

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 XIV

WARSZAWA, 18 MARCA 1937 R.

Nr. 11

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Etiologia grypy w świetle badań współczesnych.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Etiologia grypy fascynuje dzisiaj badaczy w mniejszym stopniu, niż w 1892 r., kiedy Pfeiffer po raz pierwszy odkrył i wyhodował pałeczkę, noszącą do dzisiejszego dnia jego imię. Wprawdzie znamy dokładnie jej morfologię i biochemię, wiemy jaką rolę odgrywają t. zw. czynniki dodatkowe w jej wzroście, wiemy, że wyhodowanie jej nie jest rzeczą łatwą, wymaga świeżego materiału i udaje się najlepiej przy łożku chorego. Pomimo to jednak charakter etiologiczny pałeczki Pfeiffera nie przestaje być kwestią sporną. Wchodzą tu w rachubę dwa momenty. Z jednej strony wielkie trudności wykrywania i hodowania tego drobnoustroju sprawiają, że dalecy jesteśmy od stwierdzenia jego obecności nie tylko w każdym przypadku, ale i w każdej epidemii. Na ogół powiedzieć można, że dużą rolę odgrywa wprawa i doświadczenie, ale rezultaty ujemne bywają tak częste, że nie brak poważnych fachowców, odmawiających z tego tytułu pałeczce grypowej wszelkiej roli etiologicznej.

Drugim ważnym szkopułem jest prawie całkowity brak działania chorobotwórczego pałeczki grypowej na zwierzęta, nawet najbliższe spokrewnione z człowiekiem, jak małpy. Ostatnimi czasy sprawa ta była przedmiotem rozległych badań i kontrowersyj dalekich jeszcze od uzgodnienia. W konkluzji ostatecznej powiedzieć można, że zwolennicy roli etiologicznej pałeczki grypowej twierdzą, że przy umiejętnym zastosowaniu się do jej wymagań biologicznych można stwierdzić jej obecność równie często, jak to zachodzi dla innych drobnoustrojów w rozmaitych chorobach. Twierdzą oni nadto, że procesy ropne ogniskowe stanowią bezwzględny dowód jej działania chorobotwórczego, oraz że u zwierząt wrażliwych, zwłaszcza u myszy, pałeczka Pfeiffera wywiera niewątpliwie wpływ chorobotwórczy, o tyle jednak słaby, że już po upływie kilku godzin rozwija się energiczna fagocytoza, doprowadzająca bakterie do zniszczenia.

Cóż mówi strona przeciwna? Dowodzi ona przede wszystkim, jak już wzmiankowaliśmy, że w szeregu przypadków, a nawet w całych epidemiach, w których klinicznie mamy do czynienia z niewątpliwą grypą, nawet przy zastosowaniu najsubtelniejszych badań

nie znajduje się pałeczki Pfeiffera, która w dodatku jest zupełnie pozbawiona działania chorobotwórczego. Większość tych badaczy twierdzi, że w grypie mamy do czynienia z zarazkiem przesączalnym. Sprawa weszła na nowe tory dopiero w ciągu lat ostatnich, i dziś szereg okoliczności przemawia za tym, że rozstrzygnięcie będzie kompromisowe, że nie jest wykluczona etiologia mieszana w postaci kombinacji pałeczki Pfeiffera z zarazkiem przesączalnym.

Punktem zwrotnym w poglądach w tej dziedzinie stały się badania nad chorobami zwierząt, a mianowicie nad nosówką psów i potem nad grypą prosiąt.

Nosówka psów jest to choroba znana oddawna i prawie tak szeroko rozpowszechniona wśród młodych psów, jak odra wśród dzieci. Poglądy na etiologię tej sprawy, którą cechuje przede wszystkim niezwykła wielopostaciowość kliniczna, przechodziły popospolite w bakteriologii koleje. Obwiniano przez długie lata najrozmaitsze bakterie, aż wreszcie badacze francuscy Carré i Vallée ustalili, że mamy tu do czynienia z zarazkiem przesączalnym, a gruntowne doświadczenia autorów angielskich Laidlaw'a i Dunkina dały metodę swoistego uodpornienia. Zasługą autorów angielskich było z jednej strony posługiwanie się psami bezwzględnie wolnymi od zakażenia, hodowanymi w warunkach absolutnej izolacji od świata zewnętrznego, z drugiej zaś eksperymentowanie na fretkach, które się okazały zwierzętami maksymalnie wrażliwymi na doświadczone zakażenie przesączalnym zarazkiem nosówki. Nawiasowo wspomnę, że do uodpornienia służy swoista surowica wysoko uodpornionych psów oraz wysuszona i sproszkowana śledziona zakażonych sztucznie frettek. Uodpornienie profilaktyczne polega na kombinowanym zastrzykiwaniu szczepionki i surowicy. Surowica poza tym ma w lżejszych i świeżych przypadkach wartość leczniczą. W przypadkach daleko posuniętych nosówka jest nieuleczalna, podobnie jak śpiączkowe zapalenie mózgu u człowieka. Obie te choroby wykazują klinicznie daleko idące podobieństwo.

Stwierdzenie wrażliwości frettek na zakażenie przesączalnym zarazkiem grypy miało daleko idące konsekwencje. Pierwszy, który poszedł śladami badaczy angielskich, był Shope z Instytutu Rockefeller'a. Zajął się on schorzeniem prosiąt, noszącym nazwę grypy. Jest to choroba, przebiegająca z objawami

mi kataru dróg oddechowych oraz zapalenia płuc. Ma często przebieg ciężki i występuje masowo. Z wydzieliny jamy nosowo-gardzielowej zdołał Shope otrzymać hodowlę pałeczki, niezmiernie zbliżonej do ludzkiej pałeczki Pfeiffera. Pod względem hodowlanym różnice są prawie żadne, pod względem antygenowym nie ma całkowitej tożsamości, ale zaznaczyć trzeba, że i właściwa pałeczka Pfeiffera nie jest serologicznie jednolita, lecz dzieli się na kilka typów. Doświadczalne zakażenie prosiąt hodowlą pałeczki hemoglobinofilowej wywołuje wprawdzie lekkie objawy kataralne, ale proces ten nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i przemija bez śladu. Shope zaczął więc szukać czynników dodatkowych i stwierdził wkrótce, że przesączone wyciągi z płuc prosiąt, dotkniętych grypą, posiadają działanie chorobotwórcze, ale również tylko nieznaczne. Natomiast kombinacja pałeczki grypy i zarazka przesączalnego wywołuje chorobę o ciężkim, często śmiertelnym przebiegu. Zarazek przesączalny grypy prosiąt okazał się chorobotwórczym dla fretki. Wywołuje u niej proces kataralny w jamie nosowo-gardzielowej, połączony z zapaleniem płuc. Wyciąg z płuc oraz ze zmiążdżonych muszli nosowych fretki, sztucznie zakażonej, jest zjadliwy dla fretki zdrowej. W ten sposób zarazek daje się pasażować, zachowując stale zjadliwość dla fretki i dla prosiąt. Zakażenie udaje się tylko wtedy, jeżeli wyciąg jest wprowadzany drogą nosową, najlepiej u zwierząt, znajdujących się w lekkim uśpieniu eterowym. Szczepienie dożylnne, podskórne lub dootrzewnowe nie wywołuje choroby, natomiast często sprzeczna zmiana odpornościowej w surowicy, która nabiera zdolności swoistego zobojętniania zarazka. Na inne zwierzęta zarazek przenosić się nie daje z wyjątkiem białych myszy, u których po zakażeniu drogą nosową rozwija się zapalenie płuc z reguły śmiertelne. Przeszczepianie przez myszy udaje się również w długim szeregu pasażów.

Badania nad grypą prosiąt stały się punktem wyjścia badań analogicznych nad grypą ludzką. Zapoczątkowali je w instytucie Listera w Londynie Andrews, Laidlaw, Dunkin i Wilson Smith. Autorzy ci sączyli zawieszinę śluzu z jamy nosowo-gardzielowej osobników chorych na grypę. W ciągu lat 1933 — 1935 otrzymali szereg wyciągów zjadliwych dla fretki. Zakażenie dokonywa się również wyłącznie drogą nosową. Obraz choroby jest taki sam, jak po zakażeniu zarazkiem grypy prosiąt. Fretki przeważnie pozostają przy życiu i stają się później na dłuższy czas odporne na powtórne zakażenie. Z fretki zarazek udało się przenieść na myszy, u których rozwija się charakterystyczne zapalenie płuc, często śmiertelne po upływie kilku dni. Pasaże przez myszy udają się z łatwością, natomiast szczepienie myszy bezpośrednio materiałem ludzkim nie wywołuje choroby.

Szczepienie przesączów z treści jamy nosowo-gardzielowej i płwociny osobników chorych na grypę nie są rzeczą nową. Szereg autorów próbował już ich dawniej, zwłaszcza podczas ostatniej słynnej wielkiej epidemii czasu wojny światowej. Nawiasowo wspomnę, że Laidlaw w doskonałym artykule, ogłoszonym w Lancecie w 1935 r., podaje ogólną liczbę zachorowań na grypę na całym świecie w latach 1916 — 1918 na 500.000.000, a liczbę zgonów na 15.000.000. Doświadczenia dawniejsze nad przesączami nie dały wyników ścisłych głównie dlatego, że dokonywano ich przeważnie na ludziach. Tymczasem wiemy, że zarazek grypowy pozostawia po sobie odporność, trwającą nawet

czas dłuższy, oraz że wielka liczba nosicieli i zakażeń przemijających cechuje każdą epidemię grypy. Wskutek tego nigdy nie wiadomo, czy szczepienie doświadczalne dokonywa się na osobniku bezwzględnie zdrowym, czy nie. Z drugiej strony w owym czasie nie wiadomo jeszcze o wrażliwości fretek, a inne zwierzęta doświadczalne są jak wiadomo, niewrażliwe. Doświadczenia autorów angielskich przewyciężyły tę trudność. Podkreślić w nich należy jeszcze jeden ważny szczegół. Oto wyniki dodatnie dają tylko przesącze w przypadkach świeżych i to nie zawsze. Autorzy tłumaczą to tym, że przesącze zawierają różne ilości zarazka, a fretka jest, bądź co bądź, mniej wrażliwa na zarazek grypy, niż człowiek, i reaguje tylko na wprowadzenie większej ilości. Z drugiej strony zarazek szybko znika z jamy nosowo-gardzielowej człowieka. Będzie rzeczą przyszłych badań stwierdzenie, czy znika całkowicie, czy też lokalizuje się w innych narządach. W dalszym ciągu badacze angielscy zajęli się określeniem wymiarów zarazka grypowego, sącząc go przez błony koloidalne określonej przepuszczalności i przeszli do badań serologicznych. Surowica fretek, które przechorowały zakażenie, zobojętnia swoiście zarazek. Mieszanina takiej surowicy z zarazkiem określonej proporcji jest niezjadliwa dla fretek i dla myszy.

Wyciąg ze zmiążdżonych muszli nosowych i z płuc fretki zakażonej posiada własności antygenowe nie tylko względem zwierząt drażliwych, ale także i dla innych, zwłaszcza dla koni. Autorzy otrzymali surowicę końską o wysokiej wartości odpornościowej i stwierdzili, że zarazki, otrzymane z odrębnych epidemii, są serologicznie identyczne.

Doniosłe znaczenie posiadają także badania amerykańskie. Francis z Instytutu Rockefellera otrzymał, idąc za przykładem badań angielskich, zarazki grypowe z kilku niezależnych od siebie epidemii. Zarazki te zachowywały się tak samo na fretce, posiadały te same wymiary, co zarazki angielskie, i wreszcie zobojętniały się przez surowice odpornościowe autorów angielskich. W ten sposób zarazki, otrzymane z kilku źródeł w różnych częściach świata przez różnych autorów, wykazują tak daleko idące podobieństwo, że autorzy nie wahają się mówić już dziś o typowym jednolitym przesączalnym zarazku grypy ludzkiej.

W ostatnich czasach badania te znalazły doniosłe uzupełnienie doświadczalne w postaci otrzymania hodowli zarazka grypowego. Francis otrzymał szereg pasażów na pożywce, zawierającej posiekane drobno tkanki zarodka kurzego metodą, podaną przez Maitlandów dla ospy. Pasaże wykazały niewątpliwie namnożenie i całkowicie zachowaną zjadliwość. Burnet niezależnie od Francisza zastosował metodę hodowania na błonie żywego zarodka kurzego w jajku. Stwierdził wielką wrażliwość tego obiektu na zarazek grypowy. Autor otrzymał długą serię pasażów, wykazującą z biegiem czasu wybitny wzrost zjadliwości. Początkowo na błonie występują poszczególne ogniska zapalne, a powyżej 70-ego pasażu zarazek zaczyna działać bezpośrednio na zarodek, aż wreszcie u pisklęcia rozwija się typowy proces encefalityczny z naciekami krwotocznymi w mózgu i oponach mózgowych, z wybitnym obrzękiem tego narządu, widocznym gołym okiem. Doświadczenia te mają wielką doniosłość natury ogólniejszej. Nawiązują one ciągłość pomiędzy zarazkiem grypowym a przesączalnymi zarazkami ence-

falitycznymi. Jest to tym ważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego, że, jak wiemy, zarazki encefalityczne, przynajmniej niektóre, jak zarazek nagminnego zapalenia śpiączkowego oraz zarazek porażenia dziecięcego, przenoszą się, podobnie jak grypa, drogą oddechową.

Doświadczenia nad przesączalnym zarazkiem grypy i nad jego hodowlą pilnie wymagają potwierdzenia i rozszerzenia. Zwłaszcza te ostatnie zawierają szereg jeszcze ciemnych punktów. Pewne zastrzeżenia budzi np. ta okoliczność, że zarówno Francis, jak i Burnett nie wykryli w swoich hodowlach inkluzji wewnątrzkomórkowych, tak charakterystycznych dla wszystkich prawie zarazków przesączalnych. Doświadczenia te nie przedstawiają wielkich trudności, gdyż materiał wyjściowy w postaci myszy zakażonych każdy otrzymać może, a dalsze pasażowanie przez myszy nie przedstawia żadnych trudności. W ten sposób ominąć można największą trudność, jaką stanowi zdobycie dostatecznej liczby fretek.

Na specjalną uwagę zasługują badania serologiczne autorów, zarówno angielskich, jak amerykańskich, nad epidemiologią grypy. Stwierdzają oni, że surowice ozdrowieńców zachowują przez długi czas zdolność swoistego zobojętniania zarazka. W okresie wolnym od epidemii spotykamy się również ze znacznym rozpowszechnieniem tych ciał odpornościowych. Badania analogiczne dałyby się bez trudu zorganizować w każdym środowisku. Badania te wykazały jeszcze jeden ciekawy szczegół, a mianowicie stwierdzono tą drogą raz jeszcze powinowactwo pomiędzy zarazkiem grypy człowieka i prosiąt. Surowice ludzkie, zobojętniające zarazek grypy ludzkiej, zobojętniają również zarazek grypy prosiąt. Odwrotnie, surowice świń, które przebyły zakażenie grypowe, zobojętniają zarazek ludzki.

W związku z tym zasługuje na podkreślenie koncepcja, sformułowana przez Laidlaw w wspomnianym już artykule. Autor zwraca uwagę na to, że pierwsze obserwacje i opisy kliniczne grypy prosiąt pochodzą z okresu wielkiej pandemii grypy ludzkiej w czasie wojny światowej. Jeden z autorów, piszących w tej sprawie, wypowiedział wprost przypuszczenie, że punktem wyjścia choroby prosiąt mogło być zakażenie grypą ludzką. Ta hipoteza odbiła się nawet na nazwie choroby. W owym czasie nie było na to żadnych ścisłych dowodów. Dziś Laidlaw podejmuje na nowo tę myśl, opierając się na materiale doświadczalnym, i wypowiada przypuszczenie, że u świń mamy do czynienia z modyfikacją tego samego zarazka, który jest chorobotwórczy dla ludzi. Być może, że są to po prostu odmiany jednego i tego samego zarazka pierwotnego.

W ciągu lat ostatnich badania lekarsko-weterynaryjne nadały znacznie szersze tło omawianemu zagadnieniu. Przekonano się, że u rozmaitych gatunków zwierząt występują zakaźne procesy chorobowe o charakterze kataralnym różnego nasilenia, obejmujące już to jamę nosowo-gardzielową, już to sięgające włąb aż do płuc. Znaczna część tych chorób wywołana jest przez zarazki przesączalne. Waldmann i Kōbe zbadali zakaźne zapalenie oskrzeli koni, zwłaszcza rasowych, znane już dawniej pod rozmaitymi nazwami, między innymi jako Hoppegartener Husten (od nazwy toru wyścigowego w Berlinie). Choroba ta szerzy się bardzo gwałtownie, obejmując najczęściej całą stajnię, i przemija szybko, pozostawiając odporność. Niekiedy zdarzają się ciężkie, nawet śmiertelne powikłania. Au-

torzy stwierdzili obecność swoistego zarazka przesączalnego w treści jamy nosowo-gardzielowej, względnie w śluzie z oskrzeli. Objawem charakterystycznym jest kaszel. Zarazek przenosi się drogą kropelkową. Przesącze z śluzu oskrzelowego, zastrzyknięte koniom zdrowym, wywołały u nich charakterystyczny proces chorobowy. Zdrowe konie, umieszczone pomiędzy chorymi, zakażają się samorzutnie. Posiewy z przesączów zjadliwych wykazały brak jakichkolwiek bakterii.

Choroba ta przenosi się także drogą naturalną i doświadczalną na bydło. Rinjard ogłosił niedawno specjalną monografię, poświęconą katarowi zakaźnemu oskrzeli u bydła. Tu również mamy do czynienia z zarazkiem przesączalnym.

Wreszcie zwrócono w ostatnich latach baczną uwagę na schorzenia kataralne górnego odcinka dróg oddechowych u drobiu. Opisano dwa rodzaje schorzeń, wywoływanych przez dwa odrębne zarazki przesączalne, oraz trzeci rodzaj, wywoływany przez typowe bakterie hemoglobinoofilowe, działające chorobotwórczo bez żadnego współdziałania zarazka przesączalnego.

Badanie tych rozlicznych zarazków przesączalnych wykazuje jeszcze wielkie luki. Nie wiemy nic o wymiarach zarazka kańskiego. Wiadomości nasze z zakresu jego serologii są jeszcze bardzo ułamkowe. Zarazki kurze również nie są zbadane dokładnie. Tylko jeden z zarazków przesączalnych kurzych daje się hodować na błonach zarodka kurzego. Przede wszystkim zaś nie wiemy nic o wzajemnym powinowactwie pomiędzy zarazkami chorobotwórczymi wprawdzie dla rozmaitych zwierząt, ale wywołującymi, bądź co bądź, bardzo zbliżone do siebie procesy chorobowe.

Badania nad przesączalnymi zarazkami usunęły na dalszy plan pałeczkę Pfeiffera. Widzimy ją tylko raz w charakterze samodzielnego czynnika chorobotwórczego, a mianowicie w jednej z chorób drobiu. Widzimy ją również raz tylko w charakterze ściśle stwierdzonego zarazka wikłającego, a mianowicie w grypie prosiąt. Natomiast we wszystkich chorobach tej kategorii łącznie z nosówką psów mamy do czynienia z samym tylko zarazkiem przesączalnym. Tym bardziej zagadkową pozostaje rola pałeczki Pfeiffera w grypie ludzkiej. Całkowicie odmówić jej wszelkiego znaczenia nie podobna. Na to obecność jej w przypadkach niewątpliwej grypy jest zbyt częsta. Zresztą, budzi się reakcja przeciwko wyłączeniu roli zarazka przesączalnego. Najbardziej zdecydowane stanowisko zajmują P. Schmidt i Kairies. Autorzy ci wykazali się w szeregu prac doskonałą znajomością biologii pałeczki Pfeiffera i pierwszorzędną techniką. Wykrywanie pałeczki Pfeiffera w grypie ludzkiej udało im się we wszystkich niemal epidemiach, z którymi mieli do czynienia. Według nich, w przypadkach świeżych powinno to się udawać stale. Uważają oni działanie chorobotwórcze tego zarazka za niewątpliwie, skoro można go wykryć w szeregu zlokalizowanych procesów ropnych. Szczepienie na myszy, ich zdaniem, także się udaje zawsze, a wyniki ujemne zależą tylko od spóźnionego pobrania materiału z myszy, gdyż zarazek, wprowadzony do jamy otrzewnej, już po kilku godzinach ulega fagocytozie. Ostatnio podali oni w ogóle w wątpliwość wartość doświadczeń nad przesączalnym zarazkiem grypy. Kairies miał sposobność badania epizootii kataralnej gronostaja w ogrodzie zoologicznym w Halli i znalazł jako przyczynę typową pałeczkę hemoglobinofilową. Stwierdził on także, że pałeczka Pfeiffera nie jest całkiem obo-

jętna dla fretki, a nawet w razie osłabienia ustroju innymi czynnikami może być wprost chorobotwórcza. Autor podkreśla, że badacze angielscy i amerykańscy stwierdzili, że niezbędne jest uspienie eterowe dla zakażenia fretek i myszy zarazkiem przesączalnym. Kairies przypuszcza, że pod wpływem narkozy mobilizuje się pałeczka hemoglobinofilowa, która, według niego, ma się często znajdować u fretek zdrowych. Ostatnio Kairies zapowiedział nową pracę o pałeczce hemoglobinofilowej u myszy. Trudno w tej chwili rozstrzygnąć, po czyjej stronie słuszność, czy raczej mają badacze angielscy i amerykańscy, czy Schmidt i Kairies, którzy idą tak daleko, że mówią o przechodzeniu przez sączki bakteryjne młodej postaci pałeczki Pfeiffera.

Jedno jest pewne: wykrycie pałeczki Pfeiffera nie wyklucza możliwości współdziałania zarazka przesączalnego, i, odwrotnie, stwierdzenie chorobotwórczej roli jałowego przesączu nie zwalnia autora od badań kontrolnych nad ewentualną obecnością pałeczki hemoglobinofilowej. Błędem, w jaki dotychczas wpadają bezwzględni obrońcy wyłącznego działania chorobotwórczego pałeczki Pfeiffera, jest rozpa-

trywanie grypy ludzkiej w oderwaniu od szerokiego tła patologo-porównawczego. Widzimy przecież w naturze wszystkie możliwe kombinacje. Znamy choroby o czysto przesączalnym zarazku, znamy inne o etiologii mieszanej i inne jeszcze, wywoływane przez samą tylko pałeczkę hemoglobinofilową. Może nie wszystkie epidemie grypy ludzkiej są pod tym względem jednako- we, aczkolwiek trudno przypuścić, ażeby zarazek przesączalny, który wykazał się całkowitą niemal tożsamością w rozmaitych epidemiach, mógł być tylko przypadkowym czynnikiem wikłającym.

PIŚMIENICTWO.

- 1) F. M. Burnet: The use of the developing egg in virus research. London, 1936. 2) Zarazek przesączalny grypy ludzkiej: a) Andrewes, Laidlaw, Smith. Brit. J. exper. path. 1935, tom 16, s. 566. b) Laidlaw, Lancet 1935, I. 1118. c) Laidlaw, Smith, Andrewes, Dunkin. Brit. J. exper. path. 1935, tom 16, 292. d) Smith, Andrewes, Dunkin, Lancet 1933—2—66. e) Burnet. Brit. J. exper. path. 1936, tom 17—292. f) Francis a. Magill. J. exper. Med. 62, str. 505 i 63 str. 655 rok 1935.6. g) Francis i Shope. J. exper. med. 63, 645. 3) Zarazek grypy prosiat: R. Shope, J. exper. med. 1931—54—373; 1934—60—49; 1935—62—561.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału otolaryngologicznego Szpitala na Czystem w W-wie.
(Ordynator: B. Karbowski).

Zespół szczeliny klinowej w przypadku kiły trzeciorzędowej powikłanej ropnym schorzeniem narządu słuchu.

Podał

Dr. B. KARBOWSKI (Warszawa).

Środkowy dół czaszkowy rzadko bardzo jest terenem operacyjnym w przypadkach schorzeń jego części przedniej, gdzie znajduje się szczelina klinowa, i któredy przebiegają liczne bardzo nerwy i naczynia do oczodołu.

Testut dzieli szczelinę klinową na część górną, środkową z więzadłem i dolną. Przez część górną przechodzi n. łzowy, I gałązka n. trójdzielnego i nerw błotkowy; w części środkowej tuż obok wyrostka klinowego przedniego n. okoruchowy i gałązka nosowa n. trójdzielnego; w części dolnej gałązka n. okoruchowego, n. odwodzący i górna żyła oczna.

Po raz pierwszy zespół objawów, wywołany przez schorzenie okolicy szpary klinowej, opisany został w roku 1896 przez Rochon-Duvignarda w przypadkach guzów okolicy szczeliny klinowej, później przez Rollet, Berthou, Carterru i innych w schorzeniach na tle kiłowym.

Jednym z pierwszych objawów jest b. dokuczliwy ból głowy w części skroniowo-ciemieniowej. Bardzo wczesnie występuje przeczulica w obrębie górnej gałązki n. trójdzielnego, t. j. na czole i na skórze uwłosionej, później występują zaburzenia ze strony narządu wzroku w postaci obniżenia ostrości wzroku i podwójnego widzenia. W dalszym przebiegu dochodzi do zupełnej amaurozy i porażenia wszystkich zewnętrznych i wewnętrznych mięśni gałki ocznej. Przeczulica skóry w tym okresie ustępuje zupełnemu znieczuleniu w obrębie I i II gałązki. Odruch rogówki jest osłabiony, rzadko bywa zapalenie rogówki neuroparalityczne.

Kazuistyka, podana w literaturze, dotyczy spraw kiłowych i guzów, przeważnie siodła tureckiego, które

wrastały do szpary klinowej. Sela u podaje 4 przypadki guzów okolicy siodła tureckiego z zespołem objawów szpary klinowej, 2 mięsaki i 2 nabłoniaki, obserwowane przez 4 lata. Wszyscy chorzy z początku skarżyli się na b. silne bóle głowy i na bóle nauralgiczne w obrębie twarzy; bóle umiejscowione były w obrębie jednej lub kilku gałęzi n. trójdzielnego. We wszystkich przypadkach stwierdzono bądź zupełne znieczulenie, bądź też obniżenie czucia (na dotyk, ból, temperaturę) bez dysocjacji. Neuralgiczne bóle nie występowały ściśle w pasie znieczulonym i przypominały bolesną anestezję po przecięciu nerwu. W miarę pogłębiania się anestezji wzmagaly się bóle. Po usunięciu w jednym przypadku guza z wierzchołka orbity i po przecięciu wszystkich czuciowych gałęzi w obrębie szpary klinowej ustąpiły bóle neuralgiczne.

Buracca, Annibale obserwowali zespół analogicznych objawów w przypadkach urazowych na skutek pęknięcia górnej ściany wierzchołka orbity.

Nordman i Messger (Clin. ophth. et neurolog.) podają przypadek, w którym wystąpiły bóle głowy i podwójne widzenie; na dniu oka prawego obrzęk tarczy, prawy nerw odwodzący porażony. Wassermann we krwi i w płynie ujemny. Leczenie przeciwkiłowe dało poprawę. Autorzy przypuszczają kiłową sprawę w obrębie szpary klinowej.

Według Blatt Miktösa, kilaki orbity występują w 0,02% schorzeń kiłowych oka i umiejscawiają się przeważnie w okolicy szpary klinowej. Najczęstsze objawy: wytrzeszcz, bóle głowy, bolesność brzegu orbity, opadnięcie gałki ocznej, obrzęk powiek, obrzmienie spojówki gałkowej, zapalenie tęczówki, zapalenie nerwu wzrokowego i *keratitis neuroparalytica*.

Przypadek, który poniżej podaję zasługuje na specjalną uwagę ze względu na powikłanie ze strony narządu słuchu i na zastosowaną metodę operacyjną.

Przypadek dotyczy 29-letniej meteczki, z zawodu robotnicy. Jedno dziecko zmarło w 9 mies. życia, raz roniła w 6 miesiącu; 4-krotnie przechodziła różę, poza tym poważnie nie chorowała. Na ucho prawe źle słyszy od 10 lat. Obecna choroba

trwa od dwóch miesięcy. Rozpoczęło się od bólów w obrębie górnej szczęki. Bóle były bardzo silne i promieniowały w kierunku ucha, stopniowo nasilały się do tego stopnia, że chora brała dziennie po 10 proszków od bólów głowy. Przed miesiącem chora rano wstała i spostrzegła, że nie może unieść prawej powieki, i że prawa połowa twarzy jest znieczulona. Chora była wówczas pod opieką lekarską. Stwierdzono dodatniego Wassermann na skutek czego zastosowano 6 wcierek, 4 zastrzyknięcia w pośladki i 2 zastrzyknięcia dożylna. Dokonane zostało również nakłucie lędźwiowe, po którym chora przez kilka dni źle się czuła. Na 5—6 dzień po dokonanych nakłuciu lędźwiowym chora spostrzegła, że na oko prawe nic nie widzi.

Przed 5 dniami 18.III.36 r. bóle w uchu prawym znacznie się wzmogły i pojawił się wyciek.

Badanie dnia 24.III.36. ustaliło: budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Chora robi wrażenie ciężko chorej; jest przytomna, tętno średnio napięte, miarowe, 120 na minutę. Temperatura ciała 38°.

Płuca i serce bez odnotowania godnych zmian.

Badanie układu nerwowego: Prawa powieka opadnięta, gałka oczna prawa znajduje się w położeniu środkowym, ruchy zniesione, źrenica szeroka, na światło reaguje. *Visus* — nie widzi ruchów palców tuż przed okiem. Czucie w obrębie I i II gałązki n. trójdzielnego zniesione. Pozostałe n. czaszkowe bez zmian. Odruchy brzuszne zachowane. Kończyny pod względem sprawności ruchów, siły mięśniowej i czucia nie wykazały zmian chorobowych. Odruchy AR PR żywe. Rossolimo brak.

Badanie narządu słuchu:

	Ucho prawe	Ucho lewe
Otoskopia.	Wysięk śluzowo ropny, obfity	normalne
	Błona nacieczona	
	Rysunek zatarty, liczne pęcherzyki krwawe.	
Słuch:	Ucho prawe	Ucho lewe
	0	szept 12 m.
	—	Weber (?)
	0	Rinne C ₁₂₈ +
	7	Szwabach — 10
		C ₁₂₈ norma
		C ₅ norma

Wyrostek sutkowy prawy bardzo bolesny.

Oczopląsu samoistnego — nie ma. Brak również objawu omijania.

Nos: w przewodach wspólnych dużo wydzieliny śluzowo-ropnej, śluzówki nieco suche, pokryte zasychającą wydzieliną. Przegroda skrzywiona w stronę lewą.

Nosogardło: na stropie po stronie prawej owrzodzenie, pokryte szarym nalotem o brzegach nacieczonych wyniosłych.

Jama ustna, dziąsła i śluzówka gardła przekrwione, rozpułchnione, język suchawy, rozwarcie ust upośledzone, bolesność na dotyk prawego stawu zuchwowego.

Krtań — norma.

Gruzoły chłonne szyjne niepowiększone.

Mocz — norma. Krew: b. ciałek 4.800, wzór prawidłowy.

Wassermann dodatni + + + +. Odczyn cytochologowy + + +

Leczenie (Dr. Merenlender): 1) *Hydrarg. salicylici Anaesthesini aa 3,0*
Mucilag. gummi arab. 0,3
Aquae destil. 30,0
M. f. sol.
 D. S. 2 razy tygod. iniekcje po 0,1 na 10 kilo wagi 10 iniekcji.
 2) *Sol. kalii jodati 10,0:200,0*
 D. S. 4 łyżki stołowe dziennie.

8.IV. Chora czuje się lepiej, nieznaczna poprawa ostrości wzroku. Ruchy gałki zniesione.

12.IV. Stan ucha nie wykazuje poprawy — obfity wyciek, wypadnięcie śluzówki w tylnej części błony, wyrostek sutkowy bolesny na ucisk.

14.IV. W uśpieniu ogólnym dokonana została operacja na narządzie słuchu. Podczas operacji stwierdzono w komórkach ziarninę sadiowatą i liczne ogniska ropne; zniszczenie beleczek kostnych. Po wydłutowaniu wyrostka obnażona została środkowa i tylna jama czaszkowa na dość dużej przestrzeni. Opona przekrwiona i pokryta cienką warstwą ziarniny. W wyrostku jarzmowym ogniska ropne; po usunięciu wyrostka jarzmowego stwierdzono zapalenie szpiku kostnego łuski kości skroniowej w dole skroniowym. Celem utworzenia dostępu do dołu skroniowego przedłużone zostało cięcie do zewnętrznego brzegu oczodołu. Po oddzieleniu mięśnia skroniowego od kości natrafiono na duże zbiorowisko ropy cuchnącej. Usunięta została większa część łuski skroniowej i część skrzydła kości klinowej. Opona twarda w przedniej części dołu skroniowego przekrwiona i pokryta ziarniną. Po wprowadzeniu sączków do okolicy szpary klinowej jama została wytamponowana gazą jodoformową i nałożone zostały szwy sytuacyjne.

18.IV.—24.IV. Co drugi dzień zmiana opatrunku. Rana pokrywa się ziarniną, dobrze ukrwioną.

25.IV. Badanie okulistyczne (kol. *Mantinsband*): prawa powieka górna opuszczona, gałka prawa słabo ruchoma tylko ku wewnątrz i ku dołowi; tarcza prawa blade.

26.IV. Stopniowa poprawa poruszalności gałki ocznej.

2.V. Kuracja swoista (Merenlender):

Hydr. salicyl. 5,5 cm³

Quinby 18 cm³

22.V. Chora wypisana została celem dalszego ambulatoryjnego leczenia.

30.VI. Chora odróżnia i liczy palce na odległość 3 metrów. Ruchy gałki ocznej powracają. Utrzymuje się porażenie n. odwodzącego.

W podanym przypadku pod względem różniczkowo rozpoznawczym wchodzi w grę przede wszystkim zapalenie wierzchołka piramidy kości skalistej. Nie chodzi tu o rozlane zapalenie szpiku kostnego całej kości skalistej. Tego rodzaju proces występuje przeważnie obustronnie i przechodzi na trzon kości klinowej; takie przypadki dotyczą przeważnie dzieci w bardzo młodym wieku i dają obraz kliniczny ciężkiej posocznicy. Chodzi o zlokalizowane ropne sprawy w okolicy wierzchołka w postaci ropni, niekiedy dużych rozmiarów. Zmiany w wierzchołku mogą nastąpić we wczesnym okresie zapalenia ucha środkowego, a niekiedy nawet, nim jeszcze cierpienie ucha środkowego zostało rozpoznane. Taki przypadek ogłoszony został w *Ann. d. oto-rhin.*

Osobiście obserwowałem ropień kolosalnych rozmiarów w okolicy wierzchołka piramidy z typowym zespołem objawów *Gradenigo* w przebiegu łagodnej sprawy ucha środkowego, który samoistnie częściowo opróżnił się przez nosogardziel, z drugiej strony doszło do nagromadzenia się zbiorowiska ropy na podstawie czaski pod mięśniami potylicy. Dało to obraz kliniczny nowotworu, i jako taki chirurg usiłował go operować.

W sprawach ropnych wierzchołka piramidy kości skalistej są również silne bóle w okolicy skroniowo-ciemieniowej; bóle w obrębie I gałązki n. trójdzielnego powstają przez ucisk nacieku na zwój nerwu trójdzielnego; porażenie n. odwodzącego, jak wiadomo, prawie stale występuje we wczesnym już okresie. Jeżeli dochodzi do zakażenia zatoki jamistej, to przyłączają się zaburzenia ze strony n. okoruchowego, obrzęk powiek, obrzęknięcie spojówki gałki ocznej, zapalenie n. ocznego — zespół objawów, obserwowany też w kilakach szpary klinowej.

Pod względem różniczkowo rozpoznawczym wcho-

dzą też w grę nowotwory w t. zw. *carrefour — petrosphenoidalis*. Nowotwory tej okolicy dają analogiczne zespoły kliniczne. Typowy jest dla nowotworów powolny bardzo przebieg choroby. Po długotrwałych bólach w okolicy skroniowej i w głębi oka powstaje najspierw porażenie n. odwodzącego, i stopniowo dochodzi do zmian ze strony innych nerwów, torujących sobie drogę przez szparę klinową.

W razie przejścia nowotworu na kość skalistą lub też w nowotworach przerzutowych do kości skroniowej, mogą wystąpić w uchu środkowym zmiany typowe dla ostrego zapalenia. N y l e n w roku bieżącym *) podaje przypadek, w którym przrzut do kości skroniowej z sutka u kobiety traktowany był przez dwa miesiące, jako ostre zapalenie ucha środkowego. Dopiero wydfutowanie wyrostka i badanie histologiczne ustaliło, że chodzi o złośliwy nowotwór ucha.

W naszym przypadku rozpoznanie nie było trudne, albowiem badanie krwi na odczyn W a s s e r m a n n a wypadło dodatnio. Zdarzyć się może, że pomimo niewątpliwego schorzenia kiłowego W a s s e r m a n n wypadnie ujemnie, w takim razie rozpoznanie może być utrudnione ze względu na schorzenia, o których wyżej była mowa.

Co się tyczy leczenia, to w kilakach niezropiałych energiczna kuracja przeciwkiłowa prowadzi do wessania się nacieków kiłowych, nie jest jednak w stanie naprawić zniszczenia lub odrodzić zanikłe tkanki. W narządach o bardzo delikatnej budowie (oko, układ nerwowy) nieznaczne już zmiany mogą wywołać zaburzenia czynnościowe. Kilaki zaś wtórnie zakażone ropotwórczymi drobnoustrojami, wymagają leczenia chirurgicznego. Ropie należy dać odpływ; w razie martwicy kości martwiaki należy usunąć; jedynie w martwiakach kości czaszkowych nie należy się spieszyć z ich usunięciem, albowiem łatwo może powstać zakażenie opon miękkich przed powstaniem wału ochronnego w postaci dostatecznego zgrubienia opony twardej. W naszym przypadku mieliśmy właśnie do czynienia ze zropiałymi kilakami kości czaszkowych przy jednoczesnym schorzeniu dwóch narządów zmysłowych: narządu wzroku i narządu słuchu. Aczkolwiek były wyraźne objawy ropnego schorzenia narządu słuchu z wysoką ciepłotą, zwlekaliśmy z zabiegiem; dokonano go dopiero po trzytygodniowej obserwacji klinicznej i leczeniu swoistym. Zabieg chirurgiczny w naszym przypadku musiał być możliwie rozległy, albowiem oprócz zniszczenia wyrostka sutkowego mieliśmy zniszczenie na dużej przestrzeni przedniej części łuski kości skroniowej, skrzydła dużego kości klinowej, aż do szpary klinowej, w którym to miejscu ucierpiał nerwy, torujące sobie tędy drogę do oczodołu.

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem metody chirurgicznej, która udostępniłaby nam szparę klinową od części przedniej środkowego dołu czaszkowego. Istniejąca metoda K r ö n l e i n a, która polega na wycięciu klina z zewnętrznej ściany kostnego oczodołu nadaje się do operacji schorzeń pozagałkowych i umożliwia dojście do powierzchni oczodołowej szpary.

W naszym przypadku, jak wynikało z zespołu objawów klinicznych, nerwy ucierpiał na skutek ucisku w części przedniej środkowego dołu czaszkowego, albowiem, oprócz n. ruchowych oka, n. ocznego i pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego, były objawy ze strony II gałązki n. trójdzielnego. Metoda operacyjna, stosowana

*) Acta Oto-laryngologica Vol. XXIV Nr. 2 w pracy „Cancer metastasis in the temporal bone simulating acute inflammation in the middle ear“.

celem dotarcia do zwoju nerwu trójdzielnego, nie byłaby odpowiednia w naszym przypadku, gdyż udostępnia nam ona tylny odcinek środkowego dołu czaszkowego. Pozostała jedyna droga, a mianowicie: dół skroniowy po odseparowaniu mięśnia skroniowego. Cięcie w naszym przypadku przedłużone zostało aż do brzegu oczodołu. Po odseparowaniu mięśnia obnażone zostało skrzydło duże kości klinowej. Po usunięciu większej części skrzydła natrafiono na przyponowy ropień cuchnący, który prowadził w kierunku szpary. Po opróżnieniu ropnia wprowadzono sączki do środkowego dołu czaszkowego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i chora, jak wynika z historii choroby, odzyskała wzrok i ruchy gałki ocznej; pozostało jedynie porażenie n. odwodzącego i zaburzenia czucia w obrębie I i II gałązki n. trójdzielnego.

Z oddz. wewn. B. szpitala Poznańskiego w Łodzi.
(Ordynator: Dr. H. K r y s z e k).

O stosowaniu morfiny w chorobach układu krążenia*).

Podał

L. ZYLBERBLAT (Łódź).

Morfina i pokrewne jej związki znajdują małe zastosowanie w chorobach krążenia. Wielu lekarzy ma błędne wyobrażenie o jej rzekomo szkodliwym wpływie na serce, skąpe zaś stosunkowo piśmiennictwo nie sprzyja popularyzacji tego nieocenionego leku, który od dawna pozyskał sobie przydomek „drugiej napastrnicy“.

Wpływ fizjologiczny morfiny na układ krążenia jest stosunkowo nieznaczny; nie zmienia ona siły skurczu mięśnia sercowego, ani jego napięcia i pobudliwości, ani zdolności przewodnictwa. Małe jej dawki powodują zwolnienie akcji serca; nie jest to wywołane, jak dawniej przypuszczano, zwiększeniem poziomu CO₂ we krwi, gdyż bradykardia pomorfinowa nie daje się usunąć przez hiperwentylację (K. M a t t h e s s). Ustępuje ona natomiast po podaniu atropiny (v. H o e s s l i n). Zjawisko to świadczy o tym, że zwolnienie akcji serca wywołane jest przez wpływ morfiny na napięcie nerwu błędnego.

Morfina powoduje ponadto rozszerzenie naczyń mózgowych i skórnych, obniża nieznacznie ciśnienie krwi (v. H o e s s l i n, J a k o w i c k i), zwalnia szybkość jej przepływu w naczyniach (E p p i n g e r, P a p p i S c h w a r z). Badania doświadczalne na kotach (L u i s a d a) wykazały, że nie wywiera ona żadnego działania na tętnicę dużego krwioobiegu, w małym zaś krążeniu powoduje zwężenie żył i skok ciśnienia w tętnicy płucnej z następczym spadkiem ciśnienia w żyłach płucnych i lewym przedsionku. Na ogół jednak serce i krążenie zostają uszkodzone przez morfinę tylko wtórnie na skutek pierwotnego ujemnego jej wpływu na ośrodki oddechowy i naczynioruchowy. Trzeba jednak na to dużych dawek.

Już małe ilości alkaloidu obniżają pobudliwość ośrodka oddechowego, powodując jednocześnie pogłębienie i zwolnienie oddechu i, co za tym idzie, lepszą wentylację płuc. Dawki duże wywołują powstanie oddechu C h e y n e - S t o c k e s a, a w razie dalszego podawania morfiny następuje śmierć na skutek porażenia ośrodków oddechowego i naczynioruchowego.

Morfina hamuje diurezę zarówno u zdrowych, jak i u chorych (B a h n, I s e r b e c h i L i n d e m a n n).

*) wg. referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego 26.II.1936 r.

Według niektórych autorów (Attinger) wpływa ona ujemnie na ukrwienie mięśnia sercowego, zwęża bowiem naczynia wieńcowe; francuscy autorzy natomiast (H u c h a r d, F i e s s i n g e r) uważają ją za środek tonizujący serce podobnie do strychniny, powołując się na analogiczny pogąd S y d e n h a m a.

Przechodząc do rozpatrzenia wpływu morfiny na poszczególne jednostki chorobowe w klinice, stwierdzić należy, że największe usługi oddaje ona w leczeniu napadów dychawicy sercowej. Wstrzyknięcie niewielkiej nawet dawki morfiny przerywa nieraz napad w ciągu kilku minut, co czyni zbędnym stosowanie innych zabiegów, jak upust krwi, lub wstrzyknięcie strofantyny, względnie ouabainy. E p p i n g e r, podkreślając szybkość i pewność jej działania, powiada: „fast könnte man sagen, dass das Morphium für viele Fälle von Asthma cardiale dasselbe bedeutet, wie das Adrenalin für das Asthma bronchiale“.

Dawne poglądy na patogenезę tej jednostki chorobowej, według których napad powstaje na skutek nagłego osłabienia lewej komory (T r a u b e, F r a e n k e l), nie tłumaczyły dostatecznie mechanizmu działania leczniczego morfiny. Prace E p p i n g e r a i jego szkoły wykazały natomiast, że bezpośrednio przed napadem występuje nagle wzmożenie szybkości obiegu krwi i wypchnięcie dużych jej ilości ze zbiorników magazynujących (wątroba, śledziona), co doprowadza przy współistniejącej niedomodzi lewej komory do przeładowania małego krążenia i powstania duszności. Morfina, jak wspominaliśmy wyżej, ma własność zwalniania szybkości przepływu krwi, co może tłumaczyć jej wpływ leczniczy w tych przypadkach. W inny jeszcze sposób tłumaczy działanie morfiny S. W a s s e r m a n n, według którego *asthma cardiale* zostaje wywołana przez zespół odruchów wegetatywnych, mających punkt wyjścia w lewej komorze, względnie w tętnicy głównej, i przebiegających przez nerw współczulny i ośrodki wegetatywne w rdzeniu przedłużonym. Morfina, przerywając łuk odruchowy, znosi według W a s s e r m a n n a napad dychawicy.

Niektórzy tylko autorzy (E p p i n g e r, J o c h w e d s) przestrzegają przed zbyt pochopnym jej stosowaniem w tych nielicznych, zresztą, przypadkach, w których obraz chorobowy opanowany jest przez objawy pierwotnego osłabienia lewej komory, jak, na przykład, spadek ciśnienia tętniczego krwi (zwykle bowiem napadowi towarzyszy skok ciśnienia). Jest to jedyne zresztą przeciwwskazanie. Należy stosować morfinę również u tych chorych, u których rozpoznanie różniczkowe waha się w napadzie między dychawicą sercową a oskrzelową. Nie należy wówczas ryzykować podania adrenalinę, która pogarsza stan pacjenta, dotkniętego sercową astmą. Morfina natomiast działa leczniczo w obu tych schorzeniach. Dawki użytego leku winny być dostatecznie duże (0,02). Wstrzykiwać należy w odcinki skóry bardziej ciepłe i lepiej ukrwione (S c h e r f i Z a k); podczas napadu bowiem krążenie w powłokach jest upośledzone, co zmniejsza szybkość wsysania się leku. Małe dawki morfiny, podawane przez dłuższy czas, zapobiegają nocnym napadom dychawicy sercowej; najlepiej podawać chorym przed udaniem się na spoczynek niewielkie jej dawki (20 kr. 1% roztworu *morphii muriatici*), względnie tabletkę pantoponu. Te same wskazania, co w dychawicy sercowej, obowiązują również w ostrym obrzęku płuc, który jest przecież zazwyczaj jej nasileniem i posiada tę samą patogenезę, o ile pominać

obrzęki płuc innego pochodzenia (toksyczne, zapalne, pochodzenia ośrodkowego i t. p.).

Jako zasadę należy więc uważać, że każdy ostry obrzęk płuc jest wskazaniem do natychmiastowego wstrzyknięcia morfiny; po tym dopiero, o ile napad nie ustępuje, należy przystąpić do zwykłych w tych razach zabiegów (upust krwi, strofantyna, ouabaina). Nieliczni tylko autorzy (w Polsce — S t e r l i n g - O k u n i e w s k i i W s z e l a k i) odradzają stosowanie morfiny, wskazując na to, że zmniejsza ona pojemność oddechową płuc. Przeciwwskazanie istotne do jej podania stanowią tylko przypadki, omówione wyżej, przebiegające od razu ze spadkiem ciśnienia tętniczego. S c h e r f uważa ponadto, że należy zachować ostrożność w końcowych okresach obrzęku, gdy krwawa plwocina i rżenia grubego kalibru świadczą o tym, że do duszności pochodzenia ośrodkowego dołączyła się już duszność „płucna“ (pulmonale Erstickungsdyspnoë).

Istnieje pewna postać obrzęku płuc, różniąca się nieco od postaci klasycznej, która występuje u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego, zwłaszcza w razie współistnienia znacznego zastoj płucnego i braku niedomogi prawej komory. Napady obrzęku płuc występują u chorych takich raczej w dzień, niż w nocy, i to zazwyczaj po wysiłkach fizycznych. Wydaje się, że mechanizm powstawania napadów jest w tych przypadkach inny, że mniejsza jest rola czynników odruchowych, że momentem wywołującym jest raczej nasilenie raptowne zastoj w krążeniu małym. To samo dotyczy obrzęków płuc, występujących u kobiet ze zwężeniem zastawki dwudzielnej po porodzie. Być może, w przypadkach tych stosowanie morfiny nie jest pożądane ze względu chociażby na przewlekły zastój w krążeniu płucnym, który, jak o tym będzie jeszcze mowa, stanowi zasadnicze przeciwwskazanie do podawania pochodnych makowca. W piśmiennictwie polskim stanowisko takie zajmuje K r y s z e k; S c h e r f natomiast stosuje morfinę również u tych chorych.

Poza dychawicą sercową i obrzękiem płuc objawem niewydolności lewokomorowej jest jeszcze oddychanie okresowe typu C h e y n e - S t o c k e s a. Wystąpienie tego stanu u chorego zmusza lekarza do natychmiastowego odstawienia podawanej dotąd morfiny, względnie do unikania jej na przyszłość, o ile dotąd nie była stosowana; morfina bowiem przez dalsze osłabienie pobudliwości ośrodka oddechowego powoduje nasilenie istniejących już dolegliwości.

Zastrzeżenia te, jak się zdaje, dotyczą jednak tylko zwykłych terapeutycznych dawek alkaloidu; dawki bardzo małe nie wykazują, zdaniem niektórych autorów, szkodliwego wpływu. H u c h a r d i F i e s s i n g e r np. twierdzą, że morfina w bardzo niewielkich ilościach (0,002 pro die) jest regulatorem zakłóconej czynności ośrodka oddechowego, i zalecają jej stosowanie u chorych z oddechem C h e y n e - S t o c k e s a. S e m e r a u — S i e m i a n o w s k i również stosuje ją w tej dawce, dodając jednak zawsze kofeinę. S c h e r f używa morfiny w niektórych przypadkach C h e y n e — S t o c k e s a, jako dodatku do euphyliny, która, będąc lekiem niemoistwym w tych stanach, wywołuje jednak niekiedy bezsenność przez swe centralne drażniące własności; morfina, względnie pantopon, usuwają niepożądane działanie uboczne.

Inne objawy niewydolności mięśnia sercowego, jak rytm cwałowy, tętno naprzemienne i rytm wahałowy nie są przeciwwskazaniem do stosowania morfiny.

Lekarz praktyk staje często wobec zagadnienia, czy wolno stosować morfinę u chorych zdekompenzowanych, których obraz chorobowy opiany jest przez obrzęki i zastój w dorzeczu żyły wrotnej. Niektórzy autorzy (Vaquez np.) przestrzegają przed jej podawaniem w tych razach, wskazując na hamujący jej wpływ na diurezę. Zastrzeżenia te są zasadniczo słuszne, morfina hamuje bowiem wydzielenie wody. Należy jednak uprzytomnić sobie, na jak wielką i wyczerpującą pracę skazany jest zdekompenzowany chory, który oddycha często i powierzchownie, okazuje stały niepokój ruchowy i dotknięty jest w dodatku bezsennością. Wszystkie wyliczone momenty obciążają w wysokim stopniu krążenie i opóźniają wystąpienie leczniczego działania naporstnicy. Natomiast niewielkie dawki morfiny, stosowane w pierwszych dniach naporstnicowania, zmniejszają pobudliwość przeważliwego ośrodka oddechowego, usuwają uczucie duszności, zwalniają oraz pogłębiają oddech, co prowadzi do lepszej wentylacji płuc, ułatwiają wreszcie sen. Wszystkie te czynniki powodują zwolnienie akcji serca i zwiększenie diurezy, co potęguje pomyślny wpływ naporstnicy. Meyer i Gottlieb twierdzą wręcz, że „morfina jest dla niedomogi oddechowej tym, czym naporstnica dla niedomogi krążenia“. Z ak wskazuje ponadto na wagotropowe własności morfiny, które ułatwiają działanie naporstnicy. Opium jest w tych przypadkach mniej wartościowym środkiem (Jagici i Flaum). Stosowanie morfiny należy przerwać z chwilą wystąpienia wyraźnej poprawy; jedynym powikłaniem bywa niekiedy kurcz zwieracza pęcherza, dający się usunąć przez podanie *liq. kalii acetic.*

Przechodzimy do rozpatrywania wpływu morfiny na jednostki chorobowe, których obraz kliniczny opiany jest przez ból; naczelnie miejsce zajmują tu, oczywiście, dławica piersiowa i zawał serca. Opierając się na teoretycznych przesłankach, należy przypuszczać, że morfina, jako lek wagotropowy, zwięża światło naczyń wieńcowych i wobec tego nie powinna być stosowana w napadach dławicowych. W rzeczywistości najczęściej stosuje się ją właśnie w tych stanach chorobowych. Attinger wprawdzie twierdzi, że wstrzyknięcie morfiny podczas napadu dławicy piersiowej spowodować może śmiertelne migotanie komór, są to jednak, jak się zdaje, obawy nieuzasadnione. Ujemny wpływ pochodnych opium na naczynia wieńcowe jest w gruncie rzeczy nikły (Jagici i Flaum). Nie oznacza to, oczywiście, abyśmy mieli doradzać wstrzykiwania *morphium* w każdym napadzie dławicy, najczęściej bowiem wystarczy podać nitroglicerynę. Jeśli jednak azotyny zawiodą lub działają niedostatecznie, należy niezwłocznie zastosować morfinę, najlepiej w kombinacji z atropiną. Romberg radził rozpoczynać od małych dawek (0.003 — 0.01), nie trzeba jednak skąpić większych ilości, o ile napad nie ustępuje. W przypadkach zawału serca, zwłaszcza, gdy gwałtowny ból doprowadza do zapaści, konieczne są nieraz bardzo wielkie dawki (Zak wstrzykuje jednorazowo nawet 0.06). Niektórzy podają morfinę w zawałe serca nawet dożylnie (Moore cyt. wg. Zalcmana).

Autorzy amerykańscy (Osborne i Fishbein) nie dodają atropiny do iniekcji ze względu na występujące pod jej wpływem przyspieszenie akcji serca. Nie jest to słuszne, gdyż atropina przez swój porażający wpływ na nerw błędny rozszerza naczynia wieńcowe i poprawia ukrwienie mięśnia sercowego.

Z innych chorób układu krążenia, w których pochodne makowca oddają duże usługi, wymienić należy zapalenie osierdzia; gwałtowne bóle w przebiegu tego cierpienia ustępują nieraz tylko po morfinie (W. Orłowski). Amerykanie (Osborne i Fishbein) stosują ją w przypadkach *endocarditis*, o ile chory na bóle. Vaquez zaleca ją w przypadkach przełomów naczynioruchowych, tłumia ona bowiem występujące wówczas kurcze. Żadna z licznych postaci niemiaryowości nie stanowi sama przez się przeciwwskazania, ani wskazania do stosowania pochodnych makowca, morfina bowiem nie wywiera żadnego wpływu na przewodnictwo mięśnia sercowego, ani na jego pobudliwość, ani na wytwarzanie podniet w węzle Keith — Flacka. Ostrożność należy zachować jednak u chorych ze skłonnością do napadów typu Adams — Stockesa. Morfinę stosujemy więc u chorych z jakimkolwiek rodzajem niemiaryowości tylko w razie wystąpienia innych spraw chorobowych (napadu dychawicy sercowej, obrzęku płuc, dławicy piersiowej i t. p.). Te same zasady obowiązują u chorych na wady zastawkowe wyrównane, z których żadna nie stanowi wskazania, ani przeciwwskazania do stosowania morfiny.

Pozostają do omówienia stany chorobowe układu krążenia, w których podawanie makowca i jego pochodnych jest przeciwwskazane i szkodliwe. Pierwsze miejsce w ich rzędzie zajmuje omówione wyżej oddychanie okresowe typu Cheyne — Stockesa. Nie należy ponadto stosować morfiny we wszystkich postaciach t. zw. „nerwic sercowych“, nie usuwa to bowiem istniejących w tych razach dolegliwości, łatwo natomiast wywołać morfinizm z wszystkimi jego następstwami. Najważniejsze wreszcie przeciwwskazanie stanowi grupa t. zw. „duszności płucnej“.

Są to stany, w których uczucie duszności nie jest pochodzenia ośrodkowego, jak to się dzieje np. w dychawicy sercowej, lecz zostaje wywołane przez wyłączenie znacznej powierzchni płuc z jej czynności. Należą tu rozedma płuc ciężkiego stopnia, przewlekłe zapalenie oskrzelików, rozległa gruźlica płucna, zapalenie płuc, *kyphoscoliosis* oraz niewyrównane wady serca w razie współistnienia sinicy i znacznego zastoj w krążeniu małym. We wszystkich wyliczonych jednostkach chorobowych istnieje znaczny deficyt tlenowy we krwi, czego nie stwierdza się u chorych z dusznością „ośrodkowego pochodzenia“. Morfina w tych razach zmniejsza pobudliwość ośrodka oddechowego i powoduje dalsze pogorszenie wymiany gazowej, wzmożenie poziomu CO₂ we krwi i porażenie ważnych dla życia ośrodków mózgowych.

Na zakończenie należy dodać, że zamiast morfiny stosować można zawsze z powodzeniem pantopon, którego wpływ ujemny na ośrodek oddechowy jest mniej zaznaczony w porównaniu z morfiną.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Fizjopatologia przemiany wapnia.

Podał

Dr Antoni WAJNGOT (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 10).

Przemiana wapnia w stanach patologicznych.

O tężyczce była mowa w poprzednich rozdziałach.

Krzywica — poziom wapnia w surowicy jest w tym schorzeniu prawidłowy, jedynie w ostrym, początkowym okresie stwierdza się hiperkalcemię. Natomiast zawsze występuje hipofosfatemia ze szczególnym uwzględnieniem spadku fosforu nieorganicznego.

Wskaźnik fosforowo-wapniowy $\frac{Ca}{PO_4}$ wynoszący w warunkach prawidłowych 40 lub więcej, w krzywicy spada poniżej 30. Bilans wapniowy jest w krzywicy ujemny.

Osteomalacja przedstawia duże podobieństwo do krzywicy, stąd nawet jej symboliczna nazwa „*rachitis adulatorum*“. Bilans wapnia jest taki, jak w krzywicy. W krwi spotykamy zmniejszenie rezerw alkalicznych, kwasicę bezwzględną i zwiększenie przężności CO₂, co w zupełności wystarcza do znacznego wypłukania wapnia z tkanek, zwłaszcza z kości, których ciężar właściwy spada z normalnego 1,9 do 0,7.

Osteoporosis — daje się wywołać pożywieniem bezwapniowym, łatwiej u dzieci, niż u chorych, których zapotrzebowanie wapnia jest mniejsze. Szczególną dekalcyfikację ustroju spotyka się w osteoporozie ciężowej, jednakże z dodatnim bilansem wapniowym, gdyż tu pierwiastek ten przechodzi do organizmu płodu. W osteoporozie starczej nie stwierdza się nadmiernej utraty wapnia.

Szczególną uwagę w ostatnich latach poświęcono dwóm jednostkom chorobowym: chorobom Pageta i Recklinghausena.

Pierwsza z nich daje miejscowe ubytki wapnia, ma przebieg łagodny, brak w niej znamion nadczynności przytarczyc. Druga natomiast, której substratem anatomopatologicznym jest gruczolak przytarczyce, daje obok rozleglejszych zwłóknień i torbieli ubytkowych w kościach pełny obraz nadczynności przytarczyc: hiperkalcemię, hipofosfatemię, nadmierne wydzielanie wapnia. Paratyreoidektomia jest jedynym właściwym zabiegiem w tej sprawie. Trzeba zaznaczyć, że nawet nieudana operacja (nie znalezienie gruczolu) daje poprawę; zależy to zapewne od zakrzepów tętnicy przytarczycowej, analogicznie z operacją podwiązania tętnicy tarczycowej.

Dzięki stałości zmian w przytarczycach w *osteitis fibro-cystica* Lièvre zaproponował nazwę „*osteosis parathyrogenes*“.

Kreśląc obraz tego schorzenia, opiera się na następujących punktach, mających udowodnić związek jego z przytarczycami i przemianą wapniową: 1) bóle, złamania, zniekształcenia, zaburzenia trzewne (*crises gastriques*, kolka nerkowa), astenia — zdarzają się zawsze przy dużym ubytku wapnia z organizmu. 2) Na rentgenie można śledzić postęp choroby bez leczenia, lub jej cofanie się pod wpływem wycięcia przytarczyc. 3) To samo dotyczy obserwacji bilansu wapniowego.

Pod kategorię przewlekłego paratyreoidyizmu podciąga się ostatnio również sklerodermię i keloidy.

Choroby stawów, dna i kamica wapniowa.

W dniu wapniowej i *polyarthritis ankylopoëtica* są duże zmiany w zwapnieniu. W tkance łącznej odkładają się złogi wapnia, szczególnie w tkankach okołostawowych palców i dłoni. Są one podobne do guzków moczianowych, przeświecają przez skórę jako biało-żółtawe ogniska, skóra nad nimi ma charakter sklerodermiczny. Zaburzeń bilansu ani kalcemii nie ma.

Polyarthritis ankylopoëtica poddaje się leczeniu operacyjnemu (*parathyreoidectomia*), daje jednak nawroty.

Kamica wapniowa powstaje najczęściej w trzustce. Narząd ten jest bogaty w wapń, zawiera go więcej niż śledziona i wątroba, sok trzustkowy natomiast wydziela niewiele wapnia. Sole wapniowe strącają się w trzustce i przewodzie Wirsunga pod wpływem znaczniejszej alkalizacji środowiska.

Choroby nerwowe: W różnych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego, zatruciach weronalem i tlenkiem węgla zachodzą duże wahania kalcemii. Napad epileptyczny można wywołać hiperwentylacją lub inną metodą alkalizacji, co się tłumaczy hipokalcemią, towarzyszącą tej chorobie.

Choroby zakaźne — zmiany kalcemii i bilansu nie występują stale, dają odchylenia niewielkie i krótkotrwałe.

Natomiast specjalna uwaga należy się gruźlicy. Ani bilans wapnia, ani hipokalcemia nie występują w niej stale, gdy zaś wystąpią, stanowią tylko komponent ogólniey demineralizacji ustroju. Wyjątkowo duża utratę wapnia widuje się w gruźliczym zapaleniu jelit, ale nie zależy to od gruźlicy, lecz od biegunki i może towarzyszyć każdej chorobie jelit z biegunkami.

W świetle tych uwag rozpowszechnione podawanie rozmaitych postaci wapnia w każdej formie gruźlicy nie posiada niewątpliwych podstaw naukowych. Uwapnienie ognisk gruźliczych nie jest sprawą obrony biologicznej, zależy tylko od martwicy tkanki, jej sekwestracji i miejscowego zakwaszenia, jest więc procesem fizyczno-chemicznym, drugim zasadniczo etapem zwycięskiej walki ustroju z zakażeniem. Słuszniej więc może należałoby ograniczyć stosowanie wapnia do gruźlicy krwotocznej, gdzie nieraz święci triumfy objawowe.

Choroby nerek. — Pomijając wzmożone miejscowe zapotrzebowanie wapnia w stanach zapalnych nerk, należy wspomnieć o wybitnej hipokalcemii zarówno w zapaleniach, jak i nerczycach. W mocznicy zauważono spadek wapnia w krwi, postępujący w miarę zatrucia i ustępujący w miarę poprawy.

Wyjątkowo frapujące zagadnienie pozanerkowej mocznicy ma obecnie już mniej zwolenników teorii czysto czynnościowego pochodzenia cierpienia. W świetle kanalików nerkowych chorych zmarłych na hipochloremiczną mocznicę znaleziono złogi wapniowe i martwicę, które mechanicznie wywołują ucisk na komórki wydzielnicze nerek. W ten sposób otrzymuje się prawdopodobne koło przyczynowo-skutkowe: hipochloremia i hiponatremia powodują nerczycę, a ta następnie prowadzi do mocznicy retencyjnej.

Zaćma — poza zaćmą starczą opisuje się zaćmy dokrewno-pochodne. Zdarzają się one jako epizody w krzywicy i tężyczce. Szereg doświadczeń laboratoryj-

nych i klinicznych wskazuje na łączność zaćmy z zaburzeniami przemiany wapnia. Soczewki *in vitro* zanurzone do roztworu wapnia — mętnieją. Zaćma występuje nader często w krótki czas po wycięciu przytarczyc. Leriche zauważył w zespole Junga (*retractio aponeurosis plantaris*) — hipokalcemię, utajoną tężyczkę i zaćmę. Wszystkie te objawy poprawiły się pod wpływem wyciągu z przytarczyc.

Utrwalacze wapnia w ustroju.

Witamina D. — Oddawna wiadome było, że samo podawanie wapnia jakąkolwiek drogą powoduje zaledwie nieznaczne i przejściowe podniesienie się poziomu wapnia w krwi, nie wpływając poza tym na bilans wapniowy, czasem nawet pobudzając ustrój do wzmożonego wydalania wapnia. Około 25 lat temu Simmonds i McCollum spostrzegli, iż dodawanie kilku kropel świeżego tranu do diety krzywiczo-twórczej u szczurów całkowicie zapobiega schorzeniu doświadczalnemu. Howland w r. 1916 uwiłdocił rentgenologicznie zapobiegawczą rolę tranu w krzywicy zarówno ludzkiej, jak i doświadczalnej. Drogą badania chemizmu krwi wykazano, że tran wywołuje retencję wapnia w ustroju oraz wzmagą kalcemię i fosfatemię. Przypisywano początkowo to niezwykle i dobroczynne działanie witaminie A, jednej z pierwszych witamin poznanych, znajdującej się w tranie w dużej ilości. Jednakże przekonano się, że inne pokarmy, bardzo bogate w tę witaminę, np. tłuszcze roślinne, są bezsilne w działaniu zapobiegawczym i leczniczym na krzywicę. Nawet 50% dodatku różnych tłuszczów do diety krzywiczo-twórczej nie hamowało rozwoju schorzenia, co wobec wzmiankowanego już działania minimalnych ilości tranu naprowadziło McColluma na koncepcję istnienia w tranie witaminy swoistej przeciwkrzywicznej, niezależnie od również rozpuszczalnej w tłuszczach przeciwkeratomalacyjnej witaminy A. Poszukując metod wyodrębnienia witaminy przeciwkrzywicznej, przekonano się, że ginie ona w 120°C, a i na inne czynniki jest mniej oporna, niż czynnik przeciwkeratomalacyjny.

Działanie światła. Badania statystyczno-geograficzne ustaliły największe rozpowszechnienie krzywicy w obrębie od 40° do 60° szerokości północnej (p. w.). W obrębie tej strefy geograficznej panuje między innymi mniejsza insolacja, niż w szerokościach niższych, gdzie krzywica jest rzadkością. W ten sposób powiązано zagadnienie insolacji z rozmieszczeniem krzywicy, a nieliczne wyjątki, interesujące z punktu widzenia higieniczno-obyczajowego, potwierdzają ten pogląd. W krajach południowych muzułmańskich, gdzie surowe klauzule nakazują dzieciom, zwłaszcza dziewczętom, z rodzin szlacheckich pozostawać w ukryciu, a w najlepszym razie w cienistych i niedostępnych słońcu ogrodach prywatnych — krzywica szerzy się obficie, podczas gdy w masach ludowych, gdzie dzieci od wczesnego dzieciństwa wałęsają się na swobodzie, choroba ta, pomimo niedostatecznego pokarmu, jest prawie niespotykana. Powyższe spostrzeżenia próbowano zastosować praktycznie; pierwsze próby leczenia krzywicy w porze bezsłonecznej przy pomocy lamp łukowych zawiody całkowicie. Erę zwrotną w zakresie światłolecznictwa stanowi pod tym względem r. 1919, kiedy Huldshinsky w St. Zjednoczonych po raz pierwszy poddał serię dzieci krzywicznych napromienianiu lampą kwarcową. Od tego czasu niezliczone doświadczenia potwierdziły założenie Huldshinskiego o specyficznym działaniu promieni pozafiołkowych;

późniejsze badania szczegółowe zwięzły zakres tych promieni do obrębu najmniejszej długości fali.

Mechanizm działania promieni pozafiołkowych na metabolizm wapniowy nie jest jeszcze ściśle wyjaśniony. Ze względu na nieprzenikliwość skóry i tkanki podskórnej dla tych promieni jasne jest, że proces właściwy musi się odbywać w powierzchniowych warstwach skóry. Prawdopodobnie ma on znaczenie katalityczne.

Niewątpliwy związek między promieniami pozafiołkowymi i układem współczulnym wyraża się nadprodukcją barwnika w skórze, co przemawia za działaniem na zakończenia nerwowe, dochodzące do melanoforów.

Wśród innych prób wyjaśnienia znajdują się interesujące prace Spolveriniego, który działanie lamp kwarcowych i innych źródeł promieniowania pozafiołkowego upatruje w ich bezpośrednim wpływie na ustrój drogą oddechową (ozonizacja?). Niektórzy autorzy (Worringer) powzięli koncepcję o syntezie witaminy D w skórze ludzkiej pod wpływem napromieniania.

Lata ostatnie przyniosły w tej mierze wiele rewelacyjnych odkryć. Okazało się, że niektóre pokarmy a nawet związki chemiczne (cholesteryna) pod wpływem promieni pozafiołkowych nabierają własności przeciwkrzywicznych. Zmiana jakiejś substancji, jak się okazało z grupy sterolów, „prowitaminy D“ na witaminę D, okazała się w praktyce dość łatwa, i obecnie rynek farmaceutyczny posiada dość dużo preparatów o znanej sile, regulującej przemianę wapnia, mających zastosowanie przede wszystkim jednak w zapobieganiu i leczeniu krzywicy. Badania najnowsze rozszerzyły znacznie zakres stosowania tych preparatów.

Hiperwitaminoza D.

W związku ze znacznym rozpowszechnieniem leczenia witaminą D należy zapamiętać, iż jest ona bronią obosieczną. Przeciętnie dawką dzienną od 1 do 10 mgr można wyleczyć krzywicę w przeciągu kilku do kilkunastu tygodni w sprzyjających warunkach dietetycznych. Z dotychczasowego doświadczenia wiadomo, że głodzenie przy tym leczeniu sprzyja odkładaniu się wapnia w narządach mięsnych, witaminy A i B działają antagonistycznie i równoczesne ich spożywanie w większych dawkach zmusza do zwiększenia ilości podawanej witaminy D. Przedawkowanie witaminy D prowadzi do ciężkiego schorzenia ogólnego. Występuje gorączka, brak łaknienia, wymioty, senność, atonia mięśniowa, zaburzenie psychiczne, nerczyca, zleniwienie reakcji na prąd elektryczny mięśni i nerwów i zwolnienie czasu krzepnięcia krwi. Czynnikiem wywołującym jest prawdopodobnie produkt uboczny naświetlania prowitaminy, t. zw. toksysteryna. Jest to substancja bardzo oporna na czynniki zewnętrzne; po inaktywacji preparatu witaminowego gorącym możemy małymi dawkami otrzymać wszystkie objawy toksyczne bez dodatnich skutków leczniczych.

Badaniem chemicznym stwierdzamy w D-hiperwitaminozie spadek wapnia w kościach przy znacznej hiperkalcemii. Dlatego też należy leczenie kontrolować badaniami laboratoryjnymi. Gdy to jest utrudnione, można kierować się regułą Brugscha — 10 kropel mianowanego preparatu dziennie najwyżej przez 6 tygodni. Nawet w przypadkach ciężkiej krzywicy nie należy stosować globalnie dawki większej, niż podwójna w stosunku do wyżej wymienionej.

Wnioski.

Wśród wielu szczegółów ogólnie znanych niniejszej pracy należy podkreślić niektóre, praktycznie najważniejsze:

1) Poziom wapnia w krwi nie stoi w żadnym związku stałym z przemianą wapniową i jej bilansem i nie może służyć za żaden dowód pozytywny lub negatywny dla oceny zaburzeń metabolizmu wapnia.

2) W świetle przedstawionych faktów nadmierne rozpowszechnienie podawania wapnia nie zawsze jest usprawiedliwione.

3) W niektórych zaburzeniach przemiany wapniowej jedynym leczeniem jest uderzenie w przyczynę, bądź pod postacią leczenia chirurgicznego w nadczynności, bądź hormonalnego w niedoczynności.

4) Przedawkowanie witaminy D jest nie mniej groźne, niż choroba początkowa, która skłoniła do leczenia witaminą.

PIŚMIENNICTWO.

1) Brull — La pr. méd. 18.X.1930. 2) Weil i Guillaumin — ibid. 3) Bakwin — Am. Journ. Child. Dis. 1928,

Nr. 6. 4) Buckaert i Regnier — La pr. méd. 18.X.1930. 5) Gottschalk i Adler — Mediz. Kl. 1921, Nr. 39 i 40. 6) Jansen — D. Arch. Kl. Med. 1924, Nr. 14. 7) Binet i Vagliano — La médecine 1924, Nr. 9. 8) Rivoire — La pr. méd. 28.V.1930. 9) Leriche i Jung — La pr. méd. 3.XII.1930. 10) Baudoin, Levine, Azerad — C-tes rend. soc. chim. biol. 27.IV.34. 11) L. Lichtwitz — w dziele Kraus i Brugsch. 12) Curschmann — ibid. 13) Mathieu, Weil, Guillaumin — XXI kongres med. franc. Liège, 1930. 14) Weili Weisman — Soc. med. hôp. Paris. 3.VII.31. 15) Langeron — Le sang 1931, Nr. 2. 16) Leriche — La pr. méd. 1935, Nr. 39. 17) Pautrier — La pr. méd. 1933, Nr. 19. 18) Natesco i Ornstein — C-tes rend. soc. chim. biol. 15.XII.1934. 19) Bogaert i Mecl — C-tes rend. soc. chim. biol. 18.I.1936. 20) Blum — Monde Méd. 1—15.IV.1933. 21) Mandl — Wien. Kl. Woch. 1935, Nr. 38. 22) Huff — Am. Journ. Dis. Child. 1936, Nr. 2. 23) Dulière — Rev. Belge Sc. med. novembre 1934. 24) Loeper, Bioy, Perreau — Bulet. soc. hôp. Paris 1936, Nr. 14. 25) Roland — Klin. Woch. 1936, Nr. 23. 26) Kirszbraun — Warsz. Czas. Lek. 1936, Nr. 40—41.

Oceny książek.

Robert T. MORRIS. Pięćdziesiąt lat życia chirurga. Przekład R. Centnerszwerowej. Warszawa, 1936. Wydawnictwo J. Przeworskiego.

Okres czasu ostatnich lat 50 zapisał się w dziejach chirurgii niezatartymi głoskami: antyseptyka, aseptyka, rozwój techniki, postępy bakteriologii, badania eksperymentalne i laboratoryjne, które wydarły naturze wiele tajemnic, ukrytych dotąd przed okiem biologa — wszystko to postawiło nowoczesnego chirurga przed zadaniami, których ryzyko przestało mu lekko wie szepać, że zamierzony krok jest wyrokiem śmierci dla upatrzonych przezeń ofiary. Docieranie do tak niezbędnych dla życia narządów, jak mózg, serce, płuca, gruczoły dokrewne, nie mówiąc o organach jamy brzusznej, z którymi już w zaraniu wielkiej chirurgii zawarliśmy poufałą znajomość, są to przecież dziś codzienne, często zwycięskie borykania się chirurga z trapiącymi ludzką kłeskami. Związane z tym sprawy w opisie barwnym, nie pozbawionym miejscami świetnych uwag krytycznych, wskrzesił autor w pamięci swoich rówieśników tak wiernie, że widzi się jasno ten stopniowy pochód od mroku, w którym swój zawód lekarski rozpoczynali, do światła, w którego blasku święcą dziś rzetelne triumfy. Morris, mało u nas znany, głośny jednak w swej ojczyźnie chirurg amerykański, zastrzega się wprawdzie, że nie pisał swej książki dla współczesnych mu lekarzy, mimo woli jednak obudził w nich wspomnienie dawnych, jakże śmiesznie w obliczu teraźniejszości wyglądających przeżyć. Gdy mówi o walkach, staczanych w obronie aseptyki, staje mi przed oczyma mój profesor chirurgii, który, chcąc mieć wolne obie ręce, brał bistouri pomiędzy wargi. Gdy na progu lat 80-ych zeszłego wieku zaczęła wyłaniać się z mroków nauka o bakteriach, inny mój profesor z przekąsem twierdził, że teraz bają coś o jakichś robaczkach, pływających we krwi i że one to mają być przyczyną gorączki płożowej. Przeżywalimy więc te rzeczy tak samo, jak nasi współcześni z drugiej półkuli.

Pamiętniki swoje rozpoczyna autor od lat młodych opisem życia domowego i szkolnego, przechodzi następnie do okresu studiów lekarskich i pracy szpitalnej, nie szczędząc nam wielu ciekawych epizodów z tego i późniejszych okresów swego życia zawodowego, epizodów, interesujących zarówno lekarza, jak i szeroką publiczność. W ogóle powiedziałbym, że, o ile książka zawiera bardzo dużo materiału łatwo strawnego dla szerokiego ogółu, o tyle niektóre rozdziały napisane zostały wyłącznie dla lekarzy. Ciekawa jest w tych właśnie rozdziałach walka o krótkie cięcia w zabiegach na narządach jamy brzusznej, o opero-

wanie szybkie, o częstsze posługiwanie się zmysłem dotyku, ciekawe są poglądy na podział zapaleń wyrostka robaczkowego i jego leczenie operacyjne, na metody opatrywania chorych po cięciu brzuszny i rozprawy na te tematy w Towarzystwach i na Zjazdach lekarskich.

Porusza też autor i sprawy bardziej poziome, praktyczne, jak honoraria lekarskie, dzielenie się honorariami, wygłaszając tu poglądy rozumne, szlachetne, wysoce humanitarne. Wiele prawd, które nie powinny przebrzmieć bez echa, wypowiada w rozdziale „Zawiści zawodowe“, zwracając uwagę na szkody, jakie lekceważące i złośliwe odzywianie się jednych lekarzy o drugich przynoszą nie tylko im, ale i wiedzy lekarskiej i dobru społecznemu.

Dużo myśli trafnych znajdujemy również w rozdziałach o pracy doświadczalnej, o mechanoterapii, o kontroli życia płciowego i urodzeń, o znachorach i cudotwórcach. Trochę może zbyt lekceważąco traktuje autor psychoanalizę, nie mając, jak się zdaje, dostatecznego w tej dziedzinie doświadczenia osobistego.

Pięćdziesiąt lat życia chirurga jest utworem, pisany przystępnie, żywo, interesująco, krytycznie, i dzięki tym walorom zająć mogącym zarówno fachowca, jak i nielekarza. Jest to jedna z tych książek, które w swych autorach znalazły wytrawnych znawców przedmiotu i utalentowanych publicystów w jednej osobie.

Przykład znanej tłumaczki, pani Róży Centnerszwerowej, dokonany przy współudziale jej małżonka, popularnego chirurga warszawskiego, doskonały. Tłumaczka miała do przewyciężenia wiele trudności lingwistycznych i naukowych, z którymi dzielnie się uporała. Szata zewnętrzna — druk, papier i korekta — przynosi zaszczyt firmie J. Przeworski.

Z. Srebrny.

T. NOBÉCOURT. Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines. XVI + 459. Masson et Cie Éditeurs. Paris. Prix 60 francs. 1936.

Z dużej wielotomowej serii „Kliniki dziecka“ prof. Nobécourta ukazał się 13-ty zeszyt, omawiający zaburzenia wzrostu i wieku dojrzewania, zaburzenia odżywiania i wewnątrzwydzielnictwa gruczołowego. 20 wzorowych wykładów, obficie ilustrowanych, mianych w ostatnich latach w Klinice pediatrycznej i rozrzuconych drukiem po różnych czasopismach. — Nie tylko pediatra, ale neurolog i chirurg z przyjemnością i korzyścią przeczytają ten tomik prac, a jeśli posiadają

w swoim księgozbiore 4-ty tomik tegoż wydawnictwa, wydany przed 10 laty przez tegoż autora w tejże materii, to się na nowym materiale łatwo przekonają, jak wielkie postępy poczyniła nauka w tym względnie krótkim okresie czasu. Znajdzie czytelnik w tym, 459 stroniec obejmującym tomie: przerosty ciała, dojrzewanie patologiczne u dziewcząt, achondroplazję i rachityzm, zespoły tarczyczne, nanizm i infantyizm przysadkowy, akromegalię przysadkową, wirylizm przedwczesny, zespół płciowo-nadnerczowy, ustrojowe i wrodzone symptomokompleksy otłuszczenia pochodzenia przysadkowego, podwzgórkowego i poencefalitycznego, hipotrofie i nadmierne wychudzenia wielogruzołowe. Same aktualia w pograniczach neuropatologii nowoczesnej.

H. Higier.

K. LEONHARD. *Die defektschizophrenen Krankheitsbilder*. Georg Thieme Verlag. Leipzig 1936.

Na podstawie klinicznej i genealogicznej analizy końcowych stanów schizofrenicznych Leonhard wyodrębnił dwie postaci schizofrenii nie tylko o odmiennej strukturze klinicznej, lecz i o różnych mechanizmach patogenetycznych. Pierwsza grupa obejmuje przypadki o zarysowanych ostro konturach symptomatologicznych, co pozwala autorowi w tej grupie wyróżnić 14 podgrup klinicznych. Przypadki te cechują się na ogół

złośliwym przebiegiem, dziedzicznością typu recesywnego. Autor widzi w tej postaci heredodegenerację poszczególnych układów psychocerebralnych, czym tłumaczy się ostre kliniczne granice tych przypadków. Natomiast do drugiej grupy zalicza autor przypadki o symptomatologii niecharakterystycznej z tendencją do okresowego i bardziej łagodnego przebiegu. Przypadki w tej grupie wykazują znacznie większe obciążenie dziedziczne, przy czym dziedziczność ma tu raczej dominujący. Patogenetyczny punkt wyjścia tej postaci stanowią, zdaniem autora, czynniki cielesne pozamózgowe natury autointoksykacyjnej, endokrynologicznej, dzięki czemu mózgowie dopiero wtórnie zostaje zaangażowane. Praca Leonharda opiera się głównie na zdobyciach szkoły Kleista, interpretującej zaburzenia psychiczne w sposób fizjopatologiczny na podstawie koncepcji lokalizacyjnych anatomopatologicznych. Uwzględnione zostały przez autora w dużej mierze momenty genealogiczne, w mniejszej zaś kryteria konstytucyjne. Próba klasyfikacyjna Leonharda, zasługująca na uwagę i sprawdzenie na większym materiale klinicznym, zbiega się z tendencją niektórych kierunków nowoczesnej psychiatrii, skłonnych do upatrywania w schizofrenii kręgu klinicznego o pewnym wspólnym mianowniku psychopatologicznym, lecz o niejednolitej patogenezie. Wł. Matecki.

Wskazówki praktyczne.

Elias w następujący sposób formułuje *wskazania i przeciwwskazania do leczenia tlenem i kwasem węglowym*. Dla tlenu: zatkanie wysiękiem dróg oddechowych, drobnych oskrzeli i pęcherzyków płucnych, w zapaleniu płuc lub w gruźlicy, w razie zmian chorobowych nabłonka pęcherzyków, w rozedmię płuc, w zatruciach gazami bojowymi, w niedostatecznej wentylacji pęcherzyków skutkiem ucisku z zewnątrz: odma piersiowa, wysięk opłucny, porażenie mięśni oddechowych. Dalej wskazany jest tlen w oddechu Cheyne-Stokesa, w chorobach krążenia, w niedokrewnościach, jeżeli dowóz tlenu do komórek jest upośledzony. Tlen stosować można do wdychania i podskórnie. W przypadkach duszenia się wskazany jest sam tlen, w innych przypadkach wdychanie tlenu z dodatkiem 3—5% kwasu węglowego. Tlen stosuje się także w kąpielach, a wskazanie do nich stanowią prawie wszystkie zaburzenia krążenia. Przeciwwskazany jest tlen w stanach, połączonych z tworzeniem się zakrzepów i zatorów, we wszystkich niewyrównanych zaburzeniach krążenia, w przeważnej liczbie zatruc jak przede wszystkim mocznica, oraz w stanach gorączkowych, szczególnie jeżeli idą one w parze z zapaleniem wsierdzia. (W. Kl. W. 1936, Nr. 45).

—o—

Leczenie częstoskurczu według Faltischeka. Najlepsze wyniki dają środki, które działają pobudzająco na n. błędny, i hamująco na układ specyficzny serca. Z metod mechanicznych często jest stosowany ucisk na tętnicę szyjną. Acetylcholina i cholina rzadko znajduje zastosowanie z powodu możliwych objawów zatrucia. 50% roztwór glukozy w ilości 50 ctm³ może dać natychmiastową poprawę. Chinina i chinidyna wymagają ostrożnego dozowania, szczególnie w przypadkach schorzenia mięśnia sercowego. Najlepsze wyniki lecznicze dają przetwory naparstnicy, których najlepszym gatunkiem jest Pandigal w dawce 20 — 30 kropeł 3 razy dziennie; w miarę poprawy dawkę zmniejszać. (W. Kl. W. 1936, Nr. 47).

—o—

Humphris poleca *emanację radową*, jako środek, nie grożący żadnym niebezpieczeństwem. Przy pomocy t. z. ematorów można stosować emanację w dających się zmierzyć ilościach przez odbytnicę, przez usta, podskórnie, drogą wdychania. Wskazanie stanowią cierpienia gośćcowe, przewlekłe choroby przydatków macicznych, cierpienia skórne (łuszczyca, grzybice), nieżyty górnych dróg oddechowych i zatok nosowych. (Brit. med. Journ. 1936, Nr. 3949).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

XXV. Zebranie z dnia 12 czerwca 1936 roku.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

Obecnych na zebraniu 30 osób.

1. Komunikaty Zarządu:

Na członka Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. został przyjęty kol. Wacław Majer.

2. Pokazy:

1) Kol. Kapuściński (członek Wydziału): „2 operowane przypadki odczepienia siatkówki”.

Na zjeździe Okulistów Ziem Zachodnich w grudniu ub. r. przedstawiałem 4 przypadki odczepienia siatkówki, wyleczone w Klinice Ocznej U. P., do tych chciałem dorzucić jeszcze dwa, które z różnych względów są interesujące: 1. przypadek pacj. lat 20 zachorowała w październiku 34 r., a mianowicie na oku prawym zaczęła jej zachodzić mgła. Dopiero w pół roku później leczona była w szpitalu przez 3 tygodnie, gdzie stwierdzono

odczepienie siatkówki prawego oka, wysoko krótkowzroczność lewego oka oraz oczopląs obustr. 8 sierpnia 35 r. przekazana została do Kliniki Ocznej U. P. Badanie wykazało stan następujący: obu stronnie oczopląs wahadłowy, przedni odcinek gałki ocznej bez zmian, tarcza nerwu wzrokowego o granicach zartartych, cały obraz zamglony, siatkówka na całej przestrzeni wykazuje płytkie odczepienie, ku dołowi odczepienie jest głębsze, ku górze zauważa się, że odczepienie się kończy dużymi złojami barwnikowymi, otworu w siatkówce nigdzie dostrzec nie można. Bystrość wzroku 2/35.

Oko lewe: wykazuje wielkie zmiany oka krótkowzrocznego, obok tarczy i w okolicy plamki żółtej. Na obwodzie wielkie skupienie ciemnego barwnika. Bystrość wzroku 1/50 bez poprawy. 1 operacja wykonana 21.VII. Diatermokoagulacja powierzchni twardówkowej na przestrzeni 2 razy 1,2 cm., dołem w odległości 1 cm. od rąbka, po przecięciu mięśnia prostego; w miejscu koagulacji kilka ukłuć katolotycznych metodą Vogta. Operacja ta spowodowała tylko polepszenie przez usunięcie w dolnym odcinku pęcherzykowatego odczepienia, które poza tym pozostaje niezmienione na całym obszarze. Pacjentkę trzeba

było zwolnić z powodu nieprzedłużenia przekazu Ubezpieczalni Społecznej. Powtórne przyjęcie 8.XI. 35 r. Badanie wykazało całkowite odcięcie siatkówki. 6.XII. wykonano następującą operację: diatermokoagulację między prostym zewnętrznym a prostym dolnym na przestrzeni 1,5 1,2 cm. w odległości 1,5 cm. od rąbka. Na tej przestrzeni wykonano 12 nakłuć, z których wypłynęła ciecz. Badanie 30.XII. wykazało przyczepioną siatkówkę w dolnej połowie, w górnej odcięcie dochodzące do tarczy.

Operacja 3, 31.XII. Diatermokoagulacja po przecięciu górnego mięśnia prostego na powierzchni 5 razy 1 cm. w odległości minimum 1,3 od rąbka górą nosowo, 25 nakłuć powierzchniowych i 6 głębokich.

Badanie 9.I. wykazało, że siatkówka wszędzie przylega z wyjątkiem małego odcinka, sięgającego od tarczy na przestrzeni mniej więcej 3 średnic w kwadracie, dalej ku obwodowi siatkówka przylega. Bystrość wzroku — $2,0 = 5/20$.

Wobec oczopląsu wykonano pola widzenia nie można. Stan powyższy utrzymuje się od pół roku bez zmian, można wyrazić nadzieję, że reszta siatkówki sama się przyczepi.

2 przypadek. Pacjentka lat 30, prawym okiem— $20,0 = 5/20$. Zachorowała na 10 dni przed przyjęciem do Kliniki. Badanie wykazało odcięcie całej górnej części siatkówki z dość dużą dziurą skroniowo górą; dołem też odcięcie niepełne i płytkie. Po 2-tygodniowym leżeniu, siatkówka dołem się przyłożyła, górą pozostało odcięcie w obrębie dziury siatkówkowej, lecz znacznie płytsze. 19 maja operacja: Diatermokoagulacja twardej siatkówki 1,5 razy 1, (bez przekucia) w miejscu odpowiadającym otworowi w siatkówce. 25 maja badanie wykazało całkowite przyłożenie, 12 czerwca bystrość wzroku $5/20$.

Rozprawa:

Kol. Nowakowski (członek Wydziału): zapytuje, czy operacje starych przypadków dają również tak dobre wyniki, jak w referowanych przez prelegenta?

Kol. Kapuściński (członek Wydziału): W zadawnionych odcięciach rokowanie jest dużo gorsze. O ile odcięcie trwa kilka lat, następuje zanik siatkówki, a przede wszystkim warstwy czopków i precików; gdyby się nawet taka siatkówka przyłożyła, to funkcji nie odzyska.

2) Kol. Łabendziński (członek Wydziału): „Przypadek trzeciaczki (malaria terciana) u 17-letniego młodzieńca”.

Kol. Ł. przedstawia opis choroby młodzieńca 17-letniego, którego miał sposobność badać w początku b. m. Jedynymi skargami są okresowe podniesienia ciepłoty, które datują od początku marca b. r. Wtenczas wystąpiły objawy gorączkowej „grypy”, która trwała około 2 tygodni. Od 13 do 19 marca chłopiec uczęszcza znowu do szkoły, ponowna przerwa wskutek gorączki o typie trzeciaczki, która po trzecim napadzie, bez badania krwi, lekarz rozpoznał jako zimnicę i zastosował chininę $3 \times 0,25$ codziennie. Kilkanaście dni bezgorączkowych, rzekoma wysypka pochiniowa, zaprzestanie leczenia swoistego, nawroty w odstępach tygodniowych i większych, obniżenie ciepłoty z łatwością mały dawkami jednorazowymi chininy. Celem radykalnego wyleczenia rodzina zawiozła pacjenta do innego lekarza, który w krwi pasorzytów nie znalazł a po wykonaniu zdiecia płuc orzekł, że gorączka spowodowana jest sprawą płucną. Z tym rozpoznaniem pacjent został skierowany do mnie. Klinicznie zmian w płucach nie stwierdziłem, taksamo nie na ponownym, technicznie doskonałym zdjęciu. Natomiast we krwi znajdują się obecnie, wprawdzie nieliczne, pasorzyty trzeciaczki, tak w rozmazie, jak i w grubej kropli (pokaz). Dowiadujemy się, że pacjent był w lipcu ubiegłego roku na wycieczce na Polesiu z kilkoma kolegami, z których jako jedyny zachorował. Polecenie terapii chininowej modó Küllz. W omówieniu przypadku Ł. zwraca uwagę 1) na konieczność postawienia rozpoznania mikroskopowego przed pierwszą dawką chininy, 2) na unikanie rozpoznania chorób płucnych z technicznie niedostatecznych zdjęć.

Rozprawa:

Kol. Padlewski (członek Wydziału): Czy udawało się wykryć gamety? Przebieg choroby przemawia za ich obecnością, co uzasadniałoby leczenie plasmochiną.

Kol. Łabendziński (członek Wydziału): Plasmochina, a mianowicie afebryna, nie są u nas, niestety, jeszcze dopuszczone do obiegu. Wobec tego walka z gametami prowadzić musimy według starej metody Nochta.

3. Wykład:

Inż. Kryszak: „Projekt i budowa kąpieliska przy ulicy Niestachowskiej na Sołacz”.

Pomysł budowy kąpieliska otwartego na Sołacz, z wykorzystaniem wód potoku Bogdanka, datuje się od dość dawna, gdyż powstał w kilka lat po wojnie.

Realizacja jego opóźniła się z różnych powodów, lecz, mając na uwadze przyszłą budowę, ochroniono odnośne tereny przed niewłaściwym ich użytkowaniem.

Pierwszy projekt wykonawczy został opracowany w r. 1934 przewidywał on obszerne baseny kąpielowe oraz brodzianki dla dzieci, jak również głęboki basen pływacki po zachodniej stronie obecnej ulicy Niestachowskiej. Po wschodniej stronie miało być wykonane boisko do gry w piłkę nożną oraz trzeci basen kąpielowy. Projekt powyższy został zarzucony z uwagi na zamierzenie P. K. P. przeprowadzenia przez odnośne tereny bocznicy kolejowej.

Drugi projekt wykonawczy ośrodka sportowego o pow. ca 11,2 ha (w tym właśnie kąpielisko — 2,17 ha) został opracowany w roku 1935, w którym to roku przystąpiono do jego wykonania. Przewiduje on używanie basenów, wchodzących w skład kąpieliska, po wschodniej stronie obecnej ul. Niestachowskiej, zamienionej na wewnętrzną aleję ośrodka.

Teren, na którym powstaje kąpielisko, przed budową zajęły głębokie doły pogliniankowe, wypełnione wodą, dochodzące do 7 mtr. głębokości.

Obecności dużych, nieregulowanych zbiorników wodnych, o znacznych powierzchniach, jak również nisko położonych podmokłych łąk i torfowisk, powodowała stałą, zbyt wielką wilgotność tej dzielnicy miasta.

W trakcie budowy kąpieliska doły zostały zasypane, a nisko położone tereny — wydalnie podwyższone.

Do — i odprowadzalnikiem wody do kąpieliska będzie potok Bogdanka, wypływający ze źródeł, położonych na północ-zachód od jeziora strzeszyńskiego. Długość potoku wynosi 14 km. zlewnia ca 30 ha — teoretyczny przeciętny przepływ sekundowy normalnego roku ustalono ze wzoru I s z k o w s k i e g o na 140 l/sek = 504 m³/godz. co zgadza się z dokonanymi w dłuższym okresie czasu pomiarami.

Aby wyrobić sobie poglądy co do jakości wody, przeprowadzono analizy chemiczne, a to tak w porze zimowej, jak i wiosennej, które wykazały brak związków, szkodliwie działających na teren, cegłę, drzewo i żelazo jako na materiały, z których zostały zbudowane objekty kąpieliska.

Niezależnie od powyższych analiz chemicznych — Zakład Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu Poznańskiego dokonywa periodycznie analiz bakteriologicznych wód potoku Bogdanka. Ostatnie analizy wykazują znaczną poprawę jakości wody pod wzgl. bakteriologicznym w porównaniu do pierwszych analiz zimowych, co należy przypisać wydatnym zakazom zanieczyszczenia wód potoku, powyżej kąpieliska. Na podstawie wyżej wzmiankowanych analiz można twierdzić, iż woda, dopływająca do kąpieliska jest, praktycznie biorąc — czysta. Co do jakości wody w basenach podczas ich użytkowania przez kąpielących się, będą nadal przeprowadzane analizy, które dadzą poglądy, czy i w jakiej mierze, poza normalnym odświeżaniem, zajdzie potrzeba ew. desynfekcji wody.

Przed właściwym kąpieliskiem, składającym się z basenu do nauki pływania o wym. 60 x 34 i głęb. od 0,5 do 1,2 m, a przy wodzie spietrzonej — do 1,7 mm., basenu pływackiego 50 x 25 x 2 i skoczni 25 x 20 x 5 wykonano koryto — zbiornik o długości 12 m szer. 15 m. (pow. wodna ca 4700 m²). Zbiornik powyższy spełnia rolę magazynu wodnego, osadnika, ocieplacza i trzeciego z kolei zbiornika retencyjnego dla wód opadowych potoku Bogdanki.

Górne, najcieplejsze i najczystsze warstwy wody zostają ujęte bezpośrednio przed jazem, przy przepuszczeniu z ulicy Niestachowskiej, przy pomocy specjalnej rury teleskopowej na pływakach i systemem kanałów są rozprowadzone do najgłębszych miejsc basenu, przez co uzyskuje się ciągłą, wszędzie równomierną wymianę wody.

Po całkowitej rozbudowie wody potoku w kolejności będą przepływały przez skocznię, basen pływacki i wreszcie przez basen dla nauki pływania. Warstwy powierzchniowe, zanieczyszczone liśćmi, sadzą, potem kąpielących się i t. p. będą zbierane z basenu pływackiego przy pomocy przelewu, złożonego dookoła ścian, po czym będą odprowadzane do kanału z ominięciem basenu do nauki pływania, podobnie w basenie do nauki pływania przelewy o powyższym celu, założone po wschodniej stronie pod stopniami, oraz odpowiedni przelew po stronie zachodniej, a to ze względu na wypadek zmian kierunku wiatru, który zgromadza zanieczyszczenie powierzchniowe.

Przy nowoprojektowanej ulicy Niestachowskiej stanie budynki szatni z natryskami, co do których używalności będzie zasada, iż każdy korzystający z basenów przed wejściem do nich będzie musiał umyć ciało pod natryskiem. Budynek szatni o pow. zabudowanej 1085 m² posiadać będzie 25 kabin męskich oraz tyleż żeńskich, służących do rozbierania się — wszystkie typu przejściowego.

Procentowe odświeżanie wody w basenach będzie znacznie większe od normalnie wymaganego (4—5%).

W pierwszym okresie — przy uruchomieniu tylko basenu do nauki pływania odświeżanie przy normalnym przepływie

504 m³/godz. wynosić będzie 31,7% a po całkowitej rozbudowie 8,26%.

Liczba osób, mogących korzystać z kąpieliska, przy założeniu przebywania we wodzie max 2 godz. i przy czterokrotnej zmianie kąpiących się w ciągu dnia, wyniesie ca 5700 osób.

W czasie budowy — przy realizowaniu projektu musiano zwalczyć wiele trudności natury technicznej, jak obecność dużej ilości wody gruntowej, obecność silnie nawilgoconego płynnego piasku (t. zw. kurzawki) oraz głębokie położenie warstw, na których możnaby oprzeć fundamenty.

Występującą w dużych ilościach wodę zwalczano przy pomocy filtrów, przy czym obsługująca je pompa o wydatku 50 l/sek. pracowała bez przerwy przez przeciąg 4-ech miesięcy.

Zwilgocenie skarp zwalczano przy pomocy drenażu złożowego a zjawiający się wypór przy pomocy specjalnych filtrów przeciwwyporowych.

Ściany basenu do nauki pływania wykonano z cegły, uzyskanej z rozbiórki obiektów pofortecznych i starych murów miejskich, na wodoszczelnej zaprawie cementowej. Od strony wewnętrznej basenu — mury oblinowano szpaltówką klinkierowa, fugowaną białym cementem — poniżej klinkieru zastosowano biały tynk gładko zacierany.

Dno basenu wykonano w postaci płyt betonowych 1,5 x 1,0 formowanych na miejscu z fugami, wypełnionymi specjalnym preparatem bitumicznym, co zapewnia wodoszczelność basenu.

Wzdłuż wschodniej — płytszej części basenu założono płótczkę nóg, z której każdy przed wejściem do basenu musi skorzystać.

Rozprawa:

Kol. Padlewski (członek Wydziału): Z referatu p. Inż. Kryszała dowiedzieliśmy się, że miasto w trosce o zdrowie obywateli wkrótce odda do użytku kąpielowego basen z plażą na Sołacz. Wykorzystanie rzeczki Bogdanki dobrze pomyślano, a zbiornik, doprowadzający wodę, długości 312 m. odegra rolę osadnika, zabezpieczającego czystość wody. Opieka, jaką otoczona jest Bogdanka w swoim biegu na terenie m. Poznania, nie odpowiada temu, co się dzieje za torem kolejowym na terenie, skąd cegielnia dobywa materiał dla swoich wyrobów. Miejsowość ta pod względem higienicznym przedstawia się w stanie bardzo opłakany, robotnicy cegielni zajęci kopaniem dołów dla wydobycie gliny, nie mają wychodków, a wypróżnienia ich rozrzucone po całej przestrzeni, nie mogą wzbudzać wielkiego zaufania do nieszkodliwości wody, okalającej ten teren Bogdanki. Ten potok należy otoczyć największą opieką nie tylko na terenie miasta Poznania, lecz i wyżej poza terenem kolejowym, na terenie, zdaje się, należącym do województwa.

Kol. Sokółowski (członek Wydziału): Charakterystyczną cechą kąpieliska na Sołacz jest basen, przeznaczony do nauki pływania. Założenia takiego żadne kąpielisko w Polsce, a mało jest podobnych wogóle, nie posiada. Basen ten został skonstruowany na podstawie doświadczeń przy nauce pływania działu szkolnej, która się w Poznaniu prowadzi od kilku lat. Naukę tę prowadzi się metodą prof. Wiesnera, wprowadzając do basenu od razu całe oddziały 20—30 dzieci.

Kol. Witaszek (członek Wydziału): Zwraca się do Kol. Ł. Sokółowskiego z prośbą, by nie dopuścił do tego, żeby nowa pływalnia nie była łaźienką, lecz pływalnią. Należałoby wy-

dać przede wszystkim dla szkół zarządzenia, by młodzież do nauki pływania stawała dobrze przed tym wykapaną. W nowej pływalni należałoby też pomyśleć o odpowiedniej liczbie biletów.

Sekretarz:

K. Stojąłowski.

Prezes:

W. Kapuściński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 25 maja 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 3/1937) pokazywał N. Jagić przypadek *późnej blednicy*. Prelegent opisał swego czasu ten zespół, występujący dość rzadko u kobiet w wieku powyżej 35 lat. U pokazywanej 55-letniej chorej badanie wykazało bezkwaśność, 3.200.000 czerwonych ciałek krwi, 40% hemoglobiny, wskaźnik barwnikowy = 0,6, brak żółtaczk, zwiększenia zawartości barwników żółciowych w surowicy. Ponieważ błona śluzowa języka chorej nosi charakter trochę zanikowy, a pacjentka uskarża się na uczucie suchości w gardle i palenie języka, istnieje pewne podobieństwo do niedokrewności złośliwej, lecz brak jest wszelkich szczególnych cech, charakterystycznych dla tej sprawy chorobowej. Paznogie palców u rąk są wklęsłe na zewnątrz, co się często spotrząga w *późnej blednicy*. Takie chore szybko odpowiadają na leczenie żelazem; po kuracji żelazowej również paznogie wykazują normalny wzrost. Zwracanie uwagi na wskaźnik barwnikowy chroni przed pomyłkami z niedokrewnością złośliwą. Również u tej chorej leczenie wątrobowe okazało się bezskutecznym.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 25 maja 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 3/1937), pokazywał N. Jagić przypadek rozstrzeni oskrzeli. Charakterystyczną cechą tej choroby stanowi odpluwanie przez chorych bardzo dużej ilości płwociny. Przyczyna powstawania rozstrzeni oskrzeli jest nieznaną. Zrosty opłucnowe nie są konieczne do jej powstania. Punkt wyjścia dla niej stanowi schorzenie oskrzeli, względnie płuc, przede wszystkim przewlekły nieżyt oskrzeli i przewlekłe zapalenie płuc. Rozstrzeń oskrzeli powstaje wskutek zmięknienia ściany oskrzeli, przy czym występują od czasu do czasu podniesienia ciepłoty. Objawem, który poddaje się w małym stopniu wpływom leczniczym, są krwawienia ze ściany jam rozstrzeniowych; mogą się one stać przyczyną śmierci. Ograniczając podawanie płynów, można spowodować zmniejszenie się ilości wydzielin. Również niskie ułożenie głowy pomaga do zmniejszenia się ilości płwociny. W okresach gorączkowych wstrzykuje się transpulminę i neosalwarsan. Czyniono również próby leczenia tej sprawy odmą sztuczną. Prelegent zastosował tę metodę jako jeden z pierwszych u chorego z dużymi rozstrzeniami oskrzeli w obu płatach dolnych, który nie wykazywał wzrostów opłucnowych. Pod wpływem odmy rozstrzenie oskrzeli uległy procesowi marszczenia się. Chory przestał gorączkować i stracił na stałe swe dolegliwości. Przy dokładnym stawianiu wskazań i dobrej technice operacyjnej można również za pomocą innych operacyjnych metod uciskowych osiągnąć dobre wyniki lecznicze. Operacja jest wolna od niebezpieczeństw. U chorych z rozstrznięciem oskrzeli należy zawsze próbować nałożenia odmy. Niestety dobre wyniki lecznicze, otrzymane za pomocą tej metody, są rzadkie, gdyż u większości chorych z rozstrzeniami oskrzeli stwierdza się zrosty opłucnowe. Chorzy z rozstrznięciem oskrzeli umierają wskutek przewlekłego zakażenia. Suwerenną metodę w rozpoznawaniu rozstrzeni oskrzeli stanowi bronchografia.

O d c i n e k.

Zygmunt Freud — lekarz-myśliciel*).

Podał

Dr med. Władysław MATECKI (Warszawa).

Przed 43 laty w przedmowie do „Studiów nad histerią“, opracowanych wspólnie ze swym mistrzem Józefem Breuerem, znakomitym lekarzem wiedeńskim, pisał Freud: „Życie płciowe, jako źródło urazów psychicznych, jako motyw obrony i wypierania wyobrażeń ze świadomości, odgrywa główną rolę w patogenezie histerii“. Słowa te zawierały jakby w skrócie skondensowanym dorobek dalszej działalności naukowej Freuda, sama zaś praca była wyzwaniem od-

* Odczyt wygłoszony w Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej d. 25 maja 1936 r. z okazji 80-ej rocznicy urodzin Zygmunta Freuda.

ważnie rzuconym ówczesnemu światu lekarskiemu. Działo się to bowiem w okresie, gdy w medycynie panował niepodzielnie kierunek morfologiczny patologii, zapoczątkowany przez Virchowa, gdy neurologia pod przewodem uczonych tej miary, co Broca, Flechsig, Meynert, poszczycić się mogła wspaniałymi zdobyczami w dziedzinie poznania anatomii, histologii i fizjologii układu nerwowego. Freud, uczeń Brückego, Meynerta, i na tym polu położył znaczne zasługi, ogłaszając szereg prac, świadczących o wielkiej erudycji, oryginalności w myśleniu i niepospolitem zmyśle klinicznym, dzięki czemu niektórzy z tych prac, jak np. prace o dziecięcym porażeniu spastycznym i afazji, do dnia dzisiejszego zachowały swą wartość. Jeżeli jednak chodzi o histerię, najbardziej charakterystyczną przedstawicielką wielkiej grupy t. zw. psychonerwic, to zrozumiał Freud, że nie tę-

dy prowadzi droga do poznania tego sfinksa klinicznego, tego cierpienia *sine materia*, którego istoty ówczesna medycyna pojąć nie mogła. Freud spojrział na to cierpienie z nowej, dotychczas lekceważonej strony. Opierając się na danych empirii klinicznej, Freud doszedł do wniosku, że kalejdoskopowa różnorodność objawów owej *grande imitatrice*, jaką jest histeria, staje się zrozumiała, jeżeli miast maskowania swej niemocy terapeutycznej pomawianiem chorych o symulację i oszustwo, szukać źródła hysterii w mrocznych, przed Freudem naukowo niebadanych, otchłaniach życia uczuciowo-popędowego. Freud po raz pierwszy formułuje tezę, że owe zagadkowe objawy hysterii są zniekształconym, symbolicznym wyrazem „uwięzniętych” w nieświadomości afektów, popędów, pragnień, którym została zamknięta droga do świadomości, a które szukają sobie nieustannie ujścia i znajdują je w wielobarwnej symptomatyce hysterii. To twierdzenie otwiera nowy rozdział w dziejach medycyny. Stając w opozycji do jednostronnego materialistycznego i morfologicznego nastawienia swych współczesnych, Freud czyni niejako skok z dziedziny psychicznej do sfery cielesnej, wykazując przez skrupulatną analizę życia psychicznego, jak wyparte ze świadomości przeżycia, konwertują się w objawy cielesne hysterii. W ten sposób Freud niejako antycypuje kierunek nowoczesnej patologii, dla której objektem badań jest nie chory narząd, lecz osobowość totalna, jej jednia psychofizyczna. Freud staje się prekursorem tej patologii, która opiera się na ujmowaniu życia psychicznego i fizycznego, jako dwóch stron biologii ustroju. A jest to możliwe tylko dlatego, że za punkt wyjścia swych rozważań przyjmuje Freud nie struktury morfologiczne, lecz życie popędów, zjawisk, znajdujących się na granicy świata fizycznego i psychicznego, promieniujących zarówno w sferę cielesną, jak i duchową. Freud przerzuca w ten sposób pomost nad przepaścią, którą stworzyła ówczesna umysłowość lekarska między życiem ducha i ciała. Przed 43 tedy laty na porządku dziennym nauki lekarskiej stawia Freud problem psychogenezy zjawisk cielesnych. A dalsze dzieje medycyny, badania nad układami roślinnym i dokrewnym, stanowiącymi podścielisko życia uczuciowo-popędowego, stworzyły podstawy biologiczne tej przełomowej koncepcji Freuda, wypełniając ją zarazem treścią nową i bogatą. Dlatego też w tym miejscu, w gronie przeważnie przedstawicieli somatycznej medycyny, tę zasługę Freuda podnieść należy ze szczególnym naciskiem. Dzięki Freudowi bowiem dziś możemy nie tylko mówić o psychogenezie wielu cierpień somatycznych, ale i poszczycić się psychoterapeutycznymi sukcesami w leczeniu tych cierpień.

To psychologiczne podejście do zjawisk, których rozwiązania przed tym szukano w płaszczyźnie wyłącznie cielesnej, było zupełnie obce ówczesnej mentalności lekarskiej, tym bardziej, że i granice tego, co jest psychiczne, zostały przez Freuda niepomiarowo rozszerzone. Sprzeniewierzył się bowiem Freud niewzruszonemu w owych czasach kanonowi akademickiej psychologii, która utożsamiała życie psychiczne z życiem świadomości. Freud wykazał, że świadomość jest tylko cechą niektórych zjawisk psychicznych, że w pewnych okolicznościach zjawiska psychiczne zostają tej właściwości pozbawione, bynajmniej nie tracąc ani swej realności, ani wartości dynamicznej również i wtedy, gdy zostają zamknięte w podziemiach nieświadomych. Na sprzeciw jednak najsilniejszy napotkało twierdzenie Freuda, że najbardziej doniosłą

rolę w patogenezie psychonerwic odgrywają popędy, a przede wszystkim popęd seksualny. Toteż Breuer, przerażony surową krytyką koryfeusza medycyny ówczesnej, jakim był Strümpell, odsunął się od swego genialnego ucznia, który nie uląkł się zaiste wspaniałego odosobnienia, będącego zawsze udziałem niezależnych badaczy, torujących nowe drogi myśli ludzkiej. Wówczas już docent uniwersytetu wiedeńskiego, wyrzeka się Freud stanowisk, kariery, zaszczytów, oddaje się całkowicie badaniu rejonów nieświadomych, wykuwając i doskonaląc zrazu w zupełnym osamotnieniu nową broń leczniczą. Przez pewien czas posługuje się jeszcze hipnozą, która ongiś w klinikach Bernheima. Charcota, Liébaulta wprowadziła Freuda w świat zjawisk nieświadomych. Usiłuje w stanach hipnotycznych doprowadzić do psychicznego oczyszczenia — *katharsis* — duszy psychoneurotycznej, wyzwalając w hipnozie zepchnięte do nieświadomości, nieodreagowane urazy psychiczne. W ten sposób przekonywa się Freud o zbawiennym znaczeniu tego odreagowania. Z biegiem czasu jednak porzuca tę metodę, modyfikując ją w kierunku niezmiernie dla Freuda charakterystycznym. Dąży do wydobycia owych tłumionych nieświadomych przeżyć już nie w atmosferze seansu hipnotycznego, niepozbawionej posmaku mistycyzmu i tajemniczości, lecz w pełnym świetle świadomości. Naczelny cel terapii psychoanalitycznej upatruje bowiem Freud w opanowaniu przed tym tłumionych i niewidzialnych mocy popędowych. Przekształca więc pierwotną zespoloną z hipnozą metodę katartyczną w znacznie prostszą, t. zw. metodę wolnych kojarzeń, która, dzięki psychoanalizie, prowadzi do wykrycia nieświadomych sprężyn psychonerwicy. Psychoanalityk staje się przy stosowaniu tej metody przewodnikiem, ułatwiającym, niby Wergiljusz Dante'emu, kolejne zstępowanie duszy psychoneurotycznej do wszystkich kręgów jej podziemi nieświadomych. Ciągłość psychiczną, przerwana na skutek powstania objawu psychoneurotycznego, zostaje przywrócona. A jażn wzmocniona dzięki wielorakim mechanizmom leczenia psychoanalitycznego, staje się zdolną do opanowania i zlikwidowania konfliktów psychicznych, wobec których ongiś bezsilna nie znalazła innego środka obrony, jak unieświadomienie, pozbawienie tych przeżyć cech świadomości. W ten sposób wyzwolone zostają wielkie zasoby energii, zamagazynowanej bezużytecznie, odciętej bowiem niejako od obrotu psychicznego. Te nowe skarby energetyczne mogą dopiero po przebyciu leczenia psychoanalitycznego zostać racjonalnie zużytkowane. Pewne ilości tej energii stają się tworzywem nowych dyspozycji charakterologicznych, wzbogacona jażn zdobyć się może na rezygnację z niektórych, zwłaszcza dziecięcych pragnień; z pewnych ilości wyzwolonej energii potrafi się wyżyć bez poczucia winy i potrzeby kary, a jeszcze inne oddać celom społecznym i kulturalnym. Psychoanaliza staje się w ten sposób pieczołowitym konserwatorem energii psychicznej i narzędziem racjonalnego, zgodnego ze światem zewnętrznym, wykorzystania tej energii. W ciągu lat kilkudziesięciu Freud zgłębia coraz bardziej psychodynamikę nerwic, zakreśla wskazania i przeciwwskazania metody psychoanalitycznej, doskonalą samą technikę psychoanalityczną. Dzięki mozolnym wysiłkom Freuda, trwającym przeszło 4 lat dziesiątki, powstaje metoda, która najwspanialsze triumfy święci szczególnie w dziedzinie leczenia psychonerwicy lękowej nerwicy natręctwa, anomalii charakteru, zbroczeń płciowych. I gdyby Freud nic więcej nie zdziałał, to słusznie nazwisko jego mogłoby znaleźć się obok

takich, jak Pasteur, Koch, Behring, Ehrlich, Curie-Skłodowska, Banting, Wagner von Jauregg i wielu, wielu innych, którzy siły geniuszu swego oddali walce o zdrowie ludzkości. Ale Freud sam uważa, że „stosowanie analizy dla celów psychoterapii nerwic jest tylko jednym z jej zastosowań”, utrzymując, że „być może przyszłość pokaże, że jest to zastosowanie nie najważniejsze”.

Jakież więc trwale, nieprzemijające wartości wniósł Freud już nietylko do medycyny, ale do skarbcza kultury i myśli ludzkiej? Freud otworzył nowe rozdziały w psychologii i psychopatologii. Czym bowiem była psychologia przed Freudem? Była to przede wszystkim nauka o psychofizjologii myślowych, psychologii wyobrażeń. Całe niezmiernie obszary życia emocjonalnego, afektywnego i popędowego, były pozostawione niemal wyłącznie genialnej intuicji wielkich mistrzów literatury. Podejście zaś Freuda do zjawisk psychicznych było zupełnie inne. W krainie ducha niema dlań rzeczy wielkich ani małych, niema zagadnień niegodnych badacza. Ten mocarz ducha w stosunku do zjawisk psychicznych jest demokratą najczystszej wody. Łście mikroskopijnej analizie poddaje nietylko najwspanialsze twory ducha ludzkiego — dzieła sztuki i literatury. Ta sama pasja badawcza kieruje umysł Freuda ku „psychopatologii życia codziennego”. Przyglądając się szaremu życiu szarego człowieka, znajduje i w tym codziennym życiu sporo zjawisk, wobec których dawniej myśl ludzka była zupełnie bezsilna, bezradnie kładąc je na karb działania sił przypadkowych. Najdrobniejsze odchylenia, uchybienia, wykołajenia w życiu codziennym stają się zrozumiałe, jeżeli widzieć w nich działanie nietylko mechanizmów świadomych, ale motywów nieświadomych, przed których uznaniem broni się świadomość. W ten sposób na przykładach z życia codziennego przekonywa się Freud o wielokrotnym zdeterminowaniu zjawisk psychicznych, o żelaznych prawach rządzących światem psychicznym, jak i światem zjawisk przyrodniczych. I metodologicznie więc psychologia zbliżona zostaje, dzięki Freudowi, do nauk przyrodniczych, nauk ścisłych. Przyzwyczajony do ścisłości i swego rodzaju „praworządności” umysł lekarza, wyszkolonego na patologii somatycznej, odnajduje i w psychopatologii ten sam pragmatyzm, ten sam determinizm.

Jest też niezmiernie znamienne, że jeszcze inna dziedzina, która przed Freudem nigdy naukowcy nie była opracowywana, którą pozostawiono tylko wróżbiarzom różnego autoramentu, zostaje przez Freuda wciągnięta w orbitę jego epokowych rozważań. Mam na myśli marzenie senne, którego analiza doprowadziła Freuda do wniosku, że marzenie senne jest niby psychonerwicą życia codziennego, że tajemniczość tego tworu psychicznego znika, jeżeli do badania marzenia sennego przenieść zdobyte w psychoanalizie nerwic poznanie, jeżeli mianowicie i w marzeniu sennym widzieć rezultat walki motywów świadomych i nieświadomych. Toteż marzenie senne nazywa Freud „królewskim szlakiem”, wiodącym do poznania najtajniejszych pragnień i tęsknot. Analiza zaś marzenia sennego staje się integralną częścią leczenia psychoanalitycznego. Dokładna analiza marzenia sennego pozwoliła Freudowi gruntowniej poznać nowy język, którym wypowiada się nieświadomie życie psychiczne. Dowiódł Freud, że w języku tym obowiązują inne prawa, inna etymologia i składnia, niż w języku świadomości. Freud dochodzi do doniosłego odkrycia resztek myślenia pierwotnego w psychice już dojrzałej. W ten sposób w najrozmaitszych przeja-

wach życia psychicznego dostrzega Freud niejako wypadkową działania mechanizmów młodszych w rozwoju osobniczym i czynników prastarych, pierwotnych. Toteż nic dziwnego, że Freud szczególnie zainteresowanie wykazuje dla tych dziedzin ducha ludzkiego, w których do głosu dochodzi wszystko, co pierwotne. Ulubionym przedmiotem zainteresowań Freuda są etnologia, mitologia. Jedno z epokowych dzieł tego rodzaju („Totem und Tabu”) wprowadza w świat zagadnień psychiki pierwotnej, rozstrzuwa obraz narodzin etyki, religii, a zarazem konfliktów, które odkrywa Freud również i w głęboko ukrytych zakamarkach duszy człowieka kulturalnego. Dzięki tym badaniom, udaje się Freudowi wykazać szereg zbieżności między psychiką neurotyka a psychiką ludów pierwotnych. Ten sposób myślenia Freuda nie jest niespodzianką, gdyż już w latach młodzieńczych Freuda pasjonowała szczególnie nauka Darwina. Toteż we wszystkich pracach, wierny teorii ewolucyjnej, każde zagadnienie ujmuje genetycznie, starając się zawsze prześledzić rozwój zjawiska od jego postaci zaczątkowych do form dojrzałych. We wszystkich rozważaniach stoi również na stanowisku prawa biogenetycznego Haeckla o tem, że jednostkowy rozwój jest powtórzeniem rozwoju gatunkowego. Dlatego też uwagę badawczą Freuda przykuwa dziedzina pierwotnych formacji psychicznych. I niewątpliwie wiekopomną zasługą Freuda jest wykrycie pokładów prymitywnych, irracjonalnych w duszy zarówno jednostki, jak i zbiorowisk ludzkich, oraz wykazanie konfliktów, zachodzących między tymi siłami pierwotnymi, a wszystkim, co jest wytworem ewolucji kulturalnej człowieka, konfliktów, które w niektórych przypadkach stają się zarzewiem cierpień psychicznych. Wprowadzenie do nauki o życiu psychicznym zasad determinizmu, wielopłaszczyznowe, dynamiczne oraz energetyczne ujęcie zjawisk psychicznych, jako efektu interferencji i walki czynników świadomych i nieświadomych, genetyczny punkt widzenia, upatrujący w zjawisku psychicznym końcowy etap długiej drogi rozwojowej, wykrycie pierwotnych, infantylnych pozostałości w psychice dojrzałej i konfliktów stąd wynikających — oto wkład Freuda do skarbnicy kultury, którego wartości w chwili obecnej jeszcze nie sposób należyście ocenić. Jakież są te pierwotne treści psychiczne? Cóż składa się na owo podziemne życie nieświadome, które stale podminowuje, jakże często podkopuje, a nawet burzy z tak wielkim trudem zbudowany gmach zdrowia psychicznego? Freud na to daje odpowiedź niedwuznaczną: są to popędy. Właśnie Freudowi zawdzięczamy rozbudowę nauki o popędach, która jest wyłącznym tworem geniuszu Freuda.

Jak wspomnieliśmy, mówił Freud już w pierwszej swej pracy o historii o chorobotwórczej roli popędu płciowego. Ze konflikty seksualne odgrywają wielką rolę w patogenezie cierpień psychicznych, wiedzano i przed Freudem. Nikt jednak z uczonych przed nim z tego wyczuwanego już przed wielu laty związku między histerią a życiem płciowym (wyraz histeria wywodzi się z greckiej nazwy macicy) nie wyciągnął tak daleko idących konsekwencji, jak Freud. Prostolinijność w myśleniu tak bardzo charakterystyczna dla Freuda, nieugiętego poszukiwacza prawdy, doprowadziła go do zajęcia się problemem życia seksualnego, od którego rzetelnego poznania, wolnego od afektów prawdziwą wiedzę kłępujących, odwracał się ówczesny świat lekarski. Ulegali bowiem i lekarze własnym oporom, niepozwalającym spojrzeć w twarz prawdziwej seksualnej. Odgródzenie się

świata naukowego od zagadnień związanych z życiem seksualnym było analogią tłumienia psychoneurotycznego, które jest formą ucieczki psychicznej przed przykrą rzeczywistością życia popędowego. I w stosunku do sfery seksualnej pozostał Freud wierny zasadzie genetycznego, ewolucyjnego ujmowania zjawisk, kreśląc przed 30 zgorą laty obraz wielorakich faz rozwoju psychoseksualnego. Wielkie piętrzą się trudności na tej długiej linii rozwoju popędu seksualnego. Zawsze bowiem grozi niebezpieczeństwo zatrzymania się na jednej z tych faz, co prowadzi do tego, iż ostateczny punkt rozwoju seksualnego, polegający na zwierchnictwie genitalnym, nie zostaje osiągnięty. W studiach nad rozwojem popędu płciowego dochodzi Freud do epokowego, niby Kolumbo w ego, odkrycia seksualności dziecięcej, rozszerzając znacznie pojęcie seksualności, której istota nie ogranicza się do życia genitalnego, lecz której źródłem pierwotnym są rozmaite strefy ciała dziecka. Poglądy te, które spotkały się z ostrą niechęcią świata naukowego, i po dzień dzisiejszy stanowią trudny do przyjęcia rozdział nauki psychoanalitycznej nawet i dla tych wszystkich, którzy asymilują poszczególne elementy tej nauki. Dalsze jednak badania nad psychogenezą nerwic, istotą perwersyj seksualnych, wcześniejszymi formami życia płciowego zwierząt i roślin całkowicie tezy Freuda potwierdziły.

Badania te, jeżeli chodzi o psychonerwice, wykazały, że w nieświadomych warstwach psychiki neurotycznej kłębią się infantylne nastawienia popędowe, które normalny osobnik likwiduje szczęśliwie. Neurotyk zaś, nie mogąc się wyzbyć tych rekwizytów przeszłości, dźwiga ciężar anachronizmów psychicznych, z którymi zmagają się inne młodsze formacje psychiczne, co prowadzi do kompromisowego, symbolicznego zaspokojenia tych pragnień dziecięcych w objawie psychoneurotycznym.

Już wywody powyższe wykazują, jak niesłusznym jest rozpowszechnione mniemanie o panseksualizmie nauki Freuda, który rzekomo widzi we wszystkich przejawach życia psychicznego wyraz popędów seksualnych. Nic nie jest bardziej obce nauce Freuda, jak ujęcie jednokierunkowe zjawisk psychicznych. Już topiczny punkt widzenia, to jest lokalizacja życia psychicznego w świadomości, przedświadomości i nieświadomości, dalej ciągną walka, tocząca się między zjawiskami w obrębie rozmaitych warstw psychicznych i nadająca tak charakterystyczne piętno dynamicznemu ujęciu przebiegów psychicznych wbrew statycznemu przedfreudowskiemu — zadając kłam płytkiemu zarzutowi panseksualizmu. Freud nigdy nie negował istnienia sił przeciwstawiających się wyżyciu seksualnemu, powodujących zmagania wewnątrzpsychiczne, reprezentujących wymogi otaczającej człowieka rzeczywistości, nakazów etycznych, stojących na straży kultury ludzkiej. Dwie są bowiem zasadnicze podstawy życia psychicznego: „das Lust-Unlust Prinzip“, albo krócej — „das Lustprinzip“ i „das Realitätsprinzip“. Nie dziwi więc, że jedna z prac Freuda jeszcze z roku 1908 nosi tytuł bardzo znamienity: „Die „Kulturelle“ Sexualmoral und die moderne Nervosität“. Praca ta in nuce już zawiera myśli, które zaprowadziły Freuda w 22 lata później do bardzo daleko sięgających uogólnień w jednej z prac ostatnich „Das Unbehagen in der Kultur“, do rozważań nad tym, jak wspaniałe zdobycze kultury okupione zostają szczęściem osobistym jednostki, jak neurotyk staje się ofiarą złożoną na ołtarzu tego tworu, którym ludzkość się szczyli, a którym jest kultura. Kultura bowiem ludzka opiera się na opanowaniu instynktów. Dlatego też w

ostatnich kilkunastu latach Freud zwrócił się ku dołkładnej analizie tych potęg, które powodują tłumienie popędów. W szeregu prac wykazywał Freud, jak popędy seksualne, ulegając sublimacji, przetwarzają się w wysokie wartości społeczne i kulturalne, jakby dowodząc słuszności poglądu Nietzschego, że „stopień i rodzaj płciowości człowieka sięgają aż w najwyższe szczyty jego ducha“ („Poza dobrem i złem“). Przedstawił również Freud, jak przekształcają się energie popędowe w rozmaite cechy charakteru, stwarzając w ten sposób mocne zręby psychoanalitycznej charakterologii, nauki o wyłanianiu się rozmaitych cech psychicznych z mgławicy popędów, które stają się zasadniczym tworzywem życia psychicznego. Słuszność tej zasady stwierdza Freud i w badaniach nad genezą moralności, dowodząc, że rodowód etyki łączy się z konfliktami, wyrastającymi na skutek pierwszych ustosunkowań się uczuciowych dziecka, z konfliktami, rozgrywanymi się dookoła t. zw. kompleksu Edypa, który stał się solą w oku wielu przeciwników Freuda. Freud jednak udowodnił niezbicie, że na gruzach tego kompleksu, upadającego pod obuchem surowej rzeczywistości, wyrastają piękne owoce w postaci zasad moralnych, „idealnego ja“, owego kategorycznego imperatywu Kantowskiego. Tak powstaje pogląd psychoanalityczny na strukturę niejako tryptykową osobowości. W świetle bowiem tego nowego ujęcia jest osobowość polem zmagania się trzech instancji psychicznych: *primo*, jaźni właściwej (das Ich), zwróconej twarzą ku rzeczywistości, *secundo*, świata wewnętrznego popędów, t. zw. Ono („Es“), i *tertio*, idealnego ja, które niby cenzor i wewnętrzny sędzia, czuwa nad uzgodnieniem popędów z wymogami świata zewnętrznego. Od harmonii tych trzech instancji psychicznych zależy skarb największy — zdrowie psychiczne. W przypadkach zakłóconej harmonii, w przypadkach cierpienia nerwicowego psychoanaliza odsłania treści nieświadome, przenosi konflikty dziecięce na teren aktualnej sytuacji psychoanalitycznej, dokonywuje przesunięć, przewarstwowień psychicznych i pozwala w ten sposób osiągnąć zgodne współdziałanie tych zasadniczych instancji. Gdziekolwiek spojrzeć na świat ducha, wszędzie wre walka: walka ze światem zewnętrznym, walka wewnętrzną.

Ta walka wewnętrzna ma jeszcze inną genezę, którą zrozumieć można w świetle najnowszych koncepcji Freuda, dotyczących istoty popędów. Pierwotnie i Freud, wierny poetyckiemu ujęciu miłości i głodu, jako zasadniczych motorów życia, uznawał istnienie dwóch popędów: seksualnego i samozachowawczego. Z biegiem czasu jednak, głównie na skutek zgłębienia psychoanalitycznego schizofrenii i stanów hipochondrycznych, dojrzał Freud i w popędzie samozachowawczym wyraz „libido“, energii popędów erotycznych, których objektem staje się osobnik sam. Ten okres monizmu trwał niedługo. Przed 16-u laty zaznaczył się nowy zwrot ku dualizmowi w nauce o popędach. Był to jednak dualizm o innym, niż niegdyś, charakterze. Myśl Freuda, sięgając coraz dalej i głębiej, przebyła już wprawdzie przed tym długą drogę, zakreślając wspaniały łuk od jednostki ku zbiorowości. W ostatnich zaś pracach rozbrzmiały nowe nuty — nuty kosmologiczne. W 64-ym roku życia wspiął się Freud na przerażające zaiste szczyty, sięgając po rozwiązanie odwiecznych tajemnic życia i śmierci. Jak ongiś nie zawahał się przed badaniem przejawów płomiennego Erosa, tak nie cofnął się przed zimnym tchnieniem śmierci. Dotychczas w życiu jednostki widział Freud, zgodnie z

Haeclem, skrócone powtórzenie rozwoju poprzednich pokoleń. Ostatnio w instynkcie samym widzi tendencję do powrotu do stanu dawnego. A cofając się już nietylko do dziejów ludzkości, ale do dziejów życia samego, stwarza nową koncepcję: wszelkie życie poprzedzone jest przez stan niebytu. I stąd wysnuwa wniosek, że „celem“ życia jest śmierć, że instynkt śmierci prowadzi nieuchronnie żywą materię ku zagładzie. Na początku życia bowiem „była“ nie „chuć“, jak chce Przybylski, lecz śmierć. I czuwają instynkty śmierci nad powrotem żywej materii do pierwotnego stanu niebytu. Przez analogię z procesami ana- i katabolicznymi, asymilacyjnymi i dezasymlacyjnymi stwarza Freud hipotezę ciągłego zmagania się sił erotycznych i destrukcyjnych, „jednych, które reprezentują scalającego, życiodajnego i twórczego Erosa, i drugich, które stoją na straży destrukcyjnego Tanatosa. Tak więc życie jednostki, jak i życie zbiorowisk staje nietylko pod znakiem walk popędów ze światem zewnętrznym, lecz również walk w samym wewnętrznym świecie popędów. A walki te stają się źródłem zarówno tragedii prometejskich i upadków, jak i najwspanialszych wlotów i zwycięstw.

Nietrudno teraz zrozumieć, dlaczego tak wielkie sprzeciwy napotkać musiała nauka Freuda. Freud jednak nie zrażał się żadnymi trudnościami. Do swych przeciwników naukowych ustosunkował się w myśl metody, którą zwykł był stosować w analizie psychoneurotyków. Wiedział, że te same afekty, które powodują nieświadome opory psychoneurotycznej jednostki, przeszkadzają i uczonej w przyjęciu prawdy psychoanalitycznej. Po odkryciach bowiem Kopernika i Darwina przynosi Freud ludzkości nowe rozczarowania. Nie może znieść ludzkość tego ciosu we własny narcyzm, w paraliżujące wszelki postęp przeświadczenie o nieograniczonej władzy gatunku *homo sapiens* nietylko nad światem otaczającym, ale również nad własnym światem psychicznym. Gdy mowa o Freudzie, nasuwa się określenie, jakie wielki krytyk rosyjski zastosował do

Dostojewskiego, nazywając go „talentem okrutnym“. Freud jest geniuszem okrutnym. Jako okrucieństwo odczuła ludzkość prawdę o istnieniu nieświadomych sił popędowych. Ale Freud, który zasadzie *mundus vult decipi* przeciwstawił inną zasadę — *maxime amica veritas*, zwiastował prawdę inną jeszcze: przypomniał, że ludzkość tak wielkie triumfy odniosła nad światem zewnętrznym tylko dlatego, że na miejscu animistycznego, magicznego myślenia zapanowała nauka, która pozwoliła świat otaczający poznać i ujarzmić. Tak samo jednostka psychoneurotyczna, poznając własne wrogie siły pierwotne, otrzymuje możność opanowania ich. Trudno zaiste nie podziwiać hartu ducha badacza, który zapatrzony zawsze w światy irracjonalne, nie uległ żadnemu mistycyzmowi, lecz, zawsze trzeźwy, marzy o dyktaturze rozumu, dyktaturze nauki. Ów bezwzględny burzyciel wszelkich iluzji z dumą oznajmia: „nasza wiedza nie jest iluzją“. I chce się wierzyć, że poznanie nowego ładu, jakim jest świat własnych popędów, przyczynić się może do opanowania tych popędów przez ludzkość całą. Tak, jak w jednostce psychoneurotycznej, wyzwalać z więzów siły erotyczne, psychoanaliza stwarza potężną tamę przeciw potęgom destrukcyjnym, tak również, torując drogę Erosowi i w życiu zbiorowisk, przyczynić się może psychoanaliza do zneutralizowania ciemnych niszczyielskich mocy, zagrażających kulturze ludzkiej.

I na zakończenie jeszcze jedna uwaga: Freud zawsze dopatruje się źródła choroby w permanencji infantylnych formacji psychicznych. Freud wykazuje przetrwanie tych tendencji w duszy nietylko neurotyka, ale ludzkości całej. Dając możność poznania i opanowania wszystkiego, co pierwotne, archaiczne, psychoanaliza umożliwia ludzkości, jak i jednostce, wzniesienie się na wyższe szczeble bytowania psychicznego.

Oto dlaczego 80-a rocznica urodzin Freuda jest świętem nie tylko nauki lekarskiej, ale całej ludzkości, która cierpieniem znaczy swój pochod cywilizacyjny i kulturalny.

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Częstość zachorowań na raka a podłoże geologiczne.

W ostatnich latach coraz większe zainteresowanie budzi pytanie, czy istnieje jakokolwiek zależność między zjawiskami fizycznymi i życiowymi w danej okolicy a jej budową geologiczną i tektoniczną, czy są okolice uprzywilejowane np. pod względem szczególnie częstego występowania burz, gradów, piorunów, jeśli chodzi o zjawiska fizyczne, oraz szczególnie częstych zachorowań czy przypadków śmierci, jeśli chodzi o zjawiska biologiczne. Ogólniej formułując pytanie, pragniemy wiedzieć, czy wewnątrz ziemi oddziałują w jakiś sposób na zjawiska, występujące na jej powierzchni.

Dziedzina zjawisk fizycznych, łatwiejsza do objętywego badania, wcześniej też stała się domeną poszukiwań nad rozwiązaniem sformułowanego wyżej pytania. Dały one wyniki na ogół pozytywne. Stwierdzono, że istotnie oddziaływanie takie istnieje, i ono właśnie jest przyczyną szczególnie częstych gradobić w pewnych okolicach (w Polsce np. wzdłuż dolin na Podolu). Zarówno pioruny, jak i grady spadają najczęściej w miejscach, gdzie istnieją przesunięcia warstw skalnych, t. zw. uskoki, lub gdzie wychodzą na powierzchnię skały zawierające pierwiastki promieniotwórcze. Słowem,

tam, gdzie warstwy skalne zostały zaburzone przez ruchy tektoniczne.

W dziedzinie biologii na zagadnienie to zwrócono uwagę nieco później, przy czym punktem wyjścia były badania nad występowaniem raka. Jednym z pierwszych, który postawił hipotezę, że na schorzenia raka ma wielki wpływ podłoże geologiczne, jest dr G. Lakhovskij. Uważa on, że przyczyną schorzeń są tajemnicze „promienie śmierci“, promieniujące z głębi ziemi w miejscach, gdzie istnieją spękania skał i uskoki. Twierdzenie to spotkało się z dużymi zastrzeżeniami wśród geofizyków.

Niezależnie od Lakhovskiego w ciągu ostatnich pięciu lat w Niemczech przeprowadzono badania nad śmiertelnością z powodu raka w Badenii. Do rozporządzenia był bardzo bogaty materiał statystyczny, obejmujący okres ostatnich 50 lat. Ponieważ z reguły postępowano w ten sposób, że zestawiano przeciętne liczby zgonów dla poszczególnych państw, prowincji, powiatów, gmin i t. d., wyniki nie dawały zadawalających rezultatów. Mianowicie mapa, na której statystyka zgonów przedstawiona jest w/g gmin (np. mapa, zestawiona dla Badenii przez Weissa), nie może być porównywana z mapą geologiczną lub hydrograficzną,

najczęściej bowiem jednostka administracyjna zawiera skrawki różnych naturalnych krajobrazów i wskutek tego następuje wyrównywanie — jeśli istnieje — różnego oddziaływania odmiennych jednostek geotektonicznych.

Taka metodyka dać może pewien rezultat tylko wówczas, gdy się porównywa typowe okręgi nizinne z typowymi okręgami górskimi. W Badenii zaś większa część obwodów obejmuje 4 jednostki morfologiczne: dolinę rzeki, nieco wyżej leżące tarasy, rów tektoniczny koło wyżyn Szwarzwaldu i ponadto część gór. Że zaś udział poszczególnych krajobrazów wewnątrz każdego obwodu jest inny, więc też struktura geomorfologiczna i przez to samo oddziaływanie czynników geofizycznych poszczególnych obwodów administracyjnych jest inne. Już dlatego samego ani ze statystycznego, ani tym bardziej z przyrodniczego punktu widzenia, przeciętna wartość zgonów w/g obwodów administracyjnych nie nadaje się jako podstawa do badań nad wpływem geotektoniki na zachorowania.

Nową metodę zastosował dopiero Kunze i dzięki temu osiągnął niezmiernie ciekawe rezultaty. Wychoząc z wyżej wymienionych przesłanek, wziął on pod uwagę umieralność z powodu raka dla poszczególnych miejscowości oddzielnie. Otrzymane liczby zgonów na raka (na 1000 mieszkańców) posłużyły mu do wykonania mapy, obejmującej całą Badenię.

Badenia obejmuje — idąc od zachodu — następujące jednostki geograficzne: dolinę Renu, góry Szwarzwaldu, przecięte głębokimi parowami drobniejszych rzek i strumieni oraz na wschodzie krainę górzystą. Dolina Renu powstała wskutek zapadnięcia się części gór, które tworzyły niegdyś połączenie z Wogezami, leżącymi już na wschód od rzeki. Wskutek tego masyw Szwarzwaldu wznosi się nad doliną Renu bardzo stromo i różnica zarówno pod względem krajobrazu, jak struktury geologicznej między tymi częściami Badenii, zaznacza się w sposób bardzo wybitny.

Mapa, wykonana przez Kunzego, wykazuje, że okolice o niewielkich ilościach zgonów na raka występują przede wszystkim w górach Szwarzwaldu, natomiast najliczniejsze zgony z powodu raka notowane są w dolinie Renu oraz na wschodniej pochyłości Szwarzwaldu w pobliżu Wirtembergii.

Szczegółowsza analiza wykazuje, że w stosunko-

wo wolne od zachorowań na raka okolice górskie wciśkają się wąskie pasy dużej umieralności, że poza tym również na nizinie Renu liczba zgonów nie jest rozłożona równomiernie, lecz jest największa wzdłuż wąskiej strefy, biegnącej z południowo-południowego-zachodu na północno-północno-wschód; strefa ta ciągnie się niemal w linii prostej od Baden-Baden do Fryburga i dalej.

Wyżej wzmiankowana strefa maksymalnej umieralności pokrywa się prawie dokładnie z linią kolei Karlsruhe—Bazylea, która zbudowana została u podnóża wzniesień Szwarzwaldu i biegnie na granicy dwu różnych jednostek krajobrazowych, wzdłuż linii uskoku. Tak więc strefa największej umieralności występuje wzdłuż uskoku tektonicznego. Na odcinku Baden-Baden—Fryburg zbiega się ona dokładnie z granicą utworów aluwialnych Renu, na południe zaś od Fryburga — z granicą skał krystalicznych, z których zbudowane są właściwe wysoczyzny Szwarzwaldu. Zgodność ta nie jest z pewnością przypadkowa, lecz wskazuje, że między tektoniką i występowaniem raka istnieje ścisły związek. Potwierdza to również fakt, że od owej strefy maksymalnej umieralności, oddzielające się promienisto odnogi, które przecinają stosunkowo wolno od raka obszar Szwarzwaldu, obejmują prawie wyłącznie głębokie doliny, powstałe wskutek pęknięć skał i zapadlisk. Z tych względów Kunze uważa, że „w południowej Badenii najwyższa umieralność na raka prawie wyłącznie skoncentrowała się na obszarach geologicznie zaburzonych i w ich najbliższej okolicy”. Wyjątek stanowią południowo-wschodnie części tej krainy, zbudowane z utworów wapiennych okresu triasowego i jurajskiego, gdzie umieralność na raka jest również znaczna.

Stwierdzenie i udowodnienie związku między występowaniem choroby raka i geotektoniką uznać trzeba za pewien krok naprzód w poznaniu oddziaływania czynników geofizycznych na zdrowie ludzkie. Oddziaływanie to odbywa się najprawdopodobniej drogą promieniowania. Ustalenie tego musi stać się tematem dalszych dociekań na różnych terenach. W Polsce najciekawszymi terenami dla takich badań są wyżyny południowe, zwłaszcza obszar gór świętokrzyskich, Podole, a przede wszystkim pogórze Karpat Wschodnich, potrzaskane wielokrotnie uskoki.

K. Ch.

Wiadomości bieżące.

— Dni Lekarskie pod protektoratem JWielmożnego Pana V. Ministra Opieki Społecznej D-ra med. E. Piestrzyńskiego odbędą się w Horyńcu-Zdroju od 24—26 kwietnia 1937 r. Program: Dn. 24.IV—godz. 10—Uroczyste otwarcie „Dni Lekarskich” w salach Teatru im. XX. Ponińskich; godz. 11—I. Posiedzenie naukowe: Doc. Dr Sabatowski A. (Lwów): Farmakodynamika wód siarczanych; Doc. Dr Wojciechowski A. (Warszawa): Gościec przewlekły a czynniki urazowe; Dr Liebhart St. (Lwów): Leczenie niepłodności; godz. 13 — Śniadanie wydane przez Zarząd Zdroju dla uczestników Dni Lekarskich w salach „Aleksandrówki”; godz. 16 — II. Posiedzenie naukowe: Doc. Dr Zawodziński T. (Warszawa): Leczenie krwawień macicznych okresu pokwitania; Dr Itelson J. (Łódź): Gościec pozastawowy ze szczególnym uwzględnieniem układu krążenia; Doc. Dr Gruca A. (Lwów): Nowe sposoby ortopedycznego leczenia przewlekłego nieswoistego gościa stawowego; Dr Waller K. (Lwów): Zaburzenia nerwów obwodowych w przebiegu cukrzycy; godz. 23 — Bankiet wydany przez właścicieli Zdroju w salach reprezentacyjnych Pałacu Zdrojowego. Dnia 25.IV — godz. 10 — III. Posiedzenie naukowe: Doc.

Dr Reicher E. (Warszawa): Zasady leczenia przewlekłego gościa; Dr Blacher J. (Warszawa): Krwinki płytkowe jako najczulszy odczyn ustrojowy i jego ochronna wartość; Dr Liebhart St. (Lwów): Najnowsze zdobycze inkretologii; godz. 16 — IV. Posiedzenie naukowe: Dr Karłowska M. (Poznań): Obraz krwi w przewlekłych schorzeniach gośćcowych; Doc. Dr Jaburek L. (Lwów): Klinika i terapia spondylarthritisy ankylopoetica; Doc. Dr Grabowski W. (Lwów): Rentgenodiagnostyka przewlekłego gościa stawowego; Dr Ehrenreich A. (Horyniec-Zdrój): Zachowanie się odczynu Biernackiego pod wpływem siarczanki horynieckiej; godz. 22 — Raut w salach Teatru im. XX. Ponińskich. Dnia 26.IV — godz. 10 — Zwiedzanie urządzeń leczniczych pod kierownictwem lekarza zakładowego; godz. 12 — Zamknięcie Dni Lekarskich; godz. 14.30 — Wspólne wycieczki i t. d. Pożegnalna herbatka. Karta uczestnictwa upoważnia wszystkich uczestników do korzystania z bezpłatnego mieszkania, udziału w śniadaniu, w bankiecie, w pożegnanej herbatce, wstępu na raut, korzystania z wszelkich urządzeń leczniczych i zdrojowych, 33% zniżki kolejowej powrotnej, utrzymania dziennego (4 razy dziennie à la carte) w cenie zł 3.

Uczestnictwo dla lekarzy wynosi zł 15. Dla osób towarzyszących zł 5. Zgłoszenia do dnia 31.III.1937 przyjmuje i informacji udziela Zarząd Horyńca Zdroju. W czasie Zjazdu otwarta będzie Wystawa Krajowych Środków Farmaceutycznych.

— Ociekająca krwią Hiszpania w najcięższych chwilach swego bytowania nie rezygnuje z pracy naukowej. W tych dniach otrzymaliśmy zamienny numer wychodzącego w Madrycie pisma „Medicina Latina“ za ostatnie 3 miesiące r. ubiegłego. Okazuje się, że, choć inter arma silent Musae, tamen litterae non silent.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

16. III. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Uroczyste posiedzenie naukowe, poświęcone pamięci D-ra Z. Bychowskiego i D-ra

Résumé des articles originaux.

Z. SZYMANOWSKI. Recherches récentes sur l'étiologie de la grippe.

La question de l'étiologie de la grippe n'est pas résolue définitivement. Le rôle du bacille de Pfeiffer est jusqu'à présent incertain. Le rôle du virus filtrant spécifique vient d'être mis au point par les recherches des savants anglais et américains. Dans plusieurs épidémies indépendantes l'une de l'autre vient d'être trouvé un virus filtrant identique au point de vue de ses dimensions et de ses propriétés sérologiques, pathogène pour le furet et la souris blanche, cultivable sur embryon du poulet. Ce virus est voisin du virus filtrant de la grippe porcine. Dans cette dernière maladie son action pathogène dépend du concours d'un bacille de Pfeiffer typique. Il y a d'autres maladies des animaux dans lesquelles le virus filtrant est pathogène tel quel, par exemple la maladie des jeunes chiens. La question se pose, si dans la grippe humaine il s'agit d'un agent pathogène filtrant simple ou combiné avec le bacille de Pfeiffer.

B. KARBOWSKI. Syndrome de la fente sphénoïdale dans un cas de syphilis tertiaire, compliquée d'une affection suppurée de l'appareil auditif.

Le cas concerne une malade, chez laquelle, quelques semaines avant son entrée dans le service, apparurent des douleurs intenses dans la région sus-orbitaire du maxillaire supérieur. Deux semaines plus tard on constata une diminution de la sensibilité (hypesthésie) dans le territoire innervé par la I-re et la II-me branche du trijumeau avec ptose de la paupière supérieure; aussitôt après apparut une paralysie complète du globe oculaire avec amaurose.

Dans le service ophtalmologique on trouva une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive (+ + +) et on institua un traitement spécifique, qui ne donna aucune amélioration. Vu la présence d'un écoulement de l'oreille homolatérale avec élévations thermiques et douleurs mastoïdiennes, on émit l'hypothèse d'une affection suppurée au niveau de la pointe du rocher. Pendant l'intervention sur l'appareil auditif on trouva une destruction de la mastoïde avec lésions importantes au niveau de l'écaille du temporal. La dure-mère de la fosse crânienne moyenne était recouverte de granulations. Après l'ablation de l'écaille du temporal et d'une partie de la grande aile du sphénoïde on arriva sur un assez grand foyer suppuré.

S. Goldflama. 1. H. Higier i I. Milejkowski: Słowo wstępne. 2. M. Fejgin: Z dziedziny nowszych schorzeń endokrynologicznych. Osteozy pochodzenia przytarczycznego. 3. J. Mackiewicz: O przysadkowym pochodzeniu migreny. 4. J. Melzak: Kilka uwag w sprawie guzów przyśadki.

22.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Sekcja kliniczna.

Pokazy. 1. K. Ereciński. Przypadek choroby Bouillauda z objawami wielonarządowymi. 2. B. Karbowski. Przypadek wyłuszczenia krtani z powodu raka. Odczyt. J. Wągierko. Zasady leczenia cukrzycy jako cierpienia, wynikającego z upośledzonego przyswajania materiału ciepłostkowego.

Après cette opération et le traitement antisiphilitique institué, l'état de la malade commença très vite à s'améliorer. Les douleurs cédèrent, les mouvements du globe réapparurent, laissant uniquement une paralysie du moteur oculaire externe. La vue s'améliora notablement et il resta seulement une diminution de l'acuité visuelle. L'anesthésie au niveau du territoire innervé par la I-re et la II-me branche du trijumeau persiste.

L. ZYLBERBLAT. L'emploi de la morphine dans les maladies du coeur.

La morphine n'a directement aucune influence nuisible sur le coeur et les vaisseaux, à moins que secondairement par l'affaiblissement de la sensibilité des centres respiratoires et vasomoteurs. Elle donne de bons résultats dans le traitement de l'asthme cardiaque, dans l'oedème aigu du poumon, dans l'angine et dans l'infarctus du myocarde. Il faudrait l'employer dans les cas de l'asthénie dès les premiers jours du traitement digitalique parce qu'elle diminue la dyspnée. Elle est contraindiquée dans la respiration du Cheyne-Stockes — à moins de l'employer à des doses infimes (0.001—0.002 gr. par jour), de même elle est contraindiquée chez les cyanotiques. La morphine diminue également la diurèse.

W. MATECKI. Sigismond Freud — médecin — penseur.

La mise en relief du strict lien entre le soma et la psyché, la conception à plusieurs surfaces, génétique, déterministique, dynamique des phénomènes psychiques, étant le résultat de l'interférence et de la lutte entre les motifs conscients et inconscients, la fondation et le développement de la science de l'inconscient et de l'instinct, le soulignement des conflits se passant dans l'âme de l'individu et de l'humanité entière, entre les formations infantiles et archaïques d'un côté et les exigences de la civilisation de l'autre, la création de la méthode psychanalytique permettant la connaissance des conflits psychiques cachés, et leur domination pour le bien de l'individu et le bien public — telles sont les valeurs de la science de S. Freud, l'éminent médecin—penseur.

K. CH. La fréquence du cancer et la base géologique.

En se basant sur les travaux de Lekhowsky et Kunze l'auteur donne des indications sur la possibilité des relations entre la structure géologique du sol et le cancer.

TREŚĆ: Z. SZYMANOWSKI. Etiologia grypy w świetle badań współczesnych. — B. KARBOWSKI. Zespół szczeliny klinowej w przypadku kiły trzeciorzędowej powikłanej ropnym schorzeniem narządu słuchu. — L. ZYLBERBLAT. O stosowaniu morfiny w chorobach układu krążenia. — A. WAJNGOT. Fizjopatologia przemiany wapnia. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Wł. MATECKI. Zygmunt Freud — lekarz myśliciel. — K. Ch. Częstość zachorowań na raka a podłoże geologiczne. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. SZYMANOWSKI. Recherches récentes sur l'étiologie de la grippe. — B. KARBOWSKI. Syndrome de la fente sphénoïdale dans un cas de syphilis tertiaire compliquée d'une affection suppurée de l'appareil auditif. — L. ZYLBERBLAT. L'emploi de la morphine dans les maladies du coeur. — A. WAJNGOT. La physiopathologie du métabolisme calcaire. (Rev. gén. fin). — W. MATECKI. — Sigismond Freud — médecin-penseur. — K. Ch. La fréquence du cancer et la base géologique.