia się leczeniu; albo wreszcie, zaszedł fakt swoisty dla psychoanalizy, fakt, polegający na t. zw. p r z e n i e s i e n i u, fakt najważniejszy w toku psychoanalizy, który należy rozpoznać i usunąć. A rozpoznać go można przez pilną obserwację zachowania się chorego, każdego najdrobniejszego szczegółu w mowie, w ruchach, w postępowaniu, albo przez analizę marzeń sennych, jeżeli się mimo oporu zjawiają i zawierają w sobie pierwiastki tego fenomenu psychicznego. Polega on na tem, że uczucia, afekty, odnoszące się do przeszłości, do dzieciństwa, związane z najbliższym otoczeniem, a przykre dla świadomości, zamiast się ujawnić, przeżywane są przez chorego aktualnie, ale w oderwaniu od obiektów, do których się odnoszą w istocie, przenieszone są natomiast nieświadomie na osobę lekarza i jego otoczenie. Trzeba to, jak powiadam, za każdym razem (a może się wielokrotnie powtarzać) rozpoznać, wyczuć i wszelkie afekty ponad miarę dodatnie (pozorne zakochanie się w lekarzu), albo ponad miarę ujemne (zgryźliwość, złość, często nawet wybuchy gniewu) uświadomić choremu co do ich prawdziwego pochodzenia. Wtedy następuje uspokojenie, i rozpoczyna się nanowu reprodukcja pamięciowa faktów i stosunków i właściwe ich odreagowywanie. Tworzy się, słowem, wskutek tego afektywnego przeniesienia, jakby nowa aktualna nerwica, której rozwiązanie równa się rozwiązaniu konfliktów dawnych. Jest to zjawisko psychiczne jedyne w swoim rodzaju, które w każdej psychoanalizie musi wystąpić, a niezdemaskowanie go *in flagranti* równa się zaprzepaszczeniu całego leczenia. Jest to często rzecz trudna i wymaga wielkiej czujności psychicznej, którą zdobywa się w ciągu lat praktyki psychoanalitycznej, a psychoanaliza bez wykrywania i usuwania przeniesienia afektywnego nie zasługuje na to miano.

Słowem, reasumując wszystko to, cośmy powiedzieli dotąd o psychoanalizie, stworzonej przez *Freuda* i kontynuowanej w Jego duchu przez Jego uczniów, stwierdzamy, że to tylko, co opiera się teoretycznie na fakcie tłumienia i na istnieniu seksualności dziecięcej, a w praktyce — celectniczej uwzględnia i ocenia należycie fakt przeniesienia, zasługuje na miano psychoanalizy. Wszystko inne nią nie jest. A więc nie jest nią metoda dawnego ucznia *Freuda*, *Alfreda Adлера*, który zapoznaje zupełnie znaczenie seksualności dziecięcej i sprowadza wszystko do dążenia człowieka do władzy i do tendencji kompensowania swej niedowartości konstytucjonalnej. Nie jest psychoanalizą również metoda jednego z pierwszych uczniów mistrza i bardzo zasłużonego w pierwszych jej okresach, *C. G. Junga*, którego pojęcia o *libido* rozpluwają się w kompletnej abstrakcji, a już najmniej zasługuje na miano psychoanalizy to, co wyczynia również jeden z pierwszych uczniów *Freuda*, *Wilhelm Steckel*, który w stopniu najwyższym zubożył, pomniejszył i zbanalizował zarówno teorię, jak i praktykę psychoanalizy.

Alé idźmy dalej drogą, którą szła teoria psychoanalityczna aż do czasów dzisiejszych. Kiedy uporał się ze sprawami zasadniczymi, podstawowymi, które zrealizowaliśmy przed chwilą, i które dotąd całkowicie pozostają w swej mocy, przetrzucił się *Freud* do badań nad popędami wogóle, a w szczególności nad popędami jaźni („*Ich-Triebe*“), które postanowił poddać rewizji, i nad jaźnią samą, która, w miarę doświadczeń dalszych i rozmyślań, wydała mu się bardziej w strukturze swej skomplikowana, niż pierwotnie przypuszczał. I rozpoczął się drugi okres nauki psychoanalitycznej, zapoczątkowany, jak wszędzie i zawsze, przez samego twórcę, okres w którym przedmiotem badania w procesie tłumienia jest już nie to, co jest tłumione, ale te siły, które to tłumienie powodują. Podczas pierwszego okresu, kiedy głównym przedmiotem zainteresowania były psychonerwice (histerja, nerwica lękowa, nerwica natręctwa), popędem seksualnym przeciwstawiano, jako siłę tłumiącą, popędy jaźni, popędy samozachowawcze. Ponieważ główny nacisk musiał wtedy z konieczności spoczywać na pierwszych, (stąd właśnie bierze źródło swe zarzut panseksualizmu), drugie były na dalszym planie, tembardziej, że ta antyteza, popędy seksualne — popędy samozachowawcze, całkowicie wystarczała narazie do zrozumienia i wyjaśnienia psychonerwic, w których, jak wskazywało zjawisko przeniesienia, główną rolę grała *libido*, przenosząca się na objekty zewnętrzne lub na ich zastępstwo w postaci obiektów, z fantazji wysnutych. Kiedy *Freud* podjął próbę zastosowania tej swojej teorii *libido* na inne, już nie nerwicowe postaci chorobowe, jak schizofrenja np., okazało się, że takie ujęcie popędów nie wystarcza. A nie wystarcza dlatego, że, jak się ujawniło, chorzy dotknięci schizofrenją, niezdołni są do przenoszenia swej *libido* na objekty zewnętrzne, że, przeciwnie, zainteresowanie światem zewnętrznym, swoim własnym „ja“, wzrasta u nich kosztem zainteresowania światem zewnętrznym. Innymi słowy, *libido* odciągnięta odzewnątrz, wchłaniana jest przez własne „ja“, a raczej wraca do pierwotnego swego źródła, albowiem istniał przecież taki okres w najwcześniejszym dzieciństwie, kiedy między „ja“ i światem zewnętrznym nie było żadnej różnicy, kiedy *libido* całkowicie tę „jaźń“ dziecięcą wypełniała. Ten stan nazywa się n a r c y z -

m e m p i e r w o t n y m, który właściwie nigdy całkowicie nie ginie, zmniejsza się tylko znakomicie w miarę rozwoju dziecka, w miarę wzrostu zainteresowania światem zewnętrznym, słowem, w miarę tego, jak ubożeje *libido* jaźni na korzyść *libido* obiektów. Jeżeli tak jest, a że jest tak w istocie wskazują właśnie stany schizofreniczne, gdzie *libido* obiektów odbywa powrotną drogę do swego źródła, do jaźni, skąd była wyszła, więc niema dobrej racji przeciwstawiać jednego rodzaju drugiemu, albowiem oba rodzaje są właściwie jednego pochodzenia. I to „wprowadzenie narcyzmu wtórnego“ zachwiało pierwotną antytezą popędu seksualnego i popędu jaźni“, a na jej miejsce powstała hipoteza, że proces tłumienia odbywa się wewnątrz *libido* samej; *libido* narcystyczna staje naprzeciw *libido* obiektów i jedna nieustannie przechodzi w drugą: to jedna przeważy, to druga. Hipoteza ta obejmowała sobą zjawiska nietylko psychonerwice, ale i psychotyczne i mieściła się w ramach dawnej hipotezy istnienia dwu zasad, kierujących życiem psychicznym: zasady rozkoszy i zasady realności. Ale już w r. 1920, t. j. zaledwie w 6 lat po wprowadzeniu pojęcia narcyzmu, ukazała się nowa praca *Freuda* p. t. „*Jenseits des Lustprinzips*“, praca, oparta na rozważaniach biologicznych co do istoty popędów wogóle, praca, wprowadzająca nową zasadę t. zw. „mus powtarzania“ (*Wiederholungszwang*), która staje w sprzeczności z zasadą rozkoszy, a w każdym razie podważa jej uniwersalność, jeżeli chodzi o procesy psychiczne nieświadome. Ogólna cecha charakterystyczna popędów to dążność do przywrócenia dawnego stanu, który był punktem wyjścia, dążność konserwatywna, każdemu popędowi właściwa, którą zaobserwować można i u zwierząt niższych, i którą wiążemy zazwyczaj z t. zw. instynktami, jak np. rzucanie ikry u ryb, wędrówki ptaków i t. p. U człowieka prosta obserwacja niektórych typów ludzkich, nawet poza analizą, uczy, że mają oni specjalną nieświadomą tendencję do powtarzania wielokrotnego w życiu swem sytuacji, z których za każdym razem wychodzą, jako pokrzywdzeni. Jest to właśnie ten nieświadomy „mus powtarzania“ ciągle tego samego w rozmaitych odmianach w tym celu utajonym, ażeby nasycić swą nieświadomą potrzebę cierpienia. Mówi się o takich ludziach zwykle, że „los ich prześladowa“, a tymczasem mają oni w sobie ów rys demoniczny, nakazujący nieustanne cierpienie, popęd do samoudreki. Jeżeli tak jest, a z ogólnych rozważań o istocie popędów wynika, że dążą one właśnie do przywrócenia stanu wyjściowego, to należy wyprowadzić wniosek, że życie, które kiedyś, w zamierzchłej przeszłości świata powstało z życia nieorganicznego, musi zawierać w sobie jednocześnie resztki powstałego z nim jednocześnie popędu do przywrócenia stanu, poprzedzającego życie, t. j. popędu śmierci, popędu destrukcji. Bliższe wejrzenie w istotę i pochodzenie popędów agresywnych, sadyzmu i mazochizmu, potwierdzają, według *Freuda*, tę hipotezę. Jest prawdopodobnym, że sadyzm przymieszka każdego popędu seksualnego, a czasami usamodzielniająca się jako perwersja, wyrósł z mazochizmu, t. j. z agresji, skierowanej ku sobie samemu. A więc pierwotnym popędem jest destrukcja, popęd samozniszczenia, od którego ratuje się człowiek przez agresję, skierowaną nazewnątrz. W warunkach normalnych optymalne pomieszczenie popędu seksualnego, t. j. Erosu z popędem destrukcyjnym, pomniejsza tę agresywność i wchłania ją tylko, jako przymieszkę; w warunkach patologicznych, następuje rozbięcie tego optymalnego zespolenia, i na-

stępuje bądź samoudręka, bądź agresja nazewnątrz. I przychodzi F r e u d do wniosku ostatecznego, że istnieją dwie pierwotne przeciwstawności w jaźni ludzkiej: dążność do destrukcji, do samozniszczenia, do śmierci i dążność do miłości: między temi dwoma dążeniami, w rozmaitych proporcjach zmieszaniemi, płynie życie ludzkie.

A więc para przeciwstawna nieświadomych dążeń: miłości i nienawiści (Eros i popęd śmierci) zastąpiła w drugiej połowie twórczości teoretycznej F r e u d a pierwszą parę: głód i miłość (popęd samozachowawczy i seksualny).

Nie będziemy się dłużej nad tem zastanawiali, zawiodłoby to nas zbyt daleko. Zaznaczę tylko, że te spekulatywne, oparte, zresztą, na rzeczowych biologicznych przesłankach, rozważania F r e u d a spotkały się z krytyką sporej liczby psychoanalityków, do których sam zgłaszam swój akces. Ale nie tu miejsce, ani czas szerzej się nad tem rozwozić. Dowodzą te rozważania w każdym razie wielkiej głębi, pomysłowości i dążności do coraz szerszych uogólnień. Miały one, zresztą, tę przedewszystkiem stronę dodatnią, że posłużyły F r e u d o w i do dalszej pracy nad pogłębieniem pojęcia jaźni, czemu poświęca pracę swoją p. t. „Das Ich u. das Es”. w r. 1923, gdzie, po poprzednim odchyleniu się ku biologji i ogólniejszym koncepcjom, wraca znów na teren czystej psychoanalizy na teren syntezy, bliższy mającej związek z faktami, zdobytemi empirycznie przez obserwację psychoanalityczną. Jest to praca z drugiego okresu twórczości F r e u d a najbardziej podstawowa.

Faktem, empirycznie zdobytym, faktem niezaprzeczalnym jest występowanie podczas psychoanalizy w pewnych momentach, mianowicie, wtedy, kiedy skojarzenia zbliżają się do materiału stłumionego, zjawiska zahamowania, zjawiska oporu. Ale faktem jest również pewnym, że chory nic o tem nie wie, a gdyby się domyślał nawet istnienia czegoś podobnego z powodu uczuć przykrych, jakich przy tem doznaje, to nie potrafiłby go nazwać. A że opór ten, jak wiemy dobrze, płynie właśnie z jaźni, więc przyjąć musimy, że natknęliśmy się na coś nowego, z czem dotąd nie mieliśmy do czynienia. Słyszeliśmy dotąd, że to, co jest stłumione, jest nieświadome, oswoiliśmy się właśnie z dynamicznem pochodzeniem wszystkiego tego, co nazywamy nieświadomem. A tu mamy nowe zjawisko: natknęliśmy się na nieświadomość w samej instancji tłumiącej, w samej jaźni. Musimy więc zrewidować pojęcie nieświadomości i orzec, że to, co jest stłumione, jest napewno nieświadome, ale nie wszystko, co jest nieświadome, jest jednocześnie stłumione, albowiem sama instancja tłumiąca, sama jaźń zawiera w sobie pierwiastek nieświadomości. Więc to nieświadome — das Unbewusste — nie jest jakąś organizacją odrębną, jak się F r e u d o w i zdawało napoczątku, organizacją, którą można było — soit disant — zlokalizować jedynie w głębi życia psychicznego, albowiem dalsze doświadczenie pouczyło nas, że znajdujemy je nie tylko w głębi psychiki, ale i na jej szczytach, a jeżeli tak, to musimy uznać, że to, co nazywamy nieświadomością, jest czemś jakościowem, i ta jakość może być napotkana na rozmaitych piętrach budowy psychicznej. Skąd się ta jakość wzięła na najniższej kondygnacji, wiemy już: wskutek tłumienia. Ale skąd się wzięła na najwyższym etapie, w jaźni samej — jeszcze nie rozumiemy. Za chwilę się to wyjaśni. Ale przedtem z powodu tego nowego faktu trzeba było zmienić nieco nomenklaturę: stłumione popędy seksualne, to nasze dziecięctwo psychiczne, nie może już przyswajając

sobie na własność wyłączną nazwy nieświadomego, albowiem cecha nieświadomości przysługuje również i części naszej jaźni. Wtedy F r e u d zdecydował się określić wszystko to, co podlega procesowi tłumienia, przez nazwę nijaką, nieosobową, przez „ono” (niem. Es.). Odróżniamy więc teraz w tej zorganizowanej konstrukcji, w tym naszym aparacie psychicznym, dwie zasadnicze kondygnacje: „jaźń” i „ono”, „Das Ich u. das Es”, nazwy, nie przesądzające, czy i w pierwszej niema pierwiastku nieświadomości. Wiemy już, że jest. Skądże się tam wzięła? Kiedyśmy mówili o likwidacji kompleksu Edypa, tego zespołu uczuć, a raczej poruszeń nieświadomych w stosunku do rodziców, zaznaczyliśmy, że na jego gruzach właśnie powstaje część naszej jaźni, część jaźni najwyższej, jaźni idealnej, która tworzy się w ten sposób, że dziecko identyfikuje się nieświadomie z ojcem lub matką, wchłaniając w siebie nakazy wychowawcze, od nich płynące, z których utkane są wzory idealne dla jego jaźni przyszłej. Ta jaźń idealna — nadjaźń („Das Ueber-Ich”) jest właśnie owym pierwiastkiem nieświadomym, który różni tę zróżnicowaną specyficznie część jaźni, ku wewnątrz zwróconej, od drugiej, tej zwykłej, świadomej, ku życiu i światu obliczem swem zwróconej, postrzegającej i przetwarzającej potrzeby, czerpane z zewnątrz. Ta jaźń idealna — nad-jaźń — wchłania w siebie nie tylko wzory rodziców, ale i cały zespół przeżyć nieświadomych z tym nieświadomym stosunkiem do rodziców związanych, a więc i nieświadome poczucie winy i potrzebę nieświadomej kary za te nieświadome przewinienia, które są udziałem każdego dziecka, a zwłaszcza dziecka neurotycznego. Jest więc ta nad-jaźń jednocześnie nieświadomem sumieniem, trybunałem wewnętrznym, który to drugie ja, ja życiowe, „ja cielesne” (Körper-Ich) sędzi, domaga się od niego odkupienia za grzechy niepopelnione, ale pomyślane, powziete w najgłębszych tajnikach psychiki dziecięcej, niemniej przeto realne. Im gorzej, im mniej normalnie zlikwidowany został ten zespół Edypa, tem więcej nieświadomych win zawiera nad-jaźń, i tem sroższych kar domaga się ów najwyższy, nieubłagany trybunał. I teraz staje się dla nas jasnym, dlaczego u niektórych neurotyków tak trudno doprowadzić do końca psychoanalizę, dlaczego zwłaszcza pod koniec takie silne występują opory; to owa sroga nad-jaźń nie pozwala na wyzdrowienie, albowiem wciąż jeszcze żąda odkupienia, a więc dalszego cierpienia za grzechy dzieciństwa, za grzechy Edypowe. I można sobie teraz wytworzyć w wyobraźni obraz piekielnych mąk, jakie znosić musi biedna jaźń neurotyka (to „ja” życiowe, ja „cielesne”), wzięta w kleszcze z dwu stron przez dwa rodzaje nieświadomej szarpaniny: przez nieprzeparowane popędy, niedotłumione pożądania, płynące z „onego” z jednej strony, i przez nacisk groźnego osądu nad-jaźni z drugiej. Tej nad-jaźni, kiedy jest ona ponad miarę surowa i bezwzględna, przypisuje F r e u d funkcję owego nieświadomego popędu destrukcji i zniszczenia, o którym była mowa wyżej...

Musimy zmierzać ku końcowi. Zapowiadałem zgóry, że droga nasza będzie trudna i żmudna, ale taka jest właśnie droga psychoanalizy zarówno teoretycznie, jak i praktycznie. Staliśmy u jej kolebki, byliśmy świadkami jej narodzin z empirji lekarskiej, byliśmy świadkami, jak, pogłębiając swe badania, odkryła w mroku spowite okresy dziecięcej seksualności, a zwłaszcza kompleks Edypa, widzieliśmy, jak człowiek wskutek niedotłumionych popędów zachorowuje na nerwicę lub psychozę, lub w warunkach normalnych szuka dla nich uj-

ścia w marzeniu sennem. Widzieliśmy, jak rozwijała się i zmieniała teoria psychoanalityczna w zakresie nauki o popędach i o budowie jaźni. Wszystko to zapoczątkował, zainicjował, rozwinął, pogłębił i uzasadnił właśnie jeden człowiek w ciągu 40-tu lat swej pracy.

Ale nie mielibyśmy pełnego obrazu Jego niepożytych zasług, gdybyśmy tutaj choć w paru słowach nie wspomnieli o znaczeniu psychoanalizy dla psychiatrii. Zrazu obojętna, z małymi wyjątkami (Bleuler i jego szkoła) i niemile zdziwiona, odwrócona plecami, później organizująca formalną krucjatę (Hocher, Bumke i inni), dziś powoli, stopniowo ulega psychiatrii naporowi myśli psychoanalitycznej. Dziś przyznać musi, że nie mielibyśmy ani Bleulera, ani Kretschmera, ani wielu innych, gdyby nie było Freuda. Odbywa się teraz, po zawieszeniu, broni, coś w rodzaju „pénétration pacifique” idei Freudowskich do mózgów psychiatricznych, doniedawna zarzekających się i odżegnywujących się od wszelkiej wspólnoty z psychoanalizą, a dziś myślących mimowoli jej kategoriami. I w samej rzeczy, czy przed Freudem rozumieliśmy cośkolwiek z istoty i sensu objawów psychotycznych? Czy nie odkryły się nam nowe światy, które już dziś przyjmujemy, jako coś zupełnie zrozumiałego, kiedy ujawniło się całkowite niemal podobieństwo objawów schizofrenicznych do symboliki, do przeżywania czasu i przestrzeni, wykrytych w marzeniach sennych? Czy rozumieliśmy cośkolwiek przed erą Freudowską z realizacji nieziszczonych pragnień, zawartych w stanach zamroczenia histerycznego, w psychozach reaktywnych? Czy wiedzieliśmy coś przedtem o zjawisku „ucieczki do psychozy” (Flucht in die Krankheit), które nam symptomatologię tych stanów tłumaczy? Kto wiedział coś o mechanizmach projekcji, jakie wchodzi w grę w stanach paranoidalnych, o mechanizmie introjekcji (wchłaniania), który stwarza obraz melancholji? Nikt nic o tem nie wiedział. Chodziliśmy pośród naszych chorych, ślepi, poomacku segregując tylko objawy psychotyczne, ale nie rozumiejąc ich zupełnie. Słowem, jeżeli związki przyczynowe co do powstawania psychoz są w dalszym ciągu zawiłe i zależą od szeregu czynników, to patogeneza i patoplastyka objawów i zespołów psychotycznych przeświecona została przez psychoanalizę w sposób, dotąd nawet nieprzezwany...

A brak czasu pozwala mi tylko na wzmiankę o tem, co działała psychoanaliza w dziedzinie nauk humanistycznych, w dziedzinie pedagogiki, literatury i sztuki, psychologii ludowej, spraw, związanych z genezą religii i t. d.

Panie i panowie, wybaczenie, że Was może przemęczyłem, ale było to konieczne, ażebyście mogli w dniu dzisiejszym wytworzyć sobie pojęcie, niedokładne może

i zamglone, o wielkich wartościach, które wniosła w skarbiec wiedzy ludzkiej psychoanaliza. Pozwólcie mi jeszcze przytoczyć pod sam koniec marzenie senne jednego z moich pacjentów, chorego na nerwicę natręctwa, marzenie senne, które miał w okresie zdrowienia.

„Przed wejściem do domu mojego w P. kręci się kilku cyganów; podejrzewam ich o chęć okradzenia naszego mieszkania. Wchodzę na podwyższenie, znajdujące się naprzeciwko naszego mieszkania, aby stąd obserwować cyganów. Stwierdzam z zupełnym spokojem, że dom mój został zalany wodą — jest to dzieło cyganów. Znajduję się, jakby na wyspie, wśród morza. Miejsce obserwacyjne przemienia się w mieszkanie wspólnika ojca mego. Wspólnik ten, jako zdolny mechanik, podejmuje się usunąć wodę i przywrócić ziemię do jej pierwotnego wyglądu. Myślę równocześnie o tem, że, gdy nasze dzieło się nam uda, to jest po usunięciu skutków potopu, trzeba będzie również wprowadzić większą sprawiedliwość do stosunków społecznych. Widzę, że dzieło nam się udało, woda całkowicie ustąpiła i płynie obecnie dwoma, ujętymi w brzegi strumieniami, a przez szeroko otwartą bramę wchodzi nowa ludzkość, która ma zaludnić nową odrodzoną ziemię. Nastrój uroczysty...”

Nie mogę tu przytaczać kojarzeń pacjenta, na których podstawie, biorąc jeszcze pod uwagę zawartą w śnie symbolikę, doszedłem do wytłumaczenia go w tym sensie, że pacjent wyraźnie daje znać w tej zakapturzonej, symbolicznej postaci, że staje się aktywny, utożsamiając się z ojcem (wspólnik ojca, zdolny mechanik), że udaje mu się zapanować nad popędem zniszczenia, normując żywioł powodzi, że widzi w postaci owej nowej ludzkości swoje własne odrodzenie. Konstruktywny, twórczy Eros zwyciężył uroczyście popęd do zniszczenia, popęd do destrukcji...

Na przestrzeni stuleci narcyzm człowieka trzykrotnie ugodzony został boleśnie. Po raz pierwszy przez Kopernika, który odebrał ziemi miejsce centralne w systemie międzyplanetarnym, po raz drugi przez Darwina, który zdetronizował człowieka w stosunku do gatunków zwierzęcych, a po raz trzeci przez Freuda, który jego jaźń świadomą uczynił zależną od przemocy nieświadomych tendencji i impulsów. Ale jednocześnie ten sam Freud dał ludzkości w ręce świetne narzędzie, przy którego pomocy wyzwolić się może z pęt nieświadomości, sciszyć władcze nakazy srogiej nad-jaźni, a Erosa oddać częściowo w służbę normalnej rozkoszy płciowej oraz przedłużenia gatunku, a częściowo go zdeseksualizować, uwznioślić i uczynić z niego twórczą, konstruktywną siłę na wyższych płaszczynach życia \*).

\*) Odczyt, wygłoszony w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym w dzień jubileuszu Zygmunta Freuda d. 6.V.36.

## Wykłady kliniczne

### Współczesna rentgenoterapia choroby Basedowa.

Podał

Dr. H. REZNIKOW (Warszawa).

Choroba Basedowa wyróżnia się spośród innych cierpień wyjątkowo bogatym piśmiennictwem. Okoliczność ta nie przyczyniła się jednak do wyświetlenia jej patogenezy, ani też do ustalenia jednolitego postępowania leczniczego. Toteż i podziśdzień na wszystkich zebraniach chirurgów i rentgenologów toczą się namiętne spory, czy choroba na ch. Basedowa

należy naświetlać, czy operować, czy stosować jedno i drugie.

Wszyscy prawie autorzy zgadzają się jednomyślnie (z nielicznymi wyjątkami), że napromienianie jest jednym ze skutecznych sposobów zachowawczego leczenia choroby Basedowa.

W łonie jednak samych rentgenologów po 30-letnim z górą doświadczeniu istnieją jeszcze poważne rozbieżności co do techniki i sposobu napromieniania, co do obszarów pól do naświetlania i co do wskazań ogólnych do napromieniania w chorobie Basedowa.

Słowem, istnieje chaos, utrudniający niepomiarne orjentację w praktyce życia codziennego.

Opierając się na skromnym materiale ambulatoryjnym (110 przypadków), chcielibyśmy podzielić się swymi spostrzeżeniami, które, być może, rzucą nieco światła na sporne dotąd kwestje.

Dawny zagorzały spór między rentgenologami a chirurgami, że naświetlanie prom. Roentgena tarczycy w ch. B. powoduje zrosty tarczycy z otoczeniem (Eiselsberg), utrudniające ewentualny zabieg operacyjny, stracił na ostrości, a nawet przestał być aktualny, odkąd się przekonano, że niema różnicy między tarczycą napromienianą a nienapromienianą w czasie zrostów i przebiegu pooperacyjnego (Kocher, Cril i inni).

Istota zaburzeń ch. Basedowa, czy stanowią je nadtarczyczność, czy też dystyreoza w sensie wydzielania przez schorzałą tarczycę hormonu o nieprawidłowym składzie (Moebius), nie posiadają dla rentgenologów istotnego znaczenia. W chirurgii natomiast rozstrzygnięcie tej kwestji byłoby pierwszorzędnej wagi, albowiem w razie wzmożonej czynności zabieg operacyjny polegałby na usunięciu odpowiedniej części gruczołu, w przypadku zaś dystyreozy należałoby możliwie rozlegle wyciąć tarczycę. Tych skrupułów, rzecz prosta, nie znają rentgenolodzy.

Leczenie chirurgiczne nie jest zabiegiem obojętnym dla chorego, stanowi dlań potężny wstrząs psychiczny oraz naraża go na poważne niebezpieczeństwa, których wyniku niepodobna przed operacją przewidzieć, zatem konieczne jest zupełne opanowanie techniki: nie jest to „zabieg dla początkujących chirurgów” (Liek).

Co się tyczy śmiertelności pooperacyjnej, należy podkreślić, że ostatnio stosowane leczenie przygotowawcze (jodowanie, środki uspakajające, leżenie w łóżku) znakomicie obniżyło jej odsetek i według statystyk amerykańskich wynosi 1%, niemieckich — 2%. Wyniki operacyjne nie są bezwzględne. Według statystyk Monnera, Brunera i innych, nawroty wola następują prawie w 50% przypadków; w 1—4% przypadków konieczna jest powtórna operacja, reszta nawrotów — nie sprawia dolegliwości.

Inaczej rzecz się ma z rentgenolecnictwem. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że naświetlanie, stosowane w granicach dawek leczniczych, a jeszcze bardziej według współczesnej metody, niczem nie zagraża choremu i jest też, jak pouczyło doświadczenie, doskonale znoszone; jeśli nawet zawodzi, pozostaje jeszcze jako *ultimum refugium* zabieg operacyjny.

Skuteczność napromieniania zależy od okresu choroby: im wcześniej rozpoczęto naświetlanie, tem lepsze i trwalsze są jego wyniki (prawo reweryjne Holzknechta). Nie należy rentgenoterapii w chorobie Basedowa uważać za coś pośredniego między leczeniem środkami wewnętrznymi a operacją, ale naświetlanie stosować łącznie z innymi środkami zachowawczymi, a zwłaszcza z jodem (Czepai). Zostaje przede wszystkim zażegnane niebezpieczeństwo przedawkowania jodu oraz ciężkich nawrotów po przerwaniu zażywania tego środka, osiąga się również utrwalenie poprawy, uzyskanej przez jodowanie. Na tej drodze naświetlanie daje szybką poprawę. Należy jednak mieć na względzie, że w przypadkach ostrych i świeżych naświetlanie samo przez się szybko daje poprawę, tak, że skojarzenie obu tych sposobów jest zbędne. Inaczej rzecz miałaby się w przypadkach zastarzałych, przewlekłych, gdyby okazało się, że skojarzenie jodu z napromienia-

niem rzeczywiście skraca czas leczenia i utrwala jego wyniki.

Herzhauer, posiadający w tej mierze wielkie doświadczenie, twierdzi, że jodowanie pod żadnym względem nie szkodzi dalszemu napromienianiu i nie upośledza jego skutków. Być może, że pewne odporne lub mniej wrażliwe na naświetlanie przypadki zostają tą drogą uczulone na promienie X.

Napromienianie jest tem cenniejsze, jeśli zważyć, że istnieje cały szereg przypadków, w których jeden z najskuteczniejszych sposobów zachowawczego leczenia — jodowanie — jest przeciwwskazany. Do nich należą:

1. Nieczynne wole gruczolakowate, guzkowate lub guzkowe (*Struma adenomatosa, nodosa non toxica*), gdyż pod wpływem jodowania może przeistoczyć się w jod-Basedowa.

2. Ukryte postaci ch. Basedowa, zwłaszcza u chorych na miażdżycę z wolem. Niektórzy basedowicy są bardzo wrażliwi na najdrobniejsze nawet dawki jodu. Plazarus opisuje zgon młodej basedowiczki po posmarowaniu powłok brzusznych nalewką jodową. Chora zmarła nazajutrz po operacji niepowikłanego zapalenia wyrostka robaczkowego wśród objawów ostrego zatrucia wydzieliną tarczycy (*thyreotoxicosis*).

3. Gruczolak toksyczny (*Adenoma toxicum s. struma adenomatosa toxica*). W obrazie klinicznym tej postaci dominują zaburzenia sercowe (często niemiarowość zupełna), brak jest zespołu ocznego i innych objawów nerwowych. Pod względem jodowania panuje rozbieżność: Plumera jest zdania, że stosowanie jodu jest ryzykowne i dopuszczalne tylko w okresie przedoperacyjnym, zaś Anastazy Landau twierdzi, że w gruczolaku toksycznym obowiązują te same zasady leczenia, co w pierwotnej chorobie Basedowa (wole toksyczne rozlane lub ograniczone).

Naświetlanie powinno być także stosowane:

1. Naskutek niechęci chorego do operacji, czy to w przypadkach nawrotu po uprzednim zabiegu chirurgicznym, czy też z powodu obawy chorego przed operacją.

2. Przy małej tarczycy — a) po jej uprzednim bezskutecznym zmniejszeniu na drodze operacyjnej i b) przy małych tarczycach, gdyż bywają przypadki nadtarczyczności bez klinicznie stwierdzonego wola, ale objawiające się pod względem czynnościowym i histologicznym, jako ch. Basedowa. W tych razach naświetlanie tarczycy powoduje cofanie się objawów.

3. W przypadkach zbędności operacji na tarczycy, a mianowicie w nadtarczycznościach, niewymagających specjalnego leczenia, gdy objawami swymi nie dominują w granicach schorzeń współistniejących (w nawrotach, organicznych schorzeniach serca, nadciśnieniu, u otyłych, w zaburzeniach wielogruzołowych itd.).

4. Gdy zabieg operacyjny jest szczególnie groźny: a) w starszym wieku, b) w nadtarczyczności na tle zakaźnym, zwłaszcza w niektórych postaciach gruźlicy utajonej (uczynnienie sprawy gruźliczej); c) u dotkniętych schorzeniem narządu krążenia; d) w nadtarczyczności na tle ciąży.

5. W leczeniu odtłuszczającym u osobników z zespołem ch. Basedowa. W tych razach po ostrożnym naświetlaniu można stosować w celach odtłuszczających przetwory tarczycy, które bez uprzedniego napromieniania wzmagają objawy nerwowe i sercowo-naczyniowe.

Poza wyżej wymienionymi postaciami, w których

napromienianie stanowi niemal z wyboru zachowawczy sposób leczenia, istnieje cały szereg zespołów objawowych, mniej lub więcej luźno związanych z chorobą Basedowa, ustępujących także pod wpływem naświetlania tarczycy, a mianowicie:

1. Zespół rzekomoszczytowy, znamionujący się łatwym męczeniem się, ogólnym osłabieniem, ewent. chudnięciem, stanami podgorączkowymi, chwiejnością układu naczyniowego i żywą pobudliwością psychiczną. Nawet długotrwałym spostrzeganiem klinicznym nie udaje się w tych razach wykryć zmian szczytowych. Pordes wraz z Frankfurterem naświetlali z dobrym wynikiem tarczycę w 33-ch podobnych przypadkach, osłaniając starannie szczyty. Zespół rzekomoszczytowy można wytłumaczyć jako utajoną postać ch. Basedowa.

2. Przypadki nadtarczyczności o skąpych objawach:

a) Pojedyncze objawy nadtarczyczności ze wzmoczoną przemianą podstawową materji i b) bez wzmoczonego metabolizmu. (O tych wszystkich przypadkach nadtarczyczności wyraża się Hertzoghe, że jedynie skuteczność naświetlań tarczycy świadczy w tych razach o ukrytej ch. B., podobnie jak efekt leczniczy po tyreoidynie wskazuje na ukrytą podtarczyczność).

3. Zaburzenia okresu przekwitania. Nadtarczyczność *in climacterio* nie jest zjawiskiem rzadkiem. Ale i u młodocianych basedowiczek zdarzają się objawy klimakteryczne: jak kołatanie serca i uderzenia krwi. Borak w tych razach, opornych na leczenie, zastosował z dobrym skutkiem naświetlanie tarczycy. Podobne obserwacje ogłosili też Zahler, Fürst i inni.

4. Pewne postaci dychawicy oskrzelowej mogą powstać na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych (Hajos). Dokładne spostrzeganie zaburzeń jajnikowych (pokwitanie, ciąża, przekwitanie) i określenie metabolizmu mogą w tych razach oddać cenne usługi. Zastosowanie w tych razach tyreoidyny lub napromienianie tarczycy wyświetla pod- lub nadtarczyczność. Dodać należy, że w przerwach między napadami metabolizm bywa zupełnie prawidłowy.

5. Zespół Ménière'a. Zdaniem Curschmanna, zespół ten występuje często w okresie przekwitania, co przemawiałoby z wielkim prawdopodobieństwem za jego tłem dokrewnym. Przetwory jajnikowe okazują się w tych razach zupełnie bezużyteczne; tyreoidyna jest bezcelowa, gdyż nie stwierdza się zawrotów pochodzenia usznego w obręku śluzakowatym. Borak skutecznie napromieniał wole z jednoczesnym zespołem Ménière'a oraz z innymi zaburzeniami wegetatywnymi.

6. Choroby serca. Migotanie przedsionków nie jest wcale rzadkiem zjawiskiem w ch. B. Schwensenowi w jednym z takich przypadków udało się uzyskać poprawę po naświetlaniu tarczycy, stwierdzoną na elektrokardjogramie. Prussik i Volitz er opisują 5 przypadków migotania przedsionków, leczonych naświetlaniem tarczycy, z których w jednym uzyskali wyrównanie całkowite, w 2-ch zaś poprawę. Edens zwraca uwagę, że względnie nierzadko współistnieją zaburzenia tarczyczne oraz miażdżyca naczyń wieńcowych serca lub schorzenia zastawkowe. Nie jest rzeczą dziwną, że na tle tych ciężkich schorzeń objawy tarczyczne uchodzą uwagi. Udawało mu się niejednokrotnie po uzyskaniu pewnej poprawy przy pomocy na-

parstnicy resztę dolegliwości usuwać przez naświetlanie tarczycy, zwłaszcza wydatnie obniżał tą drogą częstość tętna.

7. Twardzina skóry (*Scleroderma*). Heinismann donosi o 2-ch przypadkach twardziny skóry, leczonych skutecznie słabymi naświetlaniami tarczycy i przysadki mózgowej, przyczem uległy poprawie zakłócone czynności stawowe. Podobne spostrzeżenia poczynili Meyer Z. i Hartmann (1918), Hammer i Donath. Jeśli napromienianie tarczycy i przysadki mózgowej nie jest skuteczne we wszystkich przypadkach twardziny skóry, to w każdym razie jest ono usprawiedliwione przy jednoczesnym istnieniu zaburzeń gruczołów dokrewnych. (Być może, że w tych razach posiada pewne znaczenie określenie przemiany podstawowej).

Są jednak postaci ch. Based., które należy leczyć chirurgicznie i których wszelkie leczenie zachowawcze jest nawet przeciwwskazane, a mianowicie:

1. Wole toksyczne zamostkowe (*Struma substernalis toxica*), wywołujące również objawy uciskowe: tchawicy.

2. Wole toksyczne twardniejące i torbielowate (*Struma cystica scleroticans toxica*). Według Larusa, te dwie ostatnie postaci należy operować z tej racji, że nie są zupełnie wrażliwe na promienie Rentgena.

Do tej kategorii wskazań należy również schorzenie serca na tle wola nietoksycznego, rosnącego ku śródpiersiu przedniemu (zamostkowo) i wywołującego objawy uciskowe tchawicy, duszność, rozedmę, rozstrzeń prawej komory, co może wtórnie spowodować zwyrodnienie sierdza, niemiarowości i t. d.

O ile kwestję rozpoczęcia naświetlań tarczycy w ch. B. rozstrzyga nieodwołalnie prawo rewersyjne Holzknechta, o tyle sprawa, kiedy należy je uważać za ukończone, jest niezupełnie rozwiązana.

Na klasycznej triadzie Merseburga, która, według udatnego wyrażenia W. H. Weila, stanowi jedynie zewnętrzną fasadę gmachu objawowego ch. Basedowa, nie zaś jej mechanizm — nie można się oprzeć, gdyż, jak poucza doświadczenie, objawy te mogą się utrzymać nawet po uzyskaniu dobrej poprawy, zwłaszcza wytrzeszcz. Podstawowa przemiana materji nie jest również bezwzględny sprawdzianem. W sensie rozpoznawczym choroby Basedowa nie odgrywa większej roli, gdyż w wielu cierpieniach, niemających nic z nią wspólnego, metabolizm bywa wzmoczony (nadcisnienie samorodne, rozmaite wady serca, rak, wole nietoksyczne zamostkowe, długotrwałe cierpienia), a niekiedy i w ch. B. podstawowa przemiana materji bywa prawidłowa, zwłaszcza w jej okresie początkowym (Möller, Jahm i inni). K. Nathana tłumaczy wzmoczony metabolizm w tych stanach nadmiernym rozpadem białka, którego przetwory, dostawszy się do krwiobiegu, pobudzają przemianę materji — swoisto-dynamiczne działanie białka (Pollitur i Stolz).

Dla zapoczątkowania naświetlań tarczycy podstawowa przemiana materji nie ma również wpływu rozstrzygającego. O ile chodzi o zabieg operacyjny, to wzmoczenie metabolizmu o 60% jest już, według Holfedera, przeciwwskazaniem do operacji. Lied i Hald natomiast twierdzą, że dla wyniku operacyjnego stanowczo większe znaczenie posiada stan ogólny chorego, niż poziom metabolizmu. Dla rentgenolecznictwa ani wysokość przemiany podstawowej, ani też stan kliniczny nie mogą stanowić przeciwwskazania.

Wzmógłony metabolizm niejednokrotnie obniża się pod wpływem napromieniania do poziomu prawidłowego, a niekiedy może opaść poniżej tego poziomu, powodując objawy podtarczyczności, jak to opisał w jednym przypadku B o r a k, w którym podstawowa przemiana materji obniżyła się z + 75 do + 15%, a wreszcie do -30%. W tym sensie należy określenie metabolizmu w przebiegu naświetlań uważać za piorunochron, strzegący przed podtarczycznością, i poniekąd za wskaźnik, czy konieczne jest jeszcze dalsze napromienianie. Przesłanka ta wymaga omówienia. Zdarza się bowiem, że podstawowa przemiana materji obniża się do poziomu prawidłowego, a obraz kliniczny nie ulega poprawie. W tych razach powinno się przerwać naświetlanie pod groźbą wywołania podtarczyczności. Ale bywa również i tak, że po serii naświetlań metabolizm jest jeszcze wzmógłony, należy wtedy bez względu na obraz kliniczny w dalszym ciągu napromieniać, co przy zaznaczonej już poprawie, a tem bardziej przy jej braku, może być tylko pożyteczne dla chorego. W przypadkach atypowych objawów, podejrzanych o pochodzenie tarczyczne, można bez obawy naświetlać tarczycę, nie znając nawet poziomu metabolizmu. Prawidłowa bowiem podstawowa przemiana materji nie da się w tych razach obniżyć przez większe od stosowanych zwykle dawki promieni R o e n t g e n a, zwiększony zaś metabolizm opada do normy.

Ostatnio skuteczność rentgenoterapii w ch. B. zaczęto sprawdzać na zasadzie poziomu cholesteryny we krwi. Okazało się bowiem, że w ch. B. jest *hypocholesterinaemia*. (H u r x t a l, P e v i s M., F r e y i E r n s t są zdania, że w nadtarczyczności spostrzega się hipercholesterynemję). W miarę poprawy stanu ogólnego wzrasta także zawartość cholesteryny we krwi.

W praktyce życia codziennego sprawdzianem, przemawiającym za skutecznością naświetlań, a co za tem idzie, za koniecznością ich przerywania, jest poprawa stanu chorego: dobre samopoczucie, przybranie na wadze, ustąpienie objawów nerwowych, częstoskurczu, zmniejszenie się lub zniknięcie wola, wytrzeszczu itd.

Naogół, jeśli po 4—6 miesięcznym napromienianiu niema poprawy, należy chorego skierować do chirurga. Stanowisko to podziela także szkoła wiedeńska. Jednocześnie należy nadmienić, że istnieją przypadki ch. B., dające dopiero poprawę w jakiś czas (niekiedy dość długi) po naświetlaniu. Jest to t. zw. późna poprawa.

Skuteczność naświetlań może się przejawiać trojako: albo w postaci *restitutionis ad integrum*, albo względnego wyleczenia (zdolność do pracy, jak przed zachorowaniem), albo też — względnej poprawy — w porównaniu ze stanem przed rozpoczęciem napromieniania i z możliwością kontynuowania nieciężkiej pracy.

Choroba B a s e d o w a jest par excellence schorzeniem tarczycy. Ale pamiętać należy, że wszystkie gruczoły dokrewne są od siebie uzależnione, i że choroba jednego z nich powoduje często zaburzenia czynnościowe pozostałych. Pod względem czynnościowym jedne są synergetyczne (przysadka mózgowa, tarczycza, nadnercza), inne zaś przeciwnicze — (jajniki, względnie jądra, trzustka, grasicca, przytarczyczki).

W przypadkach zgonów po operacji wola w ch. B. stwierdzono, że w chorobie tej bardzo często spotyka się rozrost grasicy (*hyperplasia gl. thymi*) lub *thymus persistens* typu dziecięcego. Według A. K o c h e r a, zdarza się to mniej więcej w połowie przypadków ch. B. Stan ten tłumaczy się współcześnie samoobrona ustroju: wydzielina grasicy ma działać hamująco na hormon

tarczycy (M i k u l i c z, Z o n d e k), o czem przekonano się na drodze doświadczalnej przez obniżenie podstawowej przemiany materji o 15—23%, po wstrzyknięciu wyciągów z grasicy (S c h n e i d e r, N i e s c h k e), oraz jako wyraz przeciwwagi przez wzmoczenie napięcia układu parasympatycznego, jak to stwierdził u młodocianych A s c h o f f. Jednak chirurdzy przypisują niepowodzenie pooperacyjne, zwłaszcza śmierć nagłą, tej to właśnie utrzymującej się grasicy, której waga w poszczególnych przypadkach waha się między 22,0 a 123,0. Z tych też względów przed operacją na tarczycy naświetlają obowiązkowo grasicę.

Zdawałoby się, że na podstawie powyższych danych teoretycznych napromienianie grasicy nie jest wskazane z racji jej działania antagonistycznego, jednak od czasów N o r d e n t o f f a i B l u m a (1920), którzy na licznych materiałach wykazali, że dobre wyniki rentgenoterapii ch. B. zawdzięczają równoczesnemu naświetlaniu grasicy i tarczycy, obecnie jednoczesne napromienianie obu tych gruczołów jest powszechnie stosowane.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości współzależność między tarczycą a jajnikami; najprawdopodobniej wpływ ten wyraża się czynnością hamującą wydzieliny tarczycy na hormon jajników:

1. Choroba B a s e d o w a występuje w 90% przypadków u kobiet.

2. W przebiegu tego cierpienia bywają zaburzenia miesięczkowe do braku menstruacji włącznie i zniknięcie drugorzędnych cech płciowych.

3. Choroba B a s e d o w a najczęściej występuje w okresie przekwitania.

4. Wytrzebienie na drodze naświetlań jajników z powodu krwawień macicznych (mięśniaki) wywołuje niekiedy ciężkie postaci nadtarczyczności.

Co się tyczy przysadki mózgowej, to w ostatnich czasach przekonano się doświadczalnie na zwierzętach, że wydzielina jej reguluje czynność wielu gruczołów dokrewnych, a między innymi również i tarczycy.

Hormon tyreotropowy przysadki mózgowej wzmagają przemianę materji, obniża zawartość jodu w tarczycy, zwiększa jego poziom we krwi, powoduje zmiany histologiczne w tarczycy, charakterystyczne dla ch. B a s e d o w a.

Opierając się na powyższym, amerykańscy klinicyści zaczęli naświetlać w ch. B. okolice przysadki mózgowej z zachęcającymi wynikami. Słuszność tych zapartywań potwierdzają poniekąd S c h i t t e n h e l m, S t u r m i S n e e b e r g, którzy dowiedli w doświadczeniach na zwierzętach i ludziach, że największa ilość jodu nagromadza się w okolicy międzymózdzia (*tuber cinereum, hypothalamus, corpora mamillaria, hypophysis*), i że ilość ta wzrasta jeszcze po wstrzyknięciu tyroksyny.

Jeśli chodzi o stosunek tarczycy do nadnerczy, to sprawę tą ostatnio wyświecił C r i l e. W 10 przypadkach ch. B. zamiast usunięcia jednego płata tarczycy — wycinał jedno nadnercze i otrzymywał wyniki prawie identyczne — zwolnienie tętna, dużą poprawę w zakresie pocenia się, nerwowości i ogólnego osłabienia. Waga chorych zbliżała się do poziomu prawidłowego, nawet zmniejszała się obwód szwi. Spostrzeżenie powyższe dało asumpt do naświetlania leczniczego nadnerczy w ch. B. Jak pouczyło doświadczenie, sposób ten, stosowany *per se* lub naprzemian z naświetlaniem tarczycy lub tarczycy z przysadką mózgową, nie ustępuje pod względem wyników klasycznej metodzie leczenia prom. X ch. B., ma jeszcze nad nią tę przewagę, że szybciej



powoduje cofanie się wytrzeszczu, tak opornego skądinąd na wszelkie poczynania terapeutyczne (Zimmermann, M. Lewentisz), wymaga jednak długotrwałego leczenia.

Naogół działanie promieni X na tarczycę w ch. B. nie jest dotąd znane. Niewiadomo, czy mamy do czynienia z ich niszczącym działaniem na tkankę gruczołową i z wtórnym zmniejszeniem ilości jej wydzieliny, czy też promienie Roentgena działają przestrajająco na ustrój. W doświadczeniach na zwierzętach nie udało się stwierdzić zmian histologicznych w napromienianych tarczycach, również w tarczycach operowanych po uprzednim naświetleniu nie znajdowano zmian. Ten stan rzeczy przemawiałby raczej za hipotezą przestrojenową promieni Roentgena. Według Ravego, zachodzą tutaj prawdopodobnie zmiany ilościowe, a nie jakościowe.

O ile mechanizm działania promieni X jest niewyjaśniony, o tyle zastosowanie ich w praktyce święci tryumfy. Fried oblicza na zasadzie dawnych statystyk 78% wyleczeń, według nowszych — 88%, a po uwzględnieniu współczesnej techniki naświetlań dochodzi do wniosku, że wynosi ona nawet 98%.

Rentgenolecznictwo w ch. B. zawdzięcza swe znakomite wyniki stopniowemu rozwojowi i modyfikacji techniki naświetlań. Przekonano się, że jednorazowe duże dawki (I JDS), podane przez Nordentoffa i Bluma, są zbyt ciężkie, i że dawka, zmniejszona do 40—50%, a nawet i jeszcze mniejsza (Mesz), jest skuteczniejsza. W miarę jak rosło doświadczenie rentgenologów i tę dawkę zmniejszoną zaczęto dzielić na poszczególne seanse o przerwie 1—8—10—14 i nawet 30-dniowej (Mesz) i naświetlać serjami. Okazało się, że liczba opornych na napromienianie spadła wraz ze wzrostem liczby naświetlań, oraz że wyniki lecznicze stały się trwalsze. Według Frieda konieczna jest pewna ilość promieni X, aby uzyskać wynik dodatni, niezależnie od przerw pomiędzy poszczególnymi seansami. Wielu autorów oblicza tę ilość na 1200—1500 r. Na tej drodze unika się niebezpieczeństwa spowodowania przemijających ostrych nadtarczyczności oraz gwałtownych pogorszeń, zależnie od ciężkości przypadku (Borak). Im stan chorego jest cięższy, tem mniejsze stosuje się dawki podczas każdego seansu.

W związku z powyższem każda niemal klinika opracowała własną metodę dawkowania prom. X, przy czem wszystkie dodatnie wyniki rentgenoterapii ch. Basedowa przypisuje stosowaniu swego właśnie sposobu.

Biorąc rzecz praktycznie, efekt leczniczy nie zależy tylko, zdaniem naszym, od tego, czy innego sposobu współczesnego dawkowania promieni Roentgena, ale od ciężkości przypadku, czasu trwania choroby iudziej wrażliwości danej tarczycy na prom. Roentgena.

Postaramy się na zasadzie naszego skromnego materiału ambulatoryjnego dowieść słuszności naszych spostrzeżeń.

Naświetlaliśmy 110 przypadków wielobjawowych ch. B., w tem 18 mężczyzn i 92 kobiety oraz 4 przypadki małoobjawowe. Z 18 mężczyzn: 2 osoby były w wieku 20 lat, po 6 w wieku 20—30 l. oraz 4 w wieku 40—60 lat. Z kobiet: 6 w wieku 20 lat, 24 w wieku 20—30 lat; 30 w wieku 30—40 lat oraz 32 w wieku 40—60 lat. A zatem przewaga kobiet 83,6%, wśród nich zaś największy odsetek przypada na wiek dojrzałości pciowej i okresu przekwitania.

Jak dalece wynik leczniczy nie zależy jedynie tylko od techniki naświetlania — mogą zilustrować następujące, otrzymane przez nas dane:

32 przypadki naświetlaliśmy dość dużą dawką dawnym sposobem Lenka — do  $\frac{1}{2}$  JDS (170—160 KV, 2,5 MA, F—0, 5Cu + 1Al. FHD 23 cm) — 3 pola (środkowe wraz z grasicą) — po 225 r. na każde pole, w odstępach 2 tygodniowych. Następną serją po 4—6 tygodniach. Wynik dobry po napromienianiu nastąpił w 26 przypadkach, co stanowi 81,25%, zadawalający w 4, co daje 12,5%, bez wyniku 2 przypadki, czyli 6,25%.

40 przypadków leczylismi nieco mniejszymi dawkami według Boraka — do  $\frac{1}{3}$  JDS (150 KV, F—4Al, FHD 25 cm) trójpolowo (środkowe pole wraz z grasicą), po 175—180 r na każde, w odstępach 10-cio dniowych. Po 4—6 tygodniach następną serją. Poprawę zupełną uzyskaliśmy w 34 przypadkach, czyli w 85,4%, wynik zadawalający w 2-ch, czyli w 5%, bez wyniku pozostały 4 przypadki, co stanowi 10%.

W 38 przypadkach stosowaliśmy sposób drobne-go dawkowania według Pordesa —  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$  JDS. (140 KV, F—3Al, FHD — 25 cm) Trójpolowy (środkowe pole również wraz z grasicą) w odstępach 7-mio dniowych, po 110—100 r na każde pole. Powtórna serją po 4—5 tygodniach. Dobry wynik otrzymaliśmy w 34 przypadkach, czyli w 89,47%, zadawalający w 1-nym, czyli w 2,63%, brak wyniku stwierdziliśmy w 3-ch przypadkach, co stanowi 7,89%.

A więc poprawę uzyskaliśmy prawie w jednakowym odsetku przypadków (81,25%—85%—89,47%) pomimo stosowania trzech odrębnych metod, czyli że wynik leczenia w naszych przypadkach nie zależał wyłącznie od techniki i sposobu dawkowania.

Na tem stanowisku stoi również Borak. Uważa on, że przy stosowaniu małych dawek wahania napięcia nie odgrywają poważniejszej roli pod względem wyniku leczniczego.

We wszystkich naszych przypadkach z wynikiem dodatnim, niezależnie od techniki i sposobu naświetlania, spostrzegaliśmy ustępowanie objawów chorobowych według następującej mniej więcej stereotypowej kolejności:

- 1) Zmniejszenie się częstoskurczu i poprawa czynności serca.
- 2) Poprawa samopoczucia.
- 3) Stopniowe zanikanie objawów nerwowych (nadmiernej pobudliwości, drżenia rąk, języka, powiek, pocenia się i t. d.).
- 4) Zmniejszenie się wola i 5) ew. ustąpienie całkowite lub częściowe wytrzeszczu (połysek oczu, przeszywający wzrok).

Zatem pod względem przebiegu leczenia technika napromieniania również nie odgrywała większej roli w naszym materiale.

A jednak, czem wytłumaczyć odsetek (wprawdzie niewielki w naszym materiale) przypadków zadawalających i opornych na leczenie promieniami oraz zmienną dla każdego przypadku liczbę seansów, niezbędną celem uzyskania poprawy.

Konieczność naświetlania tarczycy we wczesnym okresie schorzenia została już wyżej omówiona jako *conditio sine qua non*, warunkująca efekt leczniczy. Ale pozatem odgrywa pewną nieuchwytną rolę sam gruczoł, raczej jego wrażliwość na promienie Roentgena, zależna prawdopodobnie od obfitości naczyń chłonnych i krwionośnych. Temby można było wytłumaczyć, czemu wola miękkie, tętniące (*struma parenchymatosa*,

*pulsans*) prędzej i wydatniej ustępują pod wpływem naświetlań, trwalsze dają także wyniki lecznicze.

Na omówienie zasługują również małoobjawowe przypadki ch. B a s e d o w a. W naszym materiale mieliśmy do czynienia z wytrzeszczem, nadciśnieniem i wzmożonym metabolizmem (I przypadek), częstoskurczem i zwiększoną przemianą materji (II-gi przypadek), biegunkami (III-i przypadek), stany podgorączkowe i nadmierne pocenie się (IV przypadek).

Najtrudniejsze są do rozwikłania pod względem rozpoznawczym przypadki jednoobjawowe, w których główne skargi chorych obracają się naprzykład dookoła uporczywych biegunek, opornych na wszelkie leczenie internistyczne, lub długotrwałych stanów podgorączkowych. Czasami dyskretne drżenie rąk lub języka zdradzają istotne podłoże choroby. Czasami rozpoznanie znów ustala się *ex juvantibus* (napromienianie).

Reasumując, powinniśmy zaznaczyć, że naświetlanie w ch. B. jest jednym z najskuteczniejszych, najłat-

wiejszych, najmniej kłopotliwych i zupełnie bezpiecznych dla chorego środków zachowawczego leczenia. Wynik terapeutyczny w tych razach nie zależy jednak wyłącznie od nowoczesnej techniki, tego lub innego sposobu dawkowania promieni, ale również od wrażliwości tarczycy na promienie R o e n t g e n a i od czasu trwania choroby.

#### P I Ś M I E N N I C T W O.

J. Borak. Rentgenpraxis H. 4/1933. J. Rother. Lehrbuch d. Strahlenther. t. III. P. Lazarus. Ther d. Gegenwart, z. z. 9.10. 1931. Kogan, Jasnyj. Nowyj Chirurg. Archiw Nr. 8 (125). H. Dennig. Medizin. Klin. Nr. 40, 41, 42. Hurxthal, Lewis M. Arch. int. Med. 53, 762, 781. 1934. Frey, Ernst. Mntsch. Psychiatr. 89, 241—248/1934. F. Nathan. Polski Przegl. Chirurg. T. XIV z. 3. N. Mesz. W. Czas. Lek. Nr. 23, 24/1935. M. Le-wenfisz. W. Czas. Lek. Nr. 25, 26/1934. Nr. 12/1935. A. Landau. Polska Gaz Lek. Nr. 36/1935.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału oto-laryngologicznego (Ord. Dr. B. Karbowski) i z oddziału rentgenologicznego (Ord. Dr. N. Mesz) Szpitala na Czystem w Warszawie.

### Stosowanie lipjodolu w celach leczniczych w ropniach mózgu i mózdzku.

Podał

Dr. B. KARBOWSKI (Warszawa).

W ropniach mózgu lipjodol był dotychczas stosowany wyłącznie do zdjęć kontrastowych. Zdjęcia kontrastowe w ropniach mózgu i mózdzku w okresie pooperacyjnym mają ważne znaczenie praktyczne, albowiem na tej drodze udaje się ustalić, czy są zacieki, i jaki jest stosunek poszczególnych części ropnia do drogi odpływu.

Uffenorde i Meyer za pomocą zdjęć kontrastowych lipjodolowych ustalili przerwanie się ropni mózgu do komór bocznych.

Prof. Laskiewicz również badał na tej samej drodze ropnie mózgu i stwierdził przerwanie się ropni do komór bocznych.

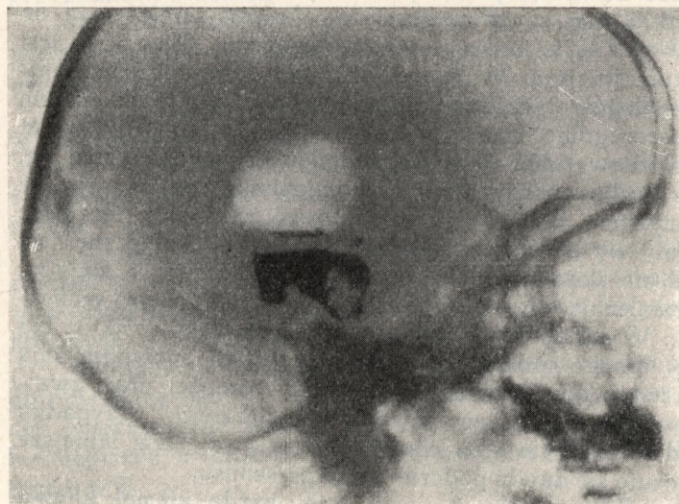
O ile mi wiadomo, lipjodolu do celów leczniczych w ropniach mózgu dotychczas nikt nie stosował. Do wypróbowania lipjodolu w ropniach mózgu, w których przebieg pooperacyjny jest niezadawalający, zachęciły mnie przypadki ropni płuc, w których przy pomocy lipjodolu niekiedy otrzymuje się szybką poprawę, niekiedy nawet szybkie i trwałe wyleczenie.

Pierwszy przypadek dotyczy 6-letniej dziewczynki, która przysłana została do Szpitala w stanie ciężkim z rozpoznaniem: ropne zapalenie opon usznego pochodzenia.

Badanie na oddziale ustaliło, że objawy oponowe wywołane są przez ropień mózgu w zrazie skroniowym, co potwierdzone zostało też na stole operacyjnym. Po dokonaniu doświetlonej operacji opróżniony został ropień dużych rozmiarów. Ropa była cuchnąca. Złożony został dren szklany o średnicy 1 cm. Pomimo częstych opatrunków stan chorej nie poprawiał się. Stale wydobywała się cuchnąca ropna wydzielina.

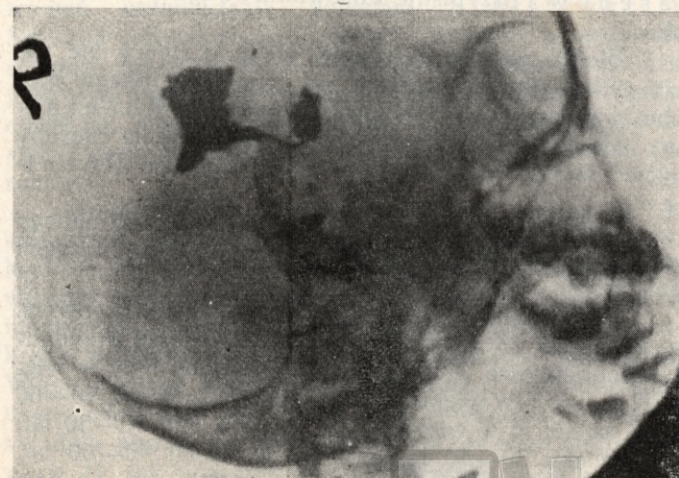
1/XII.34. Jama ropnia wypełniona została częściowo lipjodolem. Zdjęcie rentgenowskie ustaliło, że jama jest dużych rozmiarów 7×8 cm., i że istnieje zacieki, którego dno znajduje się 2—3 cm. poniżej poziomu, na którym znajdowała się droga

odpływu. Po zastosowaniu lipjodolu nastąpiła wyraźna poprawa. Wydzielina była mniej obfita i bez zapachu.



Zdj. 1.

Kontrastowe zdjęcie ropnia mózgu w pozycji stojącej.



Zdj. 2.

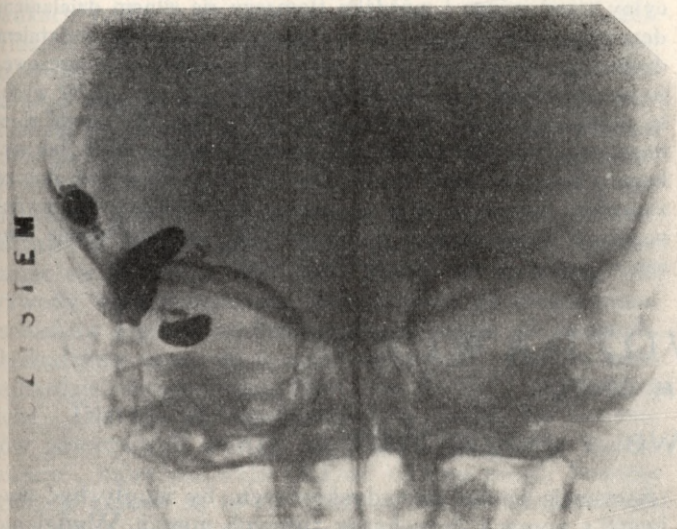
Kontrastowe zdjęcie ropnia mózgu w pozycji Trendelenburga.

5/XII.34. Powtórne wprowadzenie lipjodolu. Szybka poprawa stanu rany.

8/XII.34. Wycieku z jamy ropnia nie było, wobec czego usunięty został dren szklany. Pacjentka przeszła na oddział wietrzna ospę.

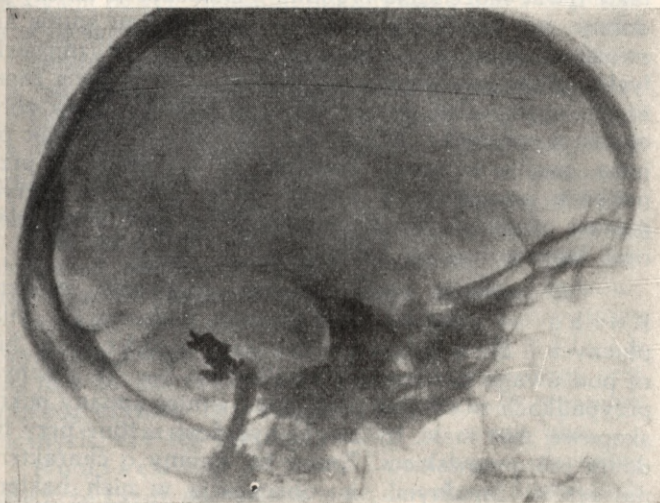
6/I.35. Pacjentka wypisała się w stanie dobrym, z raną zagojoną, bez jakichkolwiek zaburzeń ze strony układu nerwowego, poza nieznaczną różnicą w odruchach ścięgniowych  $l > p$ .

Zdjęcie rentgenowskie wykazało, że pozostały trzy plomby lipjodolowe wielkości orzechów laskowych.



Zdj. 3.

Zdjęcie przedmiotowe po 8 miesiącach (a. b. c. plomby lipj dolowe).



Zdj. 4.

Zdjęcie boczne po 14 miesiącach (a. plomba lipjodolowa).

Zdjęcie po 8 miesiącach wykazało, że plomby lipjodolowe nie zmieniły się. Zdjęcie rentgenowskie po 14 mies. ustaliło nieznaczne zmniejszenie się plomb lipjodolowych.

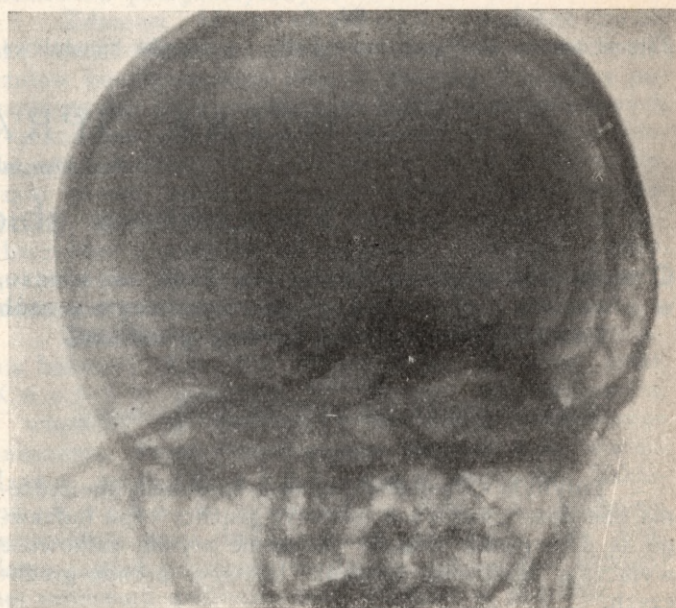
Drugi przypadek dotyczy 23-letniej pacjentki, która przysłana została na oddział przez jednego z kolegów łódzkich z rozpoznaniem: powikłanie wewnątrzczaszkowe usznego pochodzenia.

25/XII.35. Badanie wykryło przewlekłe ropienie ucha prawego; schorzenie zapalne ucha wewnętrznego i wyraźne objawy schorzenia ropnego prawej półkuli mózdzkowej. Głuchota kompletna prawego ucha; Ny obustronny; chód chwiej-

ny ze zbaczaniem w stronę prawą; wybitne osłabienie siły mięśniowej kończyn równobocznych. Objaw omijania w prawej ręce i wyraźna adiadochokineza również prawej górnej kończyny.

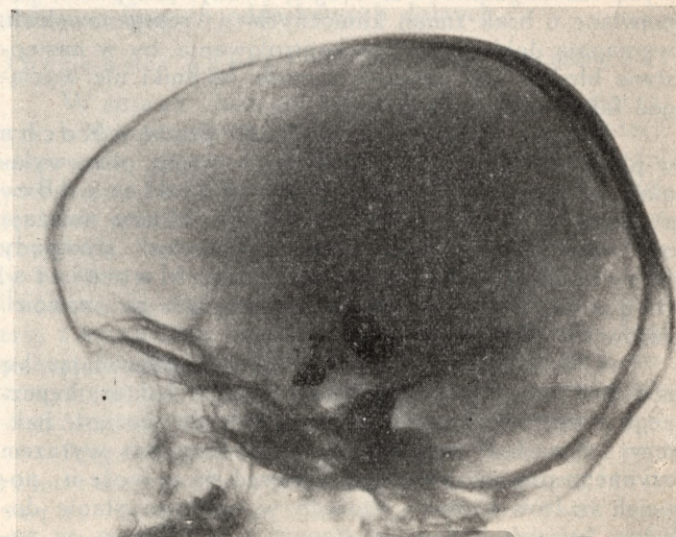
26/XII.35. Operacja w uśpieniu ogólnym. Po dokonaniu doszczętnej operacji ucha środkowego otwarte zostało metodą N e u m a n n a ucho wewnętrzne. Po usunięciu części kości skalistej obnażona została opona twarda w obrębie płata półksiężycowatego dolnego (*lobus semilunaris infer. cerebelli*). Opona w tem miejscu była przekrwiona. Nakłucie wykazało obecność cuchnącej ropy. Po nacięciu opony twardej ropień został opróżniony i wprowadzony dren szklany.

27/XII.35. Następnego dnia dren szklany został usunięty, wprowadzono natomiast dren gumowy twardy, szczelnie przylegający do otworu w oponie twardej. Za pomocą strzykawki aspirowana została zalegająca jeszcze treść ropna razem z tkanką znekrotyzowaną mózdzku. Jama ropnia została natychmiast wypełniona lipjodolem.



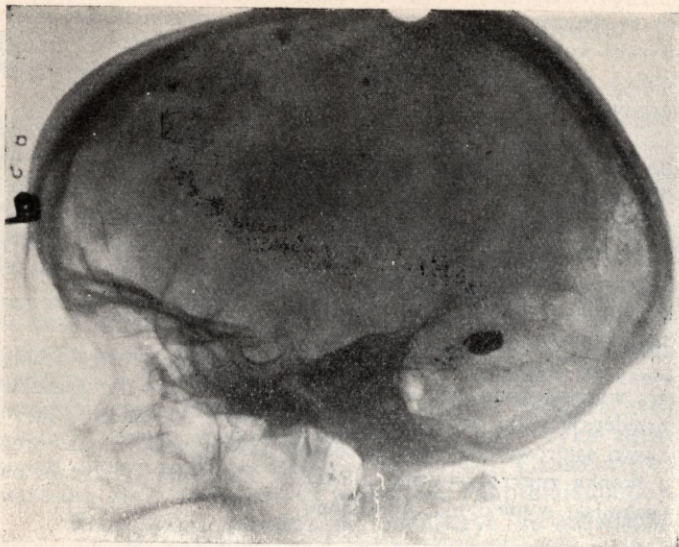
Zdj. 5.

Kontrastowe zdjęcie przedmiotowe ropnia mózdzku (a. ropień)



Zdj. 6.

Kontrastowe zdjęcie ropnia mózdzku (a. ropień).



Zdj. 7.

Zdjęcie boczne po trzech miesiącach. (a. plomba lipiodolowa.)

30/XII.35. Z jamy ropnia wydobywała się b. skąpa, zlepkawa mętawa wydzielina. Dren został usunięty. Zdjęcie rentgenowskie wykazało, że jama ropnia o średnicy 2×3 cm. wypełniona jest lipiodolem. Wszystkie objawy mózdkowe szybko ustąpiły. Zdjęcie, wykonane 18.XI.35 r., wykazało, że plomba lipiodolowa utrzymuje się.

28/I.36. Chora została wypisana w stanie dobrym.

26/II.36. Wykonane zostało kontrolne zdjęcie, które wykazało, że plomba znajduje się w tym samym miejscu. Rozmiar jest może nieco mniejszy. Chora czuje się zupełnie dobrze.

Wybitny wpływ dodatni lipiodolu na przebieg pooperacyjnej ropni mózgu i mózdku tłumaczy się silnym działaniem dezynfekcyjnym lipiodolu, który zawiera 40% jodu; dodatnim działaniem, nie podlegającym rozkładowi preparatu tłuszczowego na wrzodziejące powierzchnie. Ponadto lipiodol, mając wysoki ciężar gatunkowy, wypełnia zacieki, wydzielina ropnia zbiera się nad lipiodolem, co sprzyja opróżnieniu się ropnia. Jak wykazuje pierwsza obserwacja, plomby lipiodolowe są dobrze znoszone. Jod wysycha b. stopniowo. Po kilku latach prawdopodobnie tłuszcz ulegnie zmydleniu i dłuższy czas będzie jeszcze widoczny w postaci małych ziarenek.

## 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.

Podala

Wiwa GEYSMER-JAROSZEWICZ (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 17)

Jedynym całkowicie pewnym sposobem stwierdzenia obecności złośliwych bakterij gruźlicy typu ludzkiego są szczepienia świnek: dodatnie wyniki całkowicie wyłączają możliwość istnienia bakterij pseudo-gruźliczych.

Aby móc wiązać obecność prątków w płwocinie z całkowitą pewnością ze sprawą płucną, należy wyłączyć pozatem pochodzenie prątków z górnych dróg oddechowych lub migdałków. Z drugiej strony, przypadki, pomawiane o brak zmian klinicznych i rentgenowskich, wymagają dokładnego przekontrolowania, by w następstwie błędów lub niedostateczności techniki nie wyciągać fałszywych wniosków.

Wśród interpretacji obecności prątków Kocha w płwocinie, przy braku objawów ze strony płuc, wyłaniają się na pierwszy plan poglądy Cordiera, Bezançona, Meyera i innych, którzy uważają osobników tych za „nosicieli ozdrowieńców”, i poglądy Meerssemmana, Faurea, Matiniera, Blumea i innych, którzy uważają ich za „nosicieli zdrowych”.

Cordier już w 1927 roku, zastanawiając się nad znaczeniem semjologicznym badania bakterjologicznego płwociny w gruźlicy płuc, podaje, że obecność bakterij Kocha w płwocinie niezawsze jest wyrazem czynnego procesu płucnego. Zdarzać się to może u „nosicieli ozdrowieńców”, chorych w ogólnym stanie dobrym, których badanie następuje przypadkowo, w następstwie banalnej, przejściowej choroby, lub występowania gruźlicy u osób z ich otoczenia. Całkowicie negatywny wynik badania tych chorych należy tłumaczyć

obecnością zmian zbyt dyskretnych, by mogły być wykryte z pomocą dotychczas znanych metod. Wydalanie bakterij Kocha może też być przypadkowe w czasie trwania lub w następstwie ostrych spraw płucnych u osobników, nie przedstawiających widocznych rentgenologicznie i klinicznie zmian swoistych. Wydalanie takie trwać może kilka tygodni. Tłumaczyć je należy podobnie, jak bacillemy gruźlicze w przebiegu spraw nieswoistych ostrych, reaktywacją starych zbliznowaciałych ognisk, wyrażającą się przejściowym stanem zapalnym i następstwem przechodzeniem bakterij poza obręb ognisk wygasłych. Meerssemman, nie uznając pojęcia „bacille de sortie”, twierdzi, że w podobnych przypadkach przypuszczać należy raczej obecność ostrych postaci gruźlicy typu pneumonicznego lub cortico-pleuritis, które cofają się całkowicie.

W próbach wytłumaczenia obecności bakterij Kocha w płwocinie, przy braku widocznych zmian płucnych, Bezançon, Braun i Meyer biorą pod uwagę następujące możliwości: 1-o W pewnych przypadkach w obrębie płuc mogą istnieć zmiany mikroskopowe zbyt małe, by mogły być dostrzeżone przy badaniu rentgenowskim. Znane są zmiany o charakterze najczęściej zapalnym, z obecnością w nich bakterij Kocha, widoczne przy badaniu anatomo-patologicznym wyłącznie mikroskopowo. Jasne jest, że zmiany tego rodzaju nie mogą być wykryte badaniem rentgenowskim. 2-o W innych razach stan uszkodzeń gruźliczych może rentgenologicznie nie różnić się od otaczającej tkanki zdrowej, zwłaszcza, jeśli się weźmie pod uwagę możliwość usadowienia się podobnych zmian w sąsiedztwie normalnych cieni w obrębie płuc. Zmiany te staną się widoczne dopiero wówczas, gdy osiągną odpowiednie rozmiary, lub gdy zwiększy się ich zbitość. Wystąpienie płwociny bakteryjnej w przypadkach tego rodzaju poprzedzi zjawienie się odpowiednika rentgenowskiego. 3-o U niektórych chorych, przedstawiających banalne zmiany marskie płuc, zbiorniki bakterij mogą

istnieć wśród sieci cieni zmian marskich widocznych na ekranie, a w okresie przejściowych przekrwień lub nawalów może nastąpić wydalanie bakteryj. 4-o Wreszcie, zdaniem autorów, nie można zaprzeczyć możliwości istnienia gruźliczych ostrych zapaleń oskrzeli, które dają całkowicie ujemny wynik badania radiologicznego. Choć według poglądów Girauda i innych tę możliwość należy odrzucić, to jednak Marfan uważa taką postać za istniejącą, opisując „nieżyty oskrzeli pseudo-grypowe gruźlicze”, a Dumarest i Marotte podają nawet przykłady. Bezanson twierdzi, że w przypadkach tych chodzi raczej o ostry obrzęk oskrzeli (fluxion bronchique aiguë). 5-o Wydalanie bakteryj następować może również przy okazji przejściowego banalnego ostrego nawalu lub przekrwienia płuc. Ten mechanizm powstawania bakteryjnej plwociny porównywa autor ze zjawianiem się przejściowych monosymptomatycznych krwiopłuc. Przekrwienie lokalne byłoby też przyczyną przejściowej plwociny bakteryjnej w przebiegu ostrych pneumopatij banalnych. Autorzy ci, streszczając się, twierdzą, że „ani objawy, ani przebieg, ani wywody anatomiczne nie upoważniają do traktowania osobników z plwociną bakteryjną za zdrowych nosicieli. Uszkodzenie musi się u nich znajdować, choćby było najbardziej skryte, najbardziej niewidoczne i najbardziej ciche”. Dlatego najodpowiedniejszą nazwą dla osobników powyższych wydaje się nazwa „nosiciele ozdrowieńcy”, która pozwala uniknąć chaosu pojęć; bowiem nosiciele zdrowi są to ci, którzy w istocie nie przedstawiają żadnych objawów chorobowych, jak to się zdarza u nosicieli typowych np. zarazków cholery, dyzenterji i t. p.

Do poglądów Cordiera i Bezanson dorzucić trzeba poglądy Opitza, dotyczące przede wszystkim dzieci. Badania, dokonywane przez tego autora ze szczeniem świnkom plwociny dzieci, które były zmienne swoiste, dowodzą obecności prątków Kocha po upływie nawet 5 lat od chwili zniknięcia objawów klinicznych i rentgenowskich. Jasne jest, że w licznych przypadkach gruźlicy pozapłucnej lub w procesach spornych obecność laseczników gruźlicy w plwocinie musi być wyrazem ognisk płucnych już przebrzmiałych, być może, uprzednio zupełnie niespostrzeżonych, ewentualnie zbyt małych, by mogły one dawać objawy kliniczne, czy też rentgenowskie. Płuca wydają się wówczas pozornie tylko nietknięte. W związku z powyższymi wynikami badań Opitz twierdzi, że u małych dzieci dodatni odczyn tuberkulinowy równoznaczny jest z gruźlicą czynną, bez względu na obecność objawów klinicznych, czy też rentgenowskich ze strony płuc.

Poulsen i Friedlaender twierdzą również, że każde alergiczne małe dziecko w pierwszych 2 latach życia wydała bakterje Kocha.

W przeciwieństwie do wyżej przytoczonych teorii istnienia zmian gruźliczych niewidocznych Meersseman, Faure, Matinier, Leger, Blume i inni twierdzą, że w pewnych przypadkach należy przyjmować możliwość istnienia prawdziwych „zdrowych nosicieli”. Zagadnienie to ująć należy w formie, czy bakterje Kocha mogą być wydalone poprzez pęcherzyki, nie wywołując powstania gruźlicy płucnej?

W wywodach swych Meersseman opiera się na następujących danych. Wiadomo, że bakterje Kocha mogą być wydalone przez drogi żółciowe, nerki, gruczoły sutkowe bez uszkodzania ich nabłonków. Calmette i Guérin wykazali, że laseczniki Kocha mogą przenikać poprzez nabłonek jelitowy

bydła, nie uszkadzając go zupełnie. Badania Leureta i Caussimona nad odczynami tkanki płucnej w gruźlicy wydają się przemawiać za możliwością wydalania bakteryj Kocha również i przez nieuszkodzone płuca. Autorzy ci wywoływali u królików bacillemję a następnie stwierdzali wydalanie bakteryj Kocha przez płuca. Wprawdzie wydalaniu towarzyszył odczyn pęcherzykowy, lecz nieróżniący się od odczynu, występującego przy wydalaniu poprzez płuca bakteryj martwych lub innych substancji obojętnych. Autorzy ci podają, że „wydaje się, iż tkanka płucna zdolna jest reagować w ten sposób, że może się uwalniać od ciał obcych lub czynników patogenetycznych, których jej dostarcza krew lub drogi oskrzelowe. W niektórych przypadkach wydalanie to odbywa się według schematu bardzo prostego. Reakcja pęcherzykowa jest skuteczna. W innych razach, przeciwnie, wydalanie jest zahamowane przez okoliczności, które zależą albo od ustroju albo od samych elementów patogenetycznych”.

Zdaniem Meerssemana, podobne zjawisko zachodzić może u ludzi w następstwie „cichych” rzutów bacillemicznych albo w związku z gruźlicą pozapłucną lub też w stosunku do bakteryj, przyniesionych z gruczołów tchawiczno-oskrzelowych przez drogi limfatyczne. Bakterje te wydalone być mogą przez pęcherzyki płucne, gdzie powodują jedynie odczyn histologiczny, który rozwija się w kierunku oczyszczenia pęcherzyków i *restitutio ad integrum*. Zdaniem autora, najczęstszym źródłem pochodzenia tych bakteryj jest pierwotne zakażenie odległe.

Zdolność zdrowej tkanki płucnej do przepuszczania bakteryj Kocha tłumaczyłaby obecność bakt. Kocha w plwocinie w okresie preallergicznym, i wiążącby ją należało z bacillemją pierwotnego zakażenia. Przemawia za tem również fakt stwierdzenia przez Walgreena obecności bakteryj Kocha w plwocinie u dzieci z rumieniem guzowatym, przy braku zmian płucnych. Jak wiadomo rumień guzowaty występuje, jako objaw osłabionej septicemji gruźliczej przy wtargnięciu prątków.

Wspomnieć wreszcie trzeba o badaniach Straussa, który dowodzi, że bakterje Kocha mogą się znajdować na śluzówce nosa osobników zdrowych, i który przypuszcza, że żyją one również jako saprofit w drogach oddechowych dolnych.

Obecność bakteryj Kocha w moczu.

W sprawie obecności bakteryj Kocha w moczu, przy braku wszelkich zmian gruźliczych w narządach moczowych, zdania autorów różnią się skrajnie. Jedni twierdzą, że bacillurja zdarza się często, czy to w następstwie przejściowych bacillemij u chorych na gruźlicę przewlekłą, czy też w następstwie ostrych infekcyj, kiedy bacillemja występuje w postaci „bacille de sortie”, i wówczas narząd moczowy jest drogą usuwania bakteryj z ustroju, nie ulegając zmianom chorobowym. Inni badacze uważają bacillurję przy zdrowym narządzie moczowym za wyjątkowo rzadko spotykaną; są wreszcie i tacy, którzy całkowicie odrzucają tę możliwość.

Przez długie lata panował pogląd Fourniera, Beaufuméa, Jousseta, Fullertona, Hilliera, Rollya, Ludkego i Sturma, którzy twierdzili, że u chorych na gruźlicę zdrowe nerki mogą wydalać prątki Kocha, nie ulegając zakażeniu.

Badania krytyczne L. Bernarda i Salomona z 1918 roku, przeprowadzane u 42 chorych na

suchoty, wykazały bacillurję tylko w 5 przypadkach. Badacze ci twierdzą, że „bacillurja gruźlicza bez gruźlicy narządu moczowego jest możliwa, ale zdarza się wyjątkowo. Bacillurja gruźlicza jest prawie zawsze wyrazem obecności ogniska gruźliczego w drogach moczowych”.

W roku 1914 Rist i Léon-Kindberg opisują przypadek bacillurji potwierdzony sekcyjnie, w którym przy braku zmian w narządzie moczowym znaleziono w płucach zbliznowiałe ognisko swoiste.

Ostatnie lata przyniosły wiele materiału w sprawie powyższego zagadnienia, wyniki jednak są nadal rozbieżne.

Bader i Siegfried przeprowadzili badania w 100 przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc, wykonując posiewy i szczepienia świnek i otrzymując zawsze wyniki ujemne.

Piero de Favento na ogólną liczbę 128 chorych znajduje tylko w 3 przypadkach obecność bakterij Kocha w moczu u chorych na suchoty.

J. Menton na ogólną liczbę 100 chorych na gruźlicę wykrył bacillurję w 1 przypadku. Autor ten wprowadzał świnkom i królikom duże ilości bakterij dożylnie; dokonywane poszukiwania bakterij w moczu po upływie trzech dni dawały zawsze wyniki ujemne. Gaiginsky i I. Petresco również zakażali świnki drogą podskórną, dożylną lub oskrzelową; badania moczu tych świnek metodą posiewów na podłożu Loewensteina i szczepieniami, pozostawały zawsze ujemne.

Spitzer i Williams, szczepiąc świnkom moczu 103 chorych na gruźlicę płuc, nie wykrywali również laseczników Kocha.

Pezzangora i Bacanu w 82 przypadkach oraz Saenz, Eisendrath, Costil i Sadettin w 100 przypadkach, badając moczu z pomocą posiewów i szczepień, otrzymują stale wyniki ujemne. Twierdzą oni wraz z Riederem, Baderem, Williamsem, Helmhosem, Medlarem i Sasonoem, że „bacillurję spotyka się u chorych na gruźlicę płuc tylko wówczas, gdy narząd moczowy przedstawia zmiany gruźlicze. Filtr nerkowy jest nieprzepuszczalny dla bakterij Kocha”.

W przeciwieństwie do badań wyżej przytoczonych szereg autorów stwierdza obecność bacillurji gruźliczej przy braku zmian w narządzie moczowym. Deist otrzymuje dodatnie wyniki w 21 przypadkach na 54 badanych, Hager w 28,3% przypadków różnych postaci gruźlicy, poza nerkową.

Robin, Brion i Corson w badaniach na psach stwierdzają bacillurję w 54% przypadków, uważając ją za przejściową i stanowczo nie wywołaną uszkodzeniem nerek.

Wreszcie L. Nègre i J. Troisier, opierając się na badaniach Troisiera i T. de Sanctis Monaldi, Saenza, Pinarda, Costila i Fiehrera, którzy spostrzegali bacillemję przejściową w przebiegu ostrych cierpień zakaźnych, poszukują w podobnych przypadkach bakterij Kocha w moczu. Badając 14 osób, znajdują w 3 przypadkach (21,4%) obecność laseczników Kocha w moczu, przy braku zmian swoistych w narządzie moczowym i wogóle czynnej sprawy gruźliczej w ustroju, lecz dodatnim odczynem tuberkulinowym, w okresie ostrej sprawy infekcyjnej.

Metoda, użyta przez autorów w ich badaniach, różni się od dotąd stosowanych. Jest to metoda, polecana przez Nègre'a, Valtisa, Van Deinsa

i Beersa: odmienność jej polega na tem, że świnkom, którym wstrzyknięto materiał podejrzany o gruźlicę, wprowadza się podskórną kilkakrotnie wyciąg acetonowy bakterij Kocha. Metoda ta, zdaniem autorów, jest znacznie czulsza zarówno od hodowli Loewensteina, jak i od zwykłych szczepień. Pozwala ona wykryć obecność nietylko nielicznych bakterij w materiale badanym, ale i tych postaci, które narazie nie posiadają złośliwości zwykłych pałeczek Kocha, uzyskując ją w następstwie traktowania świnek wyciągiem acetonowym.

Bakterje Kocha mogą być, zdaniem powyższych autorów, wydalone z ustroju pod postacią, która, okresowo może, różni się od bakterij zwykłych brakiem zjadliwości.

Obecność bakterij Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Badania różnych autorów, dotyczące obecności prątków Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym, przy braku zmian swoistych na oponach, dają również wyniki rozbieżne.

Jak wiadomo, Loewenstein znajdował je w licznych przypadkach różnych cierpień układu nerwowego, jak płasawica, otępienie wczesne i w wielu innych. Badania te dotyczyły jednocześnie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego; przyczem znajdowano prątki Kocha nietylko w hodowli, lecz zwykłym badaniem osadu krwi metodą Ziehl-Neelsena.

Przypadki obecności bakterij Kocha, potwierdzone hodowlą i szczepieniem świnek w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu chorób psychicznych, podają Toulouse, Valtis, Schiff i Van Deinsa i wielu innych. Lagrange F. i Vaisbuch opisują przypadek guza mózgowego, potwierdzony sekcyjnie, gdzie stwierdzono obecność prątków Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym, przy braku wszelkich zmian swoistych na oponach przy badaniu postmiernem.

Większość autorów nie zgadza się z Loewensteinem, który chciałby w prątku gruźlicy widzieć czynnik patogenetyczny powyższych cierpień; sądzą natomiast, że nie chodzi bynajmniej o zakażenie gruźlicze układu nerwowego, lecz tylko o przechodzenie zarazka z krążenia ogólnego do płynu mózgowo-rdzeniowego poprzez barjerę krwionośno-mózgową.

Badania doświadczalne, dokonane przez Pucę, przeciwstawiają się jednak powyższemu poglądom. Autor ten poszukiwał prątków Kocha we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym u 22 chorych z daleko posuniętymi zmianami swoistymi płuc. W 5 przypadkach stwierdził bakterje Kocha we krwi. Jednak badania płynu mózgowo-rdzeniowego u tych chorych, dokonywane kilkakrotnie, tak z pomocą posiewu, jak i szczepień, nie wykazały obecności w nim bakterij Kocha.

Na podstawie tych badań twierdzi Pucę, że zaporą krwionośno-mózgową nie jest przepuszczalna dla bakterij Kocha u chorych na gruźlicę, i że bacillemji nie musi towarzyszyć obecność laseczników Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Wnioski.

Reasumując wyniki badań i poglądy różnych autorów na zagadnienie obecności pałeczek Kocha w ustrojach lub narządach niegruźliczych i na możliwości wydalania ich przez nieuszkodzone narządy, sądzić należy, że:

1) Bacillemyja gruźlicza występuje przy braku wszelkich zmian anatomicznych — w okresie przedalergicznym.

2) Bacillemyja może występować w przebiegu ostrych cierpień niegruźliczych w następstwie reaktywacji ognisk nieczynnych, ale prawdopodobnie i inne czynniki urazowe mogą powodować wychodzenie bakterij z ognisk wygasłych.

3) Płwocina bakteryjna nie jest bęzwzględny wyrazem toczącej się sprawy c z y n n e j. Może ona występować przed powstaniem widocznych rentgenologicznie i klinicznie zmian płucnych, na długie lata po wygaśnięciu sprawy płucnej lub wreszcie w następstwie reaktywacji przebrzmiałych ognisk, spowodowanej przyczynami przypadkowymi („bacille de sortie”).

4) Możliwość przechodzenia bakterij K o c h a przez zdrowe płuca, nerki lub barierę krwionośno-mózgową nie wydaje się być dostatecznie potwierdzona.

Przypuszczać należy, że badania zwrócone w kierunku wykrywania młodych postaci prątków K o c h a wpłyną na uzgodnienie rozbieżności wyników badań i poglądów.

#### ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

1. Cordier V. Rev. de la T. B. C. 1927 z. 2. — 2. Cordier V. Soc. med. des Hôp. de Lyon 30 octobre 1923. — 3. Bezançon F., P. Braun, A. Meyer. Presse Méd. 1934. 9 mai. Rev. de la T. B. C. 1934 z. 2. — 4. Bezançon F., P. Braun, Frey-Ragu. Rev. de la T. B. C. 1930 z. 2. — 5. Blume. Med. Klinik. 3 octobre 1930. — 6. Courmont P. Paris Méd. 1934, 6 janvier.

— 7. Bonnet H., Legros. Ann. de Méd. 1933. Z. 3. — 8. Debré R., A. Saenz, R. Broca. Soc. Med. des Hôp. de Paris. 25 mai 1934. — 9. Faure F. i Mañinier. Presse Méd. 23 mai 1934. — 10. Huebschmann P. Pathologische Anatomie der Tuberkulose. 1928. — 11. Jacob P. Rev. de la T. B. C. 1934 str. 521. — 12. Jullien. Rev. de la T. B. C. 1934 str. 521. — 13. Kudelski Ch., L. Leroux i El. Kudelski. Rev. de la T. B. C. 1934. Z. 2. — 14. Lagrange F. i A. Vaisbuch. Rev. de la T. B. C. 1934 z. 2. — 15. Meersseman F. — Presse Méd. 1935. 2 mars. — 16. Meersseman F. Rev. de la T. B. C. 1933 z. 10. — 17. Meersseman F. Paris Méd. 1934 z. I. — 18. Nègre L. i J. Troisier. Presse Méd. 1935. 9 novembre. — 19. Nègre L. J. Valtis, F. Van Deirse i J. Beerens. Presse Méd. 1932. 24 decembre. — 20. Opitz. Munch. med. Wochenschrift. 1931 str. 949. — 21. Saenz A. Annales de l'Institut Pasteur. 1934 str. 645. — 22. Saenz A., D. Eisendrath, L. Costil i M. Sadettin. C. R. Soc. de Biol. 1935. 29 juin. — 23. Sergent E. Bull. Acad. de Med. 1932. 31 mai. — 24. Troisier J. i T. de Sanctis Monaldi. Ann. de l'Institut Pasteur. 1932 novembre. — 25. Paraf J. i A. Abaza. Ann. de Medecine 1933 z. 3. — 26. Pezzangora F. i C. Bacanu. C. R. Soc. de Biol. 1935. 29 juin. — 27. Puca A. C. R. de Soc. de Biol. 1935. 18 mai. — 28. Gaiginsky A. i I. Petresco. C. R. Soc. de Biol. 1935. 4 mai. — 29. Humann. Progrès Méd. 1934. 3 novembre. — 30. Leuret E. i J. Caussimon. Les réactions du tissu pulmonaires dans la tuberculose. (Masson et Cie, éditeurs) 1933. — 31. Umfrage. Welche praktischen Folgerungen ergeben sich aus den Befunden von Tuberkelbazillen bei symptomfreien Kindern. Kinder-arzt. Praxis 1932. Z 7, 8, 6, 10. — 32. Meyer A. La tuberculose pulmonaire occulte à expectoration bacillifère. Paris. Amédée Legrand. 1935.

## Oceny książek

Prof. dr. L. KORCZYŃSKI. **Zarys klimatologii lekarskiej.** Część II. Wydanie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, Kraków 1936 r. (str. 552+XIV).

Część II „Zarysu klimatologii lekarskiej”, którego część I ukazała się w r. 1933, pozwala dopiero ocenić ogrom pracy, włożonej w to dzieło przez autora. Ten pierwszy polski podręcznik klimatologii nie jest zarysem, lecz naprawdę encyklopedją tej gałęzi nauki, traktowanej u nas dotychczas pomacoszemu zarówno na uniwersytetach, jak i przez lekarzy-praktyków, których wiadomości w tej dziedzinie są więcej niż skąpe. Ten podręcznik klimatologii jest pierwszym tego rodzaju polskim podręcznikiem nie tylko dlatego, że autorem jego jest uczony polski, lecz również, a może przede wszystkim dlatego, że zostały w nim nader szeroko uwzględnione właściwości klimatyczne Polski. 145 stronic poświęcił autor omówieniu „Charakterystyki i geografji klimatu na ziemiach polskich”. Z rozdziału tego widać, jak mało, niestety,

dotąd zrobiono u nas w dziedzinie poznania czynników klimatycznych i ich wpływu na ustrój i zdrowie ludzi. Na pierwszych 45 stronicach omawia autor rozmaite podziały klimatów. Ostatnia wreszcie część (354 stronic) poświęcona została drobiazgowemu omówieniu klimatów górskiego, pustynnego, stepowego, leśnego, morskiego, tropikalnego i polarnego. W każdym z tych działów zostały dokładnie przedstawione wszystkie cechy naszego klimatu, jego wpływ na ustrój z uwzględnieniem wszystkich układów narządowych, wskazania lekarskie dla pobytu w danym klimacie, podane wreszcie zostały ważniejsze uzdrowiska o danym klimacie, przy czem wyczerpująco zostały przytoczone odpowiednie uzdrowiska krajowe. Ożywiają książkę 174 tablice i 40 rysunków, zamieszczonych w tekście. Korekta pozostawia nieco do życzenia. Umieszczenie Dublinu w Szkocji (zamiast w Irlandji) i Barcelony w Portugalji (zamiast w Hiszpanji) (vide str. 406) należy uważać za *lapsus calami*. H. J. L a n d a u.

## Wskazówki praktyczne

Eimer tak charakteryzuje wyniki *współczesnego leczenia zapalenia płuc*: seroterapia daje bardzo dobre wyniki w przypadkach typu I i II, o ile w pierwszych dniach zastosować skoncentrowaną monowalentną surowicę. Solvochina należy do środków bardzo skutecznych. Optochina (*Optochin. basic.*) nie daje ubocznych objawów toksycznych, zwłaszcza, jeżeli się surowo trzymać djety mlecznej. Leczenie to zredukowało śmiertelność do połowy. Transpulminę można polecać w razie opóźniającego się zakończenia zapal. płuc krupowego. (Ther. Gegenw. 1936. Z. 2).

—o—

Bober (P. Gaz. Lek. 1935) zaleca stosowanie *antico-manu* w przypadkach lekkiej i średnio-ciężkiej *cukrzycy*, zaś głównym zakresem działania *antico-manu* ma być ustalona *cukrzyca* ludzi starszych. (P. Gaz. Lek. 1935).

—o—

M. Piesocki po doświadczeniach, przeprowadzonych na myszach, które wykazały, że dodatek *Redoxonu* „Roche” do zastrzykiwań *arsenobenzolowych* zmniejsza w *niebywały sposób toksyczność* tych preparatów, przeprowadził szereg prób na ludziach. Okazało się, że chorzy, u których po zastrzykiwaniach preparatów *arsenobenzolowych* występowały

zmiany na skórze, bóle głowy, zmęczenie, gorączka, wymioty i inne objawy, znosili świetnie te zastrzykiwania, gdy dodawano do nich roztwór Redoxonu: 0,05 w 10 cm<sup>3</sup> destylowanej wody, przyczem działanie arsenobenzolu nie straciło nic na swojej wartości. (Klinika Dermatol. w Genewie).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

#### XVI. Zebranie z dnia 6 grudnia 1935 roku.

Obecnych na Zebraniu 36 osób.

Zebranie odbyło się wspólnie z Poznańskim Towarzystwem Miłośników Historji Medycyny i Nauk Przyrodniczych.

Po zagajeniu zebrania przez Kol. Karola S ant a r i u s z a p o d a j e d o w i a d o m o ś c i z e b r a n y c h n a s t ę p u j ą c e k o m u n i k a t y Z a r z ą d u :

1. a) Redakcja „Medycyny Praktycznej“ donosi o nabożeństwie żałobnym za duszę s. p. Dr. Ludwika G a s i o r o w s k i e g o. Nabożeństwo odbędzie się dnia 9.XII w kościele garnizonowym. b) Przy VII Szpitalu Okręgowym zorganizowano stację dawców krwi. Bliższych informacji udziela Kol. Karol S a n t a r i u s z a VII Szpitala Okręgowego. c) Zarządowi przesłano program III Zjazdu Naukowego Oficerów Służby Zdrowia (3—5 stycznia 36 r. w Warszawie). d) Program XVI zebrania Wydziału Lekarskiego został rozszerzony przez referat dodatkowy prof. Adama W r z o s k a (członka honorowego Wydziału) na temat „Benedykt Dybowski i Jan Jędrzejewicz bohaterzy nauki“.

#### 2. P o k a z y :

Kol. N e y m a n Kazimierz (członek Wydziału): „Leczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą insuliny metodą Węgielki“. Kol. N e y m a n demonstruje chorego z oddziału wewnętrznego 7 Szpitala Okręgowego, u którego rozpoznano typową dychawicę oskrzelową z częstymi napadami. — Ponieważ leczenie dietetyczne i farmakologiczne nie dawało zadowalających rezultatów, zastosowano sposób leczenia, podany przez Węgielkę z Warszawy. Chory otrzymał 40 jednostek insuliny naczcho bez wyraźnej poprawy, wobec czego podano po 4 dniach ponownie 40 jednostek, poczem stan się znacznie poprawił, i chory był przez szereg dni bez napadów. Stan ten trwał przez 14 dni, poczem zaczęły występować ponowne lekkie napady duszności, i dlatego przed 4 dniami chory otrzymał po raz trzeci insulinę w ilości 50 jednostek, co w rezultacie dało znowu, jak dotąd, stan wolny od napadów.

Przypadek ten jest pierwszy na naszym oddziale leczony wywoływaniem wstrząsów hipoglikemicznych. Jakkolwiek jeszcze pierwsze rezultaty nie przedstawiają się nadzwyczajnie, to jednak zachęcają one do dalszych prób i bardziej szczegółowych badań celem wyjaśnienia mechanizmu działania insuliny w dychawicy oskrzelowej.

#### 3) W y k ł a d :

Kol. Paweł C h o j n a c k i (członek Wydziału): „O ziarniniakach plazmatycznych spojówki“ (*plasmomata conjunctivae*).

Po omówieniu histogenezy komórek plazmatycznych oraz poglądów na powstawanie ziarniniaków plazmatycznych autor przedstawia 3 własne przypadki, które miał możność dokładnie zbadać histologicznie. Dwa przypadki pod względem histologicznym nie wykazywały nic zmiennego poza zmianami szklistem i w postaci t. zw. ciała R u s s e l a, występujących dość obficie w protoplazmie komórek plazmatycznych oraz poza niemi. W trzecim zaś przypadku znaleziono złoże hemosyderały w komórkach plazmatycznych.

Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę ze względu na niesłychaną rzadkość występowania złożeń hemosyderały w wymienionych komórkach. Zjawisko to, bowiem, zostało opisane dotąd jedynie w jednym przypadku kily płucnej i w jednym przypadku w tkance granulacyjnej w otoczeniu szwów chirurgicznych (A d a m o w i c z). Znalezienie zaś podobnych zmian w ziarniniakach plazmatycznych spojówki stanowi unikat w piśmie naukowym. Trudno orzec, czy nagromadzenie się barwnika żelazistego w komórkach plazmatycznych jest wyrazem magazynowania, jak sądzą niektórzy, czy też przejawem ciężkiego uszkodzenia komórek z powodu nieokreślonych bliżej zmian fizyczno-chemicznych. Sam fakt niezmiernie rzadkości występowania opisanego zjawiska, t. j.

Panacrinę poleca Malecki jako środek leczniczy w ostrych i przewlekłych stanach zapalnych jamy ustnej i gardła i jako środek zapobiegający przeziębieniu i w czasie stykania się z chorymi zakaźnymi lub w czasie epidemji.

(Nowiny Lek. 1936. N. 2).

—o—

nagromadzenia się hemosyderały w komórkach plazmatycznych, mimo częstego względnie występowania krwotoków w tego rodzaju guzach, jak też brak innych dowodów zdolności żernej omawianych komórek, świadczy raczej przeciw traktowaniu tego zjawiska jako typowe magazynowanie. Naogół zresztą komórki plazmatyczne wykazują zwłaszcza w plazmach objawy starzenia się, polegające na szklistem zwyrodnieniu i rozpadzie. Stopień nasilenia owych zmian szklistych może przedstawiać się rozmaicie, zależnie od czasu trwania guza. Dlatego też dwa pierwsze przypadki z bardzo obfitemi ciałkami R u s s e l a należałoby uważać za sprawy starsze, bardziej posunięte w swoim rozwoju, trzeci zaś za okres młodszy, aczkolwiek posiadający ponadto cechy zupełnie osobiste w postaci nagromadzenia się hemosyderały.

#### W y k ł a d :

Prof. A. W r z o s e k (członek honorowy Wydziału): „Benedykt Dybowski i Jan Jędrzejewicz bohaterzy nauki“.

Benedykt D y b o w s k i (1833—1930), dr. med., profesor adjunkt na Szkole Głównej Warszawskiej, zesłany przez rząd carski na Syberję za udział w powstaniu styczniowym, później prof. zoologii w Uniw. Lwowskim, należał do znakomych uczonych, fanatycznie nauce oddanych. Mimo bardzo ciężkich warunków na Syberji, nietylko bardzo owocnie pracował naukowo, lecz również zasłynął tam jako lekarz społecznik i filantrop.

Do bohaterkich jednostek należał również Jan Jędrzejewicz (1835—1887), który, zarabiając praktyką lekarską na chleb powszedni w zapadłej mieścinie Płońsku, zdala od ośrodków ruchu naukowego, zdala nawet od kolei, pracował na polu piśmiennictwa naukowego lekarskiego a zaoszczędzony grosz przeznaczył na urządzenie w Płońsku obserwatorium astronomicznego. Zaopatrzywszy je w wyborne refraktory, badał m. in. gwiazdy podwójne, widmo słońca, gwiazd stałych i komet. Prace astronomiczne ogłaszał przeważnie w czasopiśmie naukowych zagranicznych. Założył również w Płońsku staację meteorologiczną, w której robił spostrzeżenia przez wiele lat aż do śmierci. Obszerny podręcznik jego kosmografji wyszedł w drugim wydaniu już po śmierci autora. Prace naukowe Jędrzejewicza, które wykonywał nocami po uciążliwej pracy dziennej — był bowiem wziętym lekarzem, cieszącym się wielkim zaufaniem chorych, posiadają prawdziwą wartość naukową, a obserwatorium jego było zaliczone do związku międzynarodowego obserwatorów astronomicznych.

Jędrzejewicz jest wymownym dowodem, że lekarz nawet na głuchej prowincji może się wybić jako uczony, jeżeli obok odpowiednich zdolności posiada bezgraniczny zapał do pracy naukowej.

#### W y k ł a d :

Kol. K. N c w a k o w s k i (członek Wydziału): „Z dziedziny schorzeń nerkowych“.

Prelegent przedstawił 6 klinicznie, rentgenologicznie i operacyjnie ciekawych przypadków, spostrzeczanych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Miejskiego w Poznaniu:

1. Guz prawej nerki bardzo wielkich rozmiarów, który się okazał gruczolakorakiem torbielowatym, w lewej nerce na sekcji stwierdzono nadnerczak. Pierwsze bóle w okolicy kręgosłupa zjawily się w r. 1927: w rok później silny atak i krwio-mocz przez tydzień, potem moc normalna, ale silniejsze bóle prawej nerki. Od kwietnia 1935 r. pacjent obłożnie chory, bardzo osłabiony (Hemoglob. 35% Erytr. 2.380.000, Leukocytów 6.300). Moczkrywy; białko: Essbach 8,5%.

Badanie cystoskopowe pęcherza: pojemność 300 cm.<sup>3</sup> Błona śluzowa w trójkącie L i e u t a u d a rozpulchniona, pokryta złuszczaćym się nabłonkiem. Ujście moczowodów mało widoczne. Moczowody drożne.

Lewa nerka: moczkroczysty. Prawa nerka: gęsty ropny płyn. Po przekłucaniu obfite wydzielanie mętnego płynu. Przed operacją wykonano 2 transfuzje krwi, po których nastąpiła poprawa stanu ogólnego.



1.X operacja: zamierzałem ograniczyć się tylko do drenowania prawej nerki, a dalsze zabiegi pozostawić do czasu, gdy stan ogólny pacjenta się poprawi. Przy operacji jednak nerka wskutek złośliwego nowotworu rozzerwała się, wobec tego trzeba było całą nerkę usunąć, czego pacjent nie przetrzymał (zmarł po 24 godz.).

Przypadek II. *Hydronephrosis ex hypernephromate renis sinistri*.

Guz, jak widać na preparacie, wrasta stożkowatą do miedniczki i zamyka ujście moczowodu.

U 59-letniej chorej stwierdza się od czasu do czasu krew w moczu. Występują też bóle.

Pęcherz: pojemność 250 cm.<sup>3</sup> Ujścia moczowodów bez zmian. Drożność dobra.

Mocz prawej nerki bez zmian, funkcja dobra. Mocz lewej nerki: mętny podobny do przepłuczyn mięsnych.

R o e n t g e n: miedniczka mało widoczna, ponad nią liczne nieregularne plamy, jak w wodonerczu.

Operacja 28.IX.35. Wyjęcie nerki lewej, częściowe zasycie rany, dren.

Przypadek III. *Pyo-hydronephrosis dextra ex calculis*. Na rentgenogramie widoczny 1 kamień, tkwiący w górnym ujściu moczowodu. Nerka, wypełniona masą kontrastową, przedstawia się jako duży worek, na którego spodzie leży 7 małych, jak ziarenka pieprzu, kamieni.

Z wywiadów wynika, że pacjentka lat 30 zachorowała w kwietniu 1935 r. rzekomo żółtaczką — chorowała na tle zalenia woreczka żółciowego. W trzy tygodnie potem stwierdzono guz w okolicy wątroby. Myślano o guzie woreczka żółciowego, względnie o narośli jelita grubego. Pacjentka straciła na wadze 15 kg. Po przyjęciu do szpitala stwierdza się guz, sięgający aż do wyrostka robaczkowego — nieprzesuwalny przy głębokim oddechu.

Cysto-uretroskopia: Pęcherz 200 cm.<sup>3</sup> W ujściu prawego moczowodu czop ropny.

Ujście lewego moczowodu normalne. Moczowody drożne. Mocz lewej nerki normalny. Prawa nerka pierwotnie nie wydziela, po wypłukaniu miedniczki wydzieliły bardzo obficie, lecz mętne, względnie ropne. Wobec hemoglobiny 50% leukocytów 13.000, erytrocytów 3.790.000 wykonano transfuzję krwi. Próba rozcieńczenia i koncentracji moczu wypadła zadawalająco.

25.X operacja. Prawa nerka zamieniona w jeden duży worek ropny, który stosunkowo dobrze i prędko daje się wyluszczyć. Przy punkcji tego worka odpuszcza się 3/4 l. ropy. Wyjęcie prawej nerki i moczowodu.

Zejście śmiertelne po 28 godzinach.

*Epicrisis*: Pacjentkę leczono pod mylnym rozpoznaniem blisko 1/2 roku. Przez czas ten nastąpiło takie osłabienie organizmu, że pacjentka nie przetrzymała zabiegu, który w 30 roku życia powinna była przetrzymać, zwłaszcza, że operacja była technicznie nietrudna i trwała stosunkowo krótko.

Przypadek IV. *Pyohydronephrosis dextra*. Chory 6.VIII.35 r. podczas pracy dostał silnych bólów. Leżał pierwotnie w innym szpitalu a od 24.IX w Szpitalu Miejskim. Ciepłota 37,8—39°C.

Cystoskopia: Prawy moczowód na wysokości 25 cm. wykazuje opór. Lewy moczowód bez zmian.

Lewa nerka: mocz normalny, czysty, funkcja dobra.

Prawa nerka: Przy drugiej uretroskopji wchodzi katetr do miedniczki. Wydziela 2 razy tyle, co nerka lewa, ale mocz mętny.

Operacja: wyjęcie nerki i wyleczenie.

Przypadek V. *Nephrolithiasis dextra*. Nerka podkowiasta.

Operacja: Wyjęcie kamienia przez pyelotomię. Sondowanie prawego moczowodu z góry w poszukiwaniu ewtl. 2-giego kamienia (cień w rentgenogramie). Okazuje się, że 2-giego kamienia niema, i że cień na rentgenogramie dotyczy zwapniałego gruczołu.

Podczas operacji stwierdzono nerkę podkowiastą. Dojne bieguny ze sobą zrośnięte przy miedniczkę oraz moczowódzie prawym i lewym. Zwraca się uwagę na osie podłużne nerek w obrazie pyelograficznym, z których możnaby również wynioskować anomalje nerki, bo osie te schodzą się zgóry nadół, tworząc kąt, który rentgenologowi pozwala stawiać rozpoznanie nerki podkowiastej. W przypadku tym nastąpiło wyleczenie.

Przypadek VI. Chora lat 33; od 14 dni wymioty, wzdęcia. Cysto-uretroskopia: Zawartość pęcherza 150 cm.<sup>3</sup>, ujście moczowodów normalne, moczowody drożne.

Nerka lewa — mocz przezroczysty. Nerka prawa — mocz mętny.

Rozpoznanie: *Pyelitis dextr.* Leczenie zachowawcze przepłukiwaniem miedniczek.

Przypadek ten przedstawia się ze względu na ciekawy rentgenogram: u prawej nerki widać podwójne moczowody.

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 posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 17 stycznia 1936 r. (Presse Méd. Nr. 9/1936) Ph. Pagniez, A. Plichet i Ch. Rendu pokazywali przypadek *gnilca u mieszkańca Paryża*. Przypadek dotyczył bezrobotnego, u którego wystąpiły w sposób jaknajbardziej typowy podstawowe objawy *gnilca*: osutka plamicowa dookoła mieszków włosowych, gęsia skórka, obrzmienie grzybiaste dziąseł. Gnilec ten był zależny od braku świeżych pokarmów w pożywieniu chorego, które składało się z konserw i pewnych jarzyn, poddawanych bardzo długotrwałemu gotowaniu. Ten niewystarczający sposób żywienia nie byłby dostateczną przyczyną do wywołania *gnilca*; lecz rola jego została jeszcze spotęgowana przez fakt, że chory przebył przedtem dwa wysiewy plamicy i powiększenie gruczołów szyjnych pochodzenia gruźliczego. Zwykła dieta szpitalna, do której nie dodano ani cytryn, ani pomarańczy, wystarczyła, ażeby usunąć wszystkie objawy *gnilca* w ciągu piętnastu dni. Łatwość z jaką u tego chorego wystąpił i ustąpił gnilec, każe zadać sobie pytanie, czy nie miało się tutaj do czynienia z jednym z osobników, znanych obecnie jako ci, którzy są zdolni do rozkładania w swym przewodzie pokarmowym pewnej ilości witaminu C, a którzy są wobec tego szczególnie wrażliwi na najmniejsze braki w podawaniu tego witaminu. Podobne spostrzeżenia dowodzą z drugiej strony, jak ścisły nadzór pod groźbą błędnej interpretacji należy rozciągać nad dietą, którą musi się jak najściślej utrzymywać w stanie, całkowicie wolnym od podawania witaminu C, w przypadkach *gnilca*, jeżeli pragnie się ocenić wartość leczniczą takiego środka, jak kwas askorbinowy. Mając bezwzględnie typowe i silnie wyrażone plamice, gęsią skórę (*Keratosis pilaris*) i grzybiaste zapalenie dziąseł, chory ten nie miał zupełnie objawu opaskowego, podczas gdy autorzy skandynawscy uważają go za bardzo stały w *gnilcu*. Czy należałoby uważać ten fakt za szczególną cechę tego przypadku i, być może, za oznakę pomyślnego rokowania? Zagadnienie takie można co najwyżej postawić, lecz nie można go rozstrzygnąć. Odwrotnie płytki krwi, których liczba była zrazu znacznie zmniejszona, szybko i postępująco wzrosły w swej liczbie, która się w ciągu 8 dni podwoiła.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji.

Podala

St. ADAMOWICZOWA (Warszawa).

(C. d. — patrz Nr. 17).

### Wielka Brytania.

Inne oblicze ma problem ludnościowy Wielkiej Brytanji, chociaż trudności jej w tej dziedzi-

nie wcale nie są mniejsze. Wyrazny spadek rozrodności rozpoczął się już przed Wielką Wojną. Współczynnik urodzeń w r. 1913 wynosił 24,1 na 1000, to znaczy znajdował się przed dwudziestu paru laty na poziomie obecnego współczynnika włoskiego. W ostatnich latach rozrodność W. Brytanji spadła poniżej rekordowych cyfr francuskich, wykazując w Anglii i Walji w 1934 r. 14,8 uro-

dzeń na tysiąc mieszkańców, w 1935 — 14,7. Nadmienić jeszcze trzeba, iż w Anglii i Walji współczynnik zawieranych małżeństw jest bardzo wysoki. W r. 1934 wynosił 16,9 na 1000, a w drugim i trzecim kwartale 1935 r. wzrósł do 19,4 i 21,6. Zestawienie wyżej wymienionych liczb z współczynnikiem urodzeń, wahającym się w ostatnich latach około 15, jest bardzo wymowne, będąc jaskrawym

Tablica V.

Ruch naturalny ludności w Anglii i Walji w latach 1913—1935.

Lata	Urodzenia	Zgony	Przyrost naturalny
	na 1000		
1913	24,1	13,8	10,3
1919	18,5	14,0	4,5
1920	25,5	12,4	13,1
1921	22,4	12,1	10,3
1922	20,4	12,8	7,6
1923	19,7	11,6	8,1
1924	18,8	12,2	6,6
1925	18,3	12,2	6,1
1926	17,8	11,6	6,2
1927	16,6	12,3	4,3
1928	16,7	11,7	5,0
1929	16,3	13,4	2,9
1930	16,3	11,4	4,9
1931	15,8	12,3	3,5
1932	15,3	12,0	3,3
1933	14,4	12,3	2,1
1934	14,8	11,8	3,0
1935	14,7	11,7	3,0

Rap. Epidem. an. S. d. N. rok 1934

wyrazem tendencji\* panujących pod tym względem w społeczeństwie angielskim. Z tak niską stopą urodzeń spotykaliśmy się do niedawna tylko w Szwecji i Austrii. Krzywa zgonów w omawianym okresie obniżyła się nieznacznie z 13,8 w 1913 roku do 11,8 w 1934 r. Przyrost naturalny w r. 1934 i 1935 roku wynosił 3,0 (10,3 w 1913 r.). (Tablica Nr. V).

Podobną sytuację spotykamy w Szkocji i w Północnej Irlandji.

Zasługuje na uwagę, że w całym szeregu wielkich miast angielskich współczynnik rozrodczości przewyższa znacznie przeciętną dla całego kraju. Do nich należą Liverpool (20,5), Birmingham (15,6), Newcastle (16,4) i t. d. (Tablica Nr. VI). Ograniczenie urodzeń jest więc tutaj w równej mierze dziełem miast, jak i wsi.

Przytoczone powyżej liczby zdawałyby się upoważniać do przypuszczenia, że Wielka Brytania, posiadająca słaby przyrost naturalny, wielkie rezerwy terytorjalne w swoich dominjach, wielkie kapitały dla rozwoju tych ziem, jak również wielkie doświadczenie w polityce kolonizacyjnej, nie będzie odczuwała ciężaru zagadnień ludnościowych, odgrywających tak wielką rolę w czasach obecnych. Tak jednak nie jest.

Anglja należy do państw o najwyższej gęstości zaludnienia, zajmując pod tym względem czwarte miejsce na liście świata (190 na 1 km. kw. powierzchni), wyprzedzając Japonję, Niemcy i Włochy. Przytem od zawarcia pokoju w 1918 r. zagadnienie bezrobocia stało się w Wielkiej Brytanji jednym z zagadnień dominujących. Liczba bezrobotnych stale wzrastała i doszła do punktu kulminacyjnego w 1932 r., wynosząc 2.776.000. Wprawdzie liczba ta zaczęła się potem obniżać, jednakże jeszcze w r. 1934 (mówiąc dokładnie na 1.1 1935 r.) przekraczała 2 miliony (2 086.000). Nie

Tablica VI.

Rozrodczość w wielkich miastach angielskich 1932—1934.

na 1000 luności

N a z w a	Ludność w 1000	U r o d z e n i a			Z g o n y			P r z y r o s t n a t u r a l n y		
		1932	1933	1934	1932	1933	1934	1932	1933	1934
121 największych miast angielskich . . . . .	(20816)	15,4	14,4	14,8	12,2	12,6	11,9	3,2	1,8	2,9
Birmingham . . . . .	(1.013)	16,3	15,0	15,6	11,4	11,2	11,2	4,9	3,8	4,4
Bradford . . . . .	(294)	13,6	13,2	13,7	14,0	14,7	13,5	-0,4	-1,5	0,2
Bristol . . . . .	(411)	15,0	13,7	13,9	11,6	12,0	10,9	3,4	1,7	3,0
Cardiff . . . . .	(221)	15,7	15,5	15,8	12,5	13,6	12,1	3,2	1,9	3,7
Leeds . . . . .	(486)	14,4	13,7	14,8	13,3	13,6	13,0	1,1	0,1	1,8
Liverpool . . . . .	(857)	21,1	19,7	20,5	13,2	14,5	13,2	7,9	5,2	7,5
London . . . . .	(4.236)	14,3	13,2	13,4	12,3	12,5	12,2	2,0	0,7	1,2
Manchester . . . . .	(755)	15,5	14,7	15,3	13,2	13,6	12,6	2,3	1,1	2,7
Kingston-upon-Hulls . . . . .	(326)	19,2	17,9	18,3	11,8	13,1	11,4	7,4	4,8	6,9
Newcastle-on-Tyne . . . . .	(287)	17,1	16,4	16,4	12,4	12,7	12,8	4,7	3,7	3,6
Plymouth . . . . .	(203)	15,6	15,7	15,7	12,6	13,2	12,5	3,0	2,5	3,2
Portsmouth . . . . .	(249)	16,2	15,4	15,9	12,3	12,4	12,4	3,9	3,0	3,5
Sheffield . . . . .	(521)	14,4	14,0	14,0	11,7	12,0	11,3	2,7	2,0	2,7
Stoke-on-Trent . . . . .	(275)	17,2	16,2	16,7	12,2	13,0	11,7	5,0	3,2	5,0

Rap. Epidem. an. S. d. N. r. 1934

wyduje się być zbyt ryzykownym twierdzenie, że jest to liczba, którą trudno będzie znacznie obniżyć.

Na poparcie tego poglądu można przytoczyć fakt, że w r. 1927, najpomyślniejszym pod względem bezrobocia w W. Brytanji, liczba osób zatrudnionych nie przewyższała odpowiedniej liczby w r. 1913, chociaż w tym okresie czasu ludność wzrosła prawie o 3 miliony (2 900.000).

Istnieje znaczna różnica zdań pomiędzy ekonomistami co do przyczyn bezrobocia w W. Brytanji. Jedni rozpatrują bezrobocie angielskie, jako zjawisko przejściowe, inni jako stałe.

Do pierwszej grupy zaliczymy tych, którzy łączą upadek handlu brytyjskiego z sytuacją powojenną świata i przejściową depresją cykliczną. Są to zwolennicy polityki „laissez faire, laissez passer”, żądają oni wolności handlu, swobody konkurencji bez interwencji państwa; uważają, że przemysł brytyjski, wraz z odzyskaniem pełnej swobody działania, sam opanuje sytuację. Pogląd ten, szeroko rozpowszechniony jeszcze przed kilku laty, posiada obecnie mniej zwolenników z uwagi na to, że po wprowadzeniu tariff protekcyjnych (Ottawa agreement i inne umowy) nastąpiła poprawa koniunktur wytwórczych.

Do tej samej grupy zaliczamy ekonomistów, którzy kładą główny nacisk na konieczność unowocześnienia i przebudowy technicznej przemysłu Brytanji, wierząc, że po dokonanej reorganizacji W. Brytanja będzie mogła sprzedawać z uczciwym zyskiem wszystkie wyroby, jakie tylko zdoła wyprodukować. Doprowadzi to do likwidacji bezrobocia i umożliwi wchłanianie nowych rąk roboczych przez rynek przemysłowy. Innymi słowy, wzrost wydajności pracy w przemyśle i handlu pozwoli Wielkiej Brytanji utrzymać nadal swą dawną pozycję pierwszej potęgi na świecie, zarówno politycznej, jak i ekonomicznej.

Na biegunowo przeciwnym stanowisku znajdują się ekonomiści i politycy, wychodzący z założenia, że żadne wzmoczenie wydajności i unowocześnienie przemysłu brytyjskiego nie potrafi zapewnić stałego zatrudnienia dziś istniejącym milionom bezrobotnych, nie mówiąc już o przyroście naturalnym na rynku pracy, odbywającym się

z roku na rok. To stanowisko pociąga za sobą w konsekwencji uznanie faktu, że Wielka Brytanja przestaje być leaderem świata w dziedzinie ekonomicznej, co z konieczności musi oznaczać przygotowujący się zmierzch jej potęgi politycznej. Argumenty, wysuwane przez zwolenników takiego poglądu, dadzą się streścić, jak następuje.

Usprawnienie przemysłu brytyjskiego jest zadaniem niezmiernie trudnym. Nie stanowi to tajemnicy, że przemysł chemiczny niemiecki stoi na znacznie wyższym poziomie, niż brytyjski, i może sprzedawać swe wytwory po znacznie niższej cenie. Być może, iż z biegiem lat przemysł brytyjski mógłby dorównać przemysłowi niemieckiemu w tej dziedzinie, ale wymagałoby to wiele czasu i zmiany brytyjskiego stosunku do zagadnień wykształcenia technicznego i stanowiska klas wykształconych społeczeństwa.

Brytyjscy inżynierowie zdają sami sobie dokładnie sprawę również i z tego, że w niektórych gałęziach przemysłu mogliby się nauczyć wiele od Stanów Zjednoczonych. Stany Zjednoczone znane są z produkcji doskonałych maszyn, działających automatycznie, i z umiejętności organizowania przemysłu w sposób, pozwalający na zastosowanie tych maszyn.

Znawcy przedmiotu twierdzą, iż błędem byłoby przypuszczać, że te metody mogą być żywcem przeniesione do przemysłu brytyjskiego lub do jakiegoś innego przemysłu wogóle. Są one wyrazem charakteru narodowego amerykańskiego i mogą dać pożądane wyniki tylko w warunkach podobnych do panujących w Stanach Zjednoczonych. Nie da się zaprzeczyć, że duch pionierski utrzymuje się dotąd w Stanach Zjednoczonych w dostatecznym stopniu, aby umożliwić różne eksperymenty, na jakie nie mogą sobie pozwolić kraje o starej cywilizacji. Konkurencja ze Stanami Zjednoczonymi pod tym względem nastęrczać będzie stale wiele trudności. Zmiany psychologiczne są zawsze trudne do przeprowadzenia, i hamulce, istniejące w tej dziedzinie, nie dadzą się usunąć przez zainstalowanie nowych maszyn.

(Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące

— D. 12 maja r. b. w całej Polsce odbywały się żałobne cehody pierwszej rocznicy śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego. W Wilnie na cmentarzu na Rossie złożono trumnę z prochami Matki Marszałka i urnę z sercem Jej Wielkiego Syna.

— Komunikat Instytutu Spraw Społecznych z d. 24.IV r. b. przynosi wiadomość o odkryciu uczonego angielskiego w walce z zawodowym rakiem skóry. W sprawozdaniu Międzynarodowego Biura Pracy o postępach państw w dziedzinie higieny pracy podana jest interesująca wiadomość o odkryciu przez angielskiego uczonego, dr. Tworta, czynnika, wywołującego raka zawodowego skóry wśród tkaczy angielskich. Ciężkie to schorzenie obserwowano oddawna u robotników zatrudnionych w przemyśle bawelnianym przy t. zw. selfaktorach. Maszyny te oliwione są smarami, wytwarzanymi z łupków mineralnych, których duże złoża znajdują się w Szkocji. Selfaktory, wykonywując szybkie ruchy obrotowe, rozpryskują dokoła cząsteczki smarów, tak, że odzienie

robotników, zatrudnionych przy tych maszynach, przesycone jest smarami. Szkołkie oleje mineralne działają drażniąco na skórę, i po pewnym czasie rozwija się u osób wrażliwych rak skóry. W naukowej literaturze angielskiej opisano ponad 200 przypadków takiego raka. Dr. Twort, który jest kierownikiem pracowni badawczej komitetu walki z rakiem w Manchesterze, prowadził od dłuższego czasu poszukiwania nad czynnikiem rakotwórczym w olejach mineralnych. Udało mu się stwierdzić, że niektóre gatunki olejów mineralnych zawierają substancje chemiczne, należące do grupy węglowodorów cyklicznych, i od ich obecności zależy zdolność do wywołania raka przez dany produkt. Ponieważ substancje rakotwórcze występują nie we wszystkich gatunkach olejów mineralnych, istnieje, dzięki metodzie, opracowanej przez dr. Tworta, możliwość rozróżnienia niebezpiecznych dla zdrowia gatunków oleju i niedopuszczenia do użycia ich przy selfaktorach. Zarówno więc teoretycznie, jak i praktycznie odkrycie d-ra Tworta oznacza duży krok naprzód w walce z rakiem zawodowym. Należy dodać, że rak zawodowy

skóry występuje także u nas w Małopolsce Wschodniej w przemyśle naftowym, również wskutek osobliwych właściwości chemicznych niektórych gatunków ropy naftowej i jej produktów.

### Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	8 III— 14 III	15 III— 21 III	22 III— 28 III	29 III— 4 IV
Ospa . . . . .	0	0	0	0
Zap. mózg. śpiączk. . . . .	0	1 (1)	0	0
Dur brzuszny . . . . .	166 (14)*	191 (12)	158 (12)	116 (9)
Dur rzekomy . . . . .	0	0	0	0
Dur osutkowy . . . . .	153 (6)	144 (16)	196 (11)	134 (2)
Dur powrotny . . . . .	0	0	0	0
Czerwonka . . . . .	4 (0)	2 (0)	3 (0)	11 (1)
Płonica . . . . .	299 (7)	327 (12)	322 (6)	264 (7)
Błonica . . . . .	345 (19)	407 (22)	349 (21)	380 (20)
Zapal. op. mózg. . . . .	70 (16)	60 (7)	60 (13)	48 (11)
Odra . . . . .	727 (5)	854 (6)	1154 (6)	963 (7)
Róża . . . . .	101 (8)	90 (2)	106 (6)	83 (10)
Krztusiec . . . . .	282 (11)	167 (5)	147 (9)	121 (11)
Malaria . . . . .	1 (0)	2 (0)	3 (0)	2 (0)
Posoczn. polog. . . . .	31 (8)	34 (5)	28 (8)	35 (9)
Choroba Bantiego . . . . .	0	0	0	0
Trąd . . . . .	0	0	0	0
Gruźlica . . . . .	394 (169)	436 (207)	467 (210)	543 (252)
Jaglica . . . . .	493 (0)	478 (0)	499 (0)	544 (0)
Wąglik . . . . .	0	0	0	0
Nosacizna . . . . .	0	0	0	0
Włośnica . . . . .	9 (0)	33 (0)	9 (0)	7 (1)
Wścieklizna . . . . .	0	0	0	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . . .	0	0	0	0
Chor. Heine-Medinc. . . . .	3 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)
Twardziel . . . . .	2 (0)	1 (0)	4 (0)	0

\* Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

## Résumé des articles originaux.

M. BORNSTAJN. **Le développement de la psychanalyse et son état contemporain.**

Après un court avant-propos historique de la science médicale au bout de XIX siècle l'auteur rappelle tous les stades que la psychanalyse traversa depuis sa naissance jusqu'aujourd'hui et mentionne la puissante influence et l'importance de la psychanalyse pour la notion d'abord des névroses et puis de la psychiatrie entière. L'auteur tient à constater, que Freud doit être considéré comme un de plus grands hommes de science de XX siècle.

B. KARBOWSKI. **Application thérapeutique du lipiodol dans les abcès du cerveau et du cervelet.**

L'auteur a appliqué le lipiodol dans un cas d'abcès du cerveau, où malgré l'intervention le drainage était insuffisant. La

radiographie montrait l'existence des foyers rétention, dont le niveau se trouvait au dessous de l'orifice de la cavité de l'abcès. Le poids spécifique du lipiodol étant plus grand que celui du pus, le fit remplir le fond des foyers de rétention, ce qui réalisa de meilleures conditions de drainage. Au bout d'une semaine la suppuration cessa et la guérison fut rapide. L'examen radiologique, pratiqué au bout d'un an, montra la présence de 3 plombs de lipiodol ne donnant aucune manifestation clinique.

L'auteur appliqua ensuite le lipiodol dans un cas d'abcès du cervelet, également avec un très bon résultat. Au bout de 3 mois la radiographie révéla l'existence d'un plomb de lipiodol dans le lobe sémilunaire inférieur. L'examen neurologique ne dépista en ce moment aucun trouble.

L'auteur attribue l'influence favorable du lipiodol: 1) à son action désinfectante, 2) et au fait, qu'il remplit les points les plus déclives des abcès, ce qui réalise de meilleures conditions de drainage.

H. REZNIKOW. **La rentgenothérapie moderne de la maladie de Basedow.**

L'auteur arrive aux conclusions suivantes: 1) La rentgenothérapie du goitre ophtalmique présente l'avantage sur l'iodisation et l'intervention chirurgicale, parce qu'elle offre moins de contre-indications et ne menace en rien les malades. 2) Il y a des cas qui se prêtent uniquement au traitement chirurgical (goitre plongeant toxique ou non toxique), par contre dans tous les cas où on prescrit l'iode, on peut simultanément irradier, en notant que l'iode sensibilise le parenchyme glandulaire à l'action des rayons X. 3) Le point cardinal du problème de la rentgenothérapie de la maladie de Basedow est la question quand faut-il terminer l'irradiation; en pratique hospitalière on peut servir comme teste le métabolisme basale, le niveau de la cholestérolémie, l'iodémie; en pratique privée il faut se baser sur l'état général du malade, son poids, la régression de l'irritabilité nerveuse, du tremblement, de la tachycardie, de l'exophtalmie etc. 4) L'irradiation est d'autant plus efficace qu'elle est appliquée plus tôt. 5) A l'heure actuelle la rentgenothérapie de la maladie de Basedow ne se borne pas uniquement à l'irradiation classique du corps thyroïde et du thymus, on irradie en même temps également les glandes endocrines synergiques: l'hypophyse, les surrénales, soit en séries communes d'irradiation pluriglandulaires, soit séparément. 6) Le pourcentage des guérisons montant actuellement à 98% des cas traités ne dépend pas uniquement de la titration des rayons et de la période de la maladie où on a commencé l'irradiation, mais également d'un facteur inconnu qui est vraisemblablement la sensibilité du corps thyroïde aux rayons X.

TREŚĆ: M. BORNSTAJN. Historia rozwoju psychoanalizy i jej stan obecny (Dok.). — H. REZNIKOW. Współczesna rentgenoterapia choroby Basedowa. — B. KARBOWSKI. Stosowanie lipiodolu w celach leczniczych w ropniach mózgu i mózdzku. — GEYSMER-JAROSZEWICZ. O obecności prątków Kocha we krwi, w moczu, w płwocinie i płynie mózgowo-rdzeniowym u osób bez objawów czynnej choroby gruźliczej. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORNSTAJN. Le développement de la psychanalyse et son état contemporain (fin.). — H. REZNIKOW. La rentgenothérapie moderne de la maladie de Basedow. — B. KARBOWSKI. Application thérapeutique du lipiodol dans les abcès du cerveau et du cervelet. — W. GEYSMER-JAROSZEWICZ. Bacilles de Koch dans le sang, l'urine et le liquide céphalo-rachidien chez les individus sans symptômes de la tuberculose active. (Rev. gén. fin.). — St. ADAMOWICZ. Les problèmes de la population d'Italie et de la Grande Bretagne (suite).

## 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 niezarezerwowanych: 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 —