

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK.

ADRES ADMINISTRACJI:
UL. ZIELNA 47. TEL. 19-57.

Konto czekowe:
P.K.O. № 86-96.

ADRES REDAKCJI:
UL. SIENKIEWICZA 12 m 28

Nr. 27

WARSZAWA, 4 LIPCA 1929 R.

Rok VI

Uwadze W. Panów Lekarzy!

Chcąc zapewnić sobie wdzięczność chorego i mieć niezłomną pewność, że preparat zapisany jest najskuteczniejszy, pełnowartościowy i zawsze o jednakowym składzie—warunki niezbędne racjonalnej kuracji—wystarczy jedynie wyszczególnić w receptce przy zapisywaniu PIPERAZINY nazwisko MIDY.

PIPÉRAZINE

GRANULKI MUSUJĄCE

MIDY

PIERWSZA — NAJBOGATSZA
JEDYNA — W PIERWIASTKI CZYNNE
ZAREJESTROWANA
PRZEZ M. S. W. (Nr. Rej. 152).

WSKAZANIA: Dna, piasek moczowy, gościec, wysypka artretyczna, kolka nerwowa, kamica nerkowa i żółciowa, miażdżyca.

SPOSÓB UŻYCIA: Stan ostry: 4—6 łyżeczek dziennie, rozpuszczonych w $\frac{1}{2}$ szklance wody, najlepiej pomiędzy posiłkami.
Stan przewlekły: 2—3 łyżeczek dziennie w ciągu 15 dni każdego miesiąca, aż do ustąpienia objawów chorobowych.

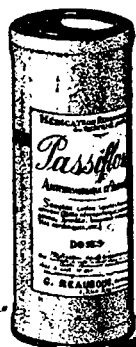
LABORATOIRES MIDY FRÈRES—PARIS
PRZEDSTAWICIELSTWO NA RZ. POLSKĄ **f. ASMIDAR**, Warszawa, Złota 14.

PASSIFLORINE

ROŚLINNY ŚRODEK
KOJĄCY I PRZECIWSKVRZOWY.

Wyciąg z roślin:
Passiflora-Salix-Crataegus.

STANY NEUROPATYCZNE: NEURASTENIA, HYSTERJA, I. T. P.



BEZSENNOŚĆ NERWOWA.

CZYNNOŚCIOWE
ZABURZENIA SERCA.

ZABURZENIA NERWOWE
NA TLE ŻYCIA PŁCIOWEGO.

DAWKOWANIE:

2-3 razy dziennie po 1 łyżeczce od herbaty
Przeciw bezsenności: 1-3 łyż od herbaty na noc.

Laboratorja Dr. Réaumbourga w Paryżu.

PNEUMOGÉINE

SPECYFIK

W DUSZNOŚCIACH WSZELKIEGO POCHODZENIA.

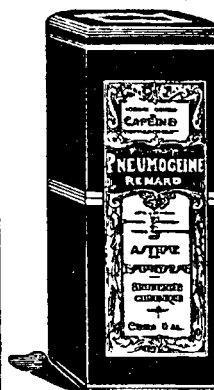
DYCHAWICA (ASTMA).

ROZEDMA PŁYC

PRZEWLEKŁY NIEŻYT OSKRZELI.

*Przewlekłe Schorzenia
Sercowo-nerkowe*

MIAŻDZYCA NACZYŃ, SERCA

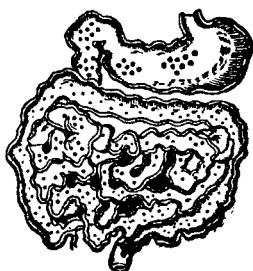


DAWKOWANIE:

Od 2-5 łyżeczek od herbaty dziennie
z wodą, dobrze osuszoną.

Laboratorja Dr. J. Renard'a w Paryżu.

CHARBON TISSOT



Węgiel topolowy w postaci
anyżowanych ziarenek w po-
łączeniu z benzonaftelem i
kw. będzwinowym.

WSKAZANIA:

ZAPARCIA NAWYKOWE,
NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA,
WSZYSTKIE STANY PODRAŻNIENIA JELIT.

Doskonale znoszony

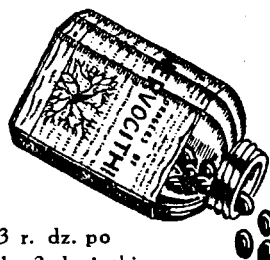
DAWKA DZIENNA:

1-2 łyżeczek od herbaty
po jedzeniu. Przeciw
zaparciom na noc.



Połykać
nie rozgryzając.

NERVOCITHINE TISSOT



Jedyne połączenie zawie-
rające oprócz arsenu, stry-
chniny, żelaza i fosforu
f l o u r.

3 r. dz. po
1-2 drażetki
po jedzeniu

NIEDOKREWNOŚĆ, BLEDNICA, STANY WYCZERPANIA,
NEURASTENIA, REKONWALESCENCJA, GRUZZLICA

Fluorku sodowego 0.001
Nukleinianu żelazow-
go 0.2
Metyloarsenianu sod-
owego 0.1
Glicerofosforu so-
dowego 0.2
Siarczany strychnin
0.001

1-2 ampułki
dziennie podskórnice
lub śródmięśniowo



WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK



REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 27

T. 2

WARSZAWA, 4 LIPCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne.

Podał

Leon ENDELMAN (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 26).

Bardzo zbliżona do zaćmy tężyczkowej jest zaćma w cukrzycy: i w jednej i w drugiej niewątpliwie ulegają schorzeniu gruczoły dokrewne. Dotychczas utrzymywał się pogląd, że zaćma diabetyczna występuje w rozmaitych postaciach klinicznych zależnie od wieku chorego: u młodych osób zmętnienie rozpoczyna się w przednich warstwach, więc podtorebkowo, u osób starszych zaś—ponadjądrowo. Właściwie nie mamy dotąd dokładnego opisu klinicznego zaćmy diabetycznej t. j. cech rozpoznawczych, swoistych dla tej postaci. Becker i Hess zaznaczają, że zaćma cukrzycza osób wieku starczego niczem nie różni się od zwykłej zaćmy starczej. Tego samego zdania jest najwybitniejszy znawca patologii soczewki Vogt.

Ze względu na to, że, według teorii Vogta, tylko zaćmy zewnątrzpochodne rozpoczynają się pod torebką, starcze zaś prawie zawsze ponad jądrem, nic więc dziwnego, że zwolennicy teorii Vogta, a takich jest obecnie większość, utrzymują, że u osób starszych z cukrzycą mamy zaćmę starczą, a nie swoistą.

Za zdaniem Vogta może świadczyć jeszcze, że, jak to podaje A. Wagner, zaćma cukrzycza w wieku młodym poddaje się leczeniu insuliną, na starczą zaś, według Noordena, nie ma ona żadnego wpływu.

Noorden jest zdania, że liczba chorych na cukrzycę w wieku średnim, dotkniętych zmętnieniami soczewki, jest bardzo znaczna; ma się wrażenie, że zmętnienie to szybciej u nich postępuje, aniżeli u ludzi, którzy cukru w moczu nie mają; chorzy na cukrzycę w ogólności częściej mają po-

czątki zaćmy, niż zdrowi ludzie w tym samym wieku.

W latach ostatnich zwrócono uwagę na zaćmę, powstającą w przebiegu swoistego i względnie rzadko napotykanego cierpienia, t. z. dystrofji miotonicznej. Pierwszy Hirschfeld w r. 1911 wyodrębnił ją, jako oddzielną jednostkę chorobną od choroby Thomsena. Cechą jej znamioną jest, że nie ogranicza się do układu mięśniowego, lecz dotyka narządów zupełnie odmiennej natury, między innymi sprowadza zaćmę przedstarczą i starczą. Pierwszy zwrócił uwagę na zaćmę w miotonicznej dystrofji J. Hoffmann w r. 1912. Opisał on 5 przypadków tej choroby z przedstarczą zaćmą wraz z drzewem genealogicznym rodziny, w której obok przypadków z miotonją i zaćmą występowały przypadki bez zaćmy lub same tylko zaćmy. Hoffmann podnosi, że zwykle zaćma u poszczególnych osób zjawia się już w rozwiniętej miotonji, choć w tych rodzinach lub u ich przodków niekiedy zaćma występuje wcześniej, to też H. przypuszcza, że miotonja i zaćma rozwijają się niezależnie od siebie na jakimś dziedzicznie przekazywanym podłożu, przyczem jest zastanawiające, że soczewka i mięśnie pochodzą z dwóch odmiennych listków zarodkowych.

W 1918 r. ogłosił Fleischer bardzo źródłową pracę, w której podaje wyniki badania 38-ku chorych na miotonję, przyczem u 35 z nich, więc u 92%, stwierdził zaćmę. Według Fleischera zaćma w dystrofji miotonicznej rozpoczyna się w dość charakterystyczny sposób w tylnych warstwach korowych ze zmętnieniem tylnego bieguna i gwiaździstymi wyrostkami w kształcie promieni; następują podobne zmętnienia w przednich warstwach korowych, a jednocześnie zjawiają się bardziej rozrzucone drobniutkie punkcikowate męty w rozmaitych warstwach soczewki. Zaćma taka rozwija się dość szybko i w krótkim czasie wytwarza się t. z. zaćma miękka, odpowiednio do wieku, z małym jądrem.



Nr. inw. 9816



www.dlibra.wum.edu.pl

Patogeneza dystrofji miotonicznej nie została dotąd dostatecznie wyjaśniona. Istnieją najrozmaitsze domniemania, a więc jedni upatrują przyczynę w cierpieniu mlecza pancerzowego, inni ośrodkowego układu nerwowego, są tacy, co uważają to cierpienie za nerwicę lub nerwicę troficzną, wreszcie za zaburzenia w przemianie materji, Curschmann (1915) zaś, który znacznie pogłębił naszą wiedzę o tem cierpieniu, jest zdania, że przyczyna tego cierpienia tkwić musi w samozatruciu ustroju, to zaś zależy od zachwiania równowagi w gruczołach dokrewnych lub też od zaburzeń w ośrodkach nerwowych, zawiadujących temi gruczołami.

Nägeli (1917) jest zdania, że zmiany w mięśniach, powłokach zewnętrznych, nerwach, naczyniach, gruczole tarczycowym i gruczołach płciowych, spostrzegane w tej chorobie, dają się jedynie wytłómaczyć schorzeniem gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Zalicza on dystrofię miotoniczną do cierpień wielogruczołowych. Hauptmann (1918) niezupełnie zgadza się z Nägelim, utrzymując, że omawiane cierpienie jest jedną z postaci chorób dziedziczno-rodzinnych, w której występują objawy zaburzeń w obrębie 3-ch układów: mięśniowego, ośrodków nerwowych i gruczołów dokrewnych. Zdaniem tego autora, nie mamy dotąd dostatecznej podstawy do sprowadzania wszystkich objawów do zmian tylko w gruczołach dokrewnych.

Nordmann w pracy, ogłoszonej w r. 1926, zalicza zaćmę miotoniczną do zaćm, których źródłem jest schorzenie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, i stawia ją w jednym rzędzie z zaćmami tężyzkową i cukrzyczą.

Pozostają nam jeszcze do omówienia zaćmy w niektórych rzadkich cierpieniach skórnych. Andogsky, który w r. 1914 opisał 4 przypadki obustronnego zmętnienia soczewek u młodych ludzi ze zmianami w skórze, nazwał tę zaćmę „*cataracta dermatogenes*”. Siegrist w swej pracy z r. 1928, o której poniżej będzie mowa, zebrał 30 podobnych przypadków i klasyfikuje je, jak następuje: 8 przypadków *neurodermitis disseminata*, 1 przypadek — poikilodermji, 10 przyp. sklerodermji, 5 przyp. poikilodermji i 4 przyp. obrzęku śluzowego. U wszystkich tych chorych prawie wyłącznie osób młodych z zaćmą, dla której niemożna było znaleźć żadnego wytłómaczenia ani w stanie samych oczu, ani też jakiegokolwiek przyczyny zzewnątrzpochodnej, stwierdzano zmiany w skórze, najprawdopodobniej zzewnątrzpochodne, o niejasnej etiologii, lecz, przynajmniej co do niektórych z nich, zależność od schorzenia gruczołów dokrewnych możnaby przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem. Np. w obrzęku śluzowym niedomoga tarczycy zdaje się być ustalona tak samo, jak i w sklerodermji istnieje zaburzenie czynności tego gruczołu. Również i w „*neurodermitis*” wielu widzi niedomogę, wzgl. wzmożoną czynność gruczołów hormonalnych.

Przypuszczenie, że we wszystkich przypadkach powyższych zaćma i wikłające ją cierpienie skórne mają wspólne źródło w schorzeniu gruczołów dokrewnych, ma bardzo wiele danych za sobą.

Przechodzimy teraz do poglądów również szwajcarskiego profesora Siegrista, którego obszerna monografia o zaćmie starczej opuszcza prasę drukarską w końcu roku ubiegłego.

Już na wstępie muszę zaznaczyć, że Siegrist należy do wielkich zwolenników teoryj odmładzania Steinacha, Woronowa i Harmsa, którym poświęcił wiele miejsca w swojej książce. Stawia on sobie następujące pytanie: „Czy w samej rzeczy niema sposobów zapobiegania objawom starości jak to się powszechnie przypuszcza, czy nowe badania raczej pouczają nas, że dzieje się wręcz coś przeciwnego? Czyby niemożna na drodze odpowiednich zabiegów operacyjnych lub przy pomocy stosownego leczenia hormonalnego przeważną część znamiennych cech starości na pewien określony przeciąg czasu usunąć albo przynajmniej w wybitnym stopniu zahamować?” Po bardzo wyczerpującem przedstawieniu wszystkich, dawniejszych i nowych poglądów na patogenęzę zaćmy starczej, Siegrist słusznie konkluduje, że dadzą się one podzielić na dwie sobie przeciwstawne grupy: jedna upatruje w zaćmie starczej zwykłe, podległe prawom dziedziczności zjawisko starczego zużycia soczewki, któremu ani zapobiec, ani którego powstrzymać, a tembardziej poprawić nie leży w mocy ludzkiej, a więc z góry odrzuca wszelkie próby leczenia (poza operacją) zaćmy; druga nie wierzy w wyłącznie miejscowy rodzaj tego cierpienia i przypisuje powstawanie zaćmy zaburzeniom w całym ustroju. Zaczęta, zdaniem stronników tej drugiej hipotezy, ma swe źródło albo w złej przemianie materji, przy której powstają ciała trujące dla soczewki wskutek zmienionych przez wiek albo też chorobę narządów, lub pierwotna przyczyna zaćmy leży w gruczołach dokrewnych, więc starczej ich niedomodze; to schorzenie gruczołów może się odbijać na całej przemianie materji i w ten sposób pośrednio na soczewce, czy to dzięki temu, że soki odżywcze nie są w stopniu dostatecznym neutralizowane, czy też w jakikolwiek inny sposób. Oczywiście, że kto skłania się w stronę tego drugiego poglądu, nie będzie tak sceptycznie odnosił się do terapii lekowej zaćmy i nie odrzuci prób, czynionych w tym kierunku. Siegrist, który w swej pracy, zdaniem mojem, złożył dowody niezaprzeczałne, że sprawę patogenęzy zaćmy bardzo szeroko i jednocześnie dość krytycznie ujął, staje całkowicie po stronie zwolenników szukania patogenęzy zaćmy starczej w ustroju całym i tak formułuje swoje stanowisko: „Ja myślę, że, nie schodząc ze ścieżki ścisłej nauki, wolno mi wypowiedzieć domniemanie i przyjąć możliwość wiązania zaćmy starczej ze zmianami starczemi w gruczołach dokrewnych, co zostało już w nauce ustalone i, co za tem idzie, wierzyć, że, działając zastępczo odpowiedniami hormonami, można dodatnio wpływać na zaćmę tak, jak na inne zwiastuny starości”.

Zanim przejdziemy do części, mającej na celu podanie zarysu terapii lekowej zaćmy starczej dawniej i obecnie, nieodzowną jest rzeczą opatrzenie jej wstępem o pewnych trudnościach, jakie się tu z konieczności nastręczają.

Przy ocenie poprawy w stanie wzroku osób z rozwijającą się zaćmą należy zachować niezwykłą ostrożność. Wszak każdy okulista niemal z codziennego doświadczenia wie, jak rozmaicie bywa z postępem w zaćmieniu soczewki, jak często z zupełnie niewiadomej przyczyny dalsze posuwanie się zmętnienia na czas pewien, niekiedy dość znaczny,



bywa zupełnie powstrzymane bez jakiegokolwiek leczenia, jak sami chorzy nie są ściśli w określaniu ostrości swego wzroku, jak często, zależnie od chwilowego stanu psychicznego, podają zmienne odpowiedzi, wprowadzając w błąd lekarza. Nawet przedmiotowe badanie nęściła pewne trudności: właściwie każdy przypadek zaćmy należałoby za każdą wizytą chorego badać przy źrenicy rozszerzonej, co nie jest zupełnie obojętne w wieku starszym ze względu na możliwość wywołania napadu jaskry; następnie, zmiany w soczewce od jednego badania do drugiego, choćby w odstępie paromiesięcznym, mogą być tak nikłe, że tu nietylko pamiętać lekarza zawodzi, lecz i krótki opis w księdze nie wystarczy, jedynie chyba, dokładny rysunek byłby pomocą, lecz jest to, oczywista, zadanie przekraczające możliwości przeciętnego okulisty, praktyka.

Należy również mieć na uwadze, że w częściowo zmętniałej soczewce mogą powstawać warunki dla czasowo lepszego przepuszczania promieni świetlnych, ściślej dla mocniejszego ich nasycenia i ostrzejszego zarysowania przedmiotów. Wiadomą jest rzeczą, że nawpół przezroczyste, bardziej rozlane zmętnienia szkodzą wzrokowi niekiedy znacznie bardziej, aniżeli męty o takiejże wielkości i rozległości, które jednak są zupełnie nieprzezroczyste i ostrzej się odcinają od sąsiednich, przepuszczających dobrze światło części. Również zdarzyć się może, że łamliwość (refrakcja) całej soczewki może ulec pewnej zmianie (jak to np. widzimy względnie często w cukrzycy), a wtedy chory w pewnych odległościach zaczyna lepiej widzieć. Dalej, ostrość wzroku może się w pewnych granicach zmieniać w zależności od szerokości źrenicy. Objaw widzenia dziennego, t. z. *hemeralopia*, lub widzenia nocnego t. z. *nyctalopia* należy do często spotykanych w zaćmie i tłumaczy się zężaniem się źrenicy we dnie i rozszerzaniem w nocy. Zrozumiałą jest rzeczą, że chory z zaćmą jądrową (centralną) widzi lepiej w nocy, gdy szeroka źrenica odsłania jeszcze przezroczyste części obwodowe, osoba zaś z zaćmą na obwodzie widzieć lepiej będzie za dnia, bo wąska źrenica przesłoni mu zmęczone części soczewki.

I jeszcze o jednej okoliczności, która wpływać może na poprawę wzroku w przebiegu zaćmy, zapominając niewolno. Często, skutkiem zmętnienia soczewki tylko z wielkim trudem i niezupełnie dokładnie zbadać jesteśmy w stanie głębsze części oka, a więc ciało szkliste, nerw wzrokowy, siatkówkę i naczyniówkę. Zdarzyć więc się może, że przy pierwszym badaniu przeoczmy w tych warstwach jakąś sprawę chorobną, która w następstwie może ulec poprawie, więc tem samem poprawi się ostrość wzroku, my zaś błędnie przypisać tę polepszenie możemy zmniejszeniu się zmętnienia w soczewce.

Jak widzimy wiele jest możliwości, prowadzących do fałszywych wniosków o skuteczności tych lub innych środków i zabiegów leczniczych: poprawa wzroku może nastąpić *post hoc*, lecz nie *propter hoc*. Stąd też jeszcze wciąż prawie wszechwładnie panuje wśród największych powag w okulistyce najskrajniejsze niedowiarstwo do wszelkich publikacji o dodatnich wynikach leczenia terapeutycznego zaćmy starczej. Wobec tego, że przy ocenie

wyniku leczniczego w zaćmie opieramy się prawie wyłącznie na słowach chorego (wszystkie sposoby badania ostrości wzroku są wszak metodą subiektywną), lekarz często zupełnie mimowoli sam ulega sugestji, a niekiedy dopuszcza się, choć również bezwiednie, błędów w badaniu np. badając chorego raz w lepszych, drugi raz w gorszych warunkach oświetlenia.

Mając stale na uwadze to, cośmy wyżej powiedzieli, przystępujemy do omówienia środków terapeutycznych, jakie w ciągu ostatnich lat kilkunastu lub kilkudziesięciu były lub są w użyciu w okulistyce.

Zrozumiałą jest rzeczą, że poglądy na patogenезę zaćmy starczej, które upatrywały jej przyczynę w procesie nieprawidłowego stwardnienia jądra soczewki skutkiem zaburzeń w całym ustroju, spowodowanych starczeniem zmianami w naczyniach (miażdżycy tętnicy szyjnej, cierpienia nerek miażdżycowego pochodzenia) musiały konsekwentnie doprowadzić do czynienia prób leczniczych z jodem, który oddawna uchodził za środek przeciwmiażdżycowy. W r. 1876 w pracy o stosowaniu dużych dawek jodu w chorobach ocznych wzmiankuje H. Pagenstecher, że jego zdaniem jodek potasowy podawany doustnie może powstrzymać postępowanie zaćmy, i zaznacza, że na zasadzie własnego doświadczenia może z całą pewnością twierdzić, że rozlane zmętnienia soczewki wyjaśniają się pod wpływem jodku potasu a wzrok takich chorych ulega wyraźnej poprawie. Jednym w najbardziej rozentuzjasmowanych dla jodu w leczeniu zaćmy był Badał (1902). Nie próbował on leczyć już rozwiniętej zaćmy, lecz postawił sobie za zadanie, przez stosowanie jodu konsekwentnie, w ciągu długiego czasu, powstrzymanie dalszego jej rozwoju. Wyszedł on z założenia, że jod należy doprowadzać do oka bezpośrednio za pomocą okładów, płukań w wanienkach, wreszcie zastrzykiwań pod spojówkę. Badał nie podaje swych wyników w liczbach, lecz mówi ogólnikowo o wstrzymywaniu się dalszego postępowania zaćmy pod wpływem takiego leczenia, choć sam zwraca uwagę na trudności, jakie napotykał u pacjentów, których nie tak łatwo było nakłonić do systematycznego stosowania leków, zwłaszcza, że chodziło tu o oczy z dość dobrą jeszcze ostrością wzroku (Badał poddawał leczeniu tylko chorych z pierwszymi zaczątkami zaćmy).

Wszystkie próby terapii lekowej zaćmy, których było prawie bez liku na początku bieżącego stulecia, opierały się na metodzie Badała. Najbardziej oddanym stronnikiem tego leczenia był v. Pflugk, który, poczynając od r. 1904, zaczął stosować KJ w początkowych okresach zaćmy i przy wielu okolicznościach zwracał uwagę na otrzymywane przez siebie dodatnie wyniki. Zbiorowo podał je do wiadomości w obszernej pracy w r. 1908. Technika, przezeń stosowana, polegała na trzech rodzajach wprowadzania J do oka: w przypadkach lżejszych zalecał t. z. „traitement Badał“, polegające na wkraplaniu 1 — 2 razy dziennie do worka spojówkowego 3-ch kropeł wodnego roztworu KJ w proporcji: 0,26 : 10, cięższe przypadki należy leczyć kąpielami ocznymi w stopniowo wzmacnianych stężeniach: 7,5 : 300 do

20 : 300 — 2 razy dziennie w wanienkach ocznych po 2 — 5 minut, w najoporniejszych zaś stosuje się zastrzykiwania podspojówkowe z 1% rozczynu.

Mimo, że metoda Badala-Pflugka znalazła wielkiego przeciwnika w osobie Löhleina, który w tym czasie ogłosił wyniki swych doświadczalnych nad zawartością jodu w soczewce po doprowadzeniu tego środka w rozmaity sposób do ustroju zwierzęcego, znajduje ona jeszcze swych zwolenników niemal do dnia dzisiejszego, co prawda w zmodyfikowanych postaciach. Tak np. Angelucci w r. 1926 podaje, że otrzymuje doskonałe wyniki przy wprowadzaniu jodu do oka za pomocą jontoforezy w początkowych okresach zaćmy podtorebkowej z ostrością wzroku od 1/10 do 1/4; w następstwie takiego leczenia mógł stwierdzić wziernikiem mniej lub więcej znaczne rozjaśnienie zmętnień, chorzy zaś sami podawali, że widzą znacznie lepiej i doznają mniejszego olśnienia, co, jak wiadomo, wielce trapi chorych z zaćmą; poprawa wzroku wynosiła od dwu — do trzykrotnej.

Natomiast w następnym roku (1927) Steindorff na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Okulistycznego podał wyniki swych prób z wprowadzaniem jodu również drogą jontoforezy albo też zastrzykiwań podspojówkowych Alivalu, lecz na podstawie swego doświadczenia dochodzi do przeświadczenia o zupełnej bezużyteczności tej terapii, piętnuje ją mianem nienaukowej i kwestionuje wyniki Angelucciego. Jednak z rozprawy, jaka się rozwinęła nad odczytem Steindorffa, wynika, że nie wszyscy odrzucają w czambuł wszelkie próby leczenia farmakologicznego w zaćmie, zwłaszcza przy stosowaniu jodu niektórzy stwierdzali niebicie zatrzymanie się sprawy chorobowej w soczewce.

Aby dać zupełnie ścisłą i naukową odpowiedź na pytanie, czy i w jakim stopniu zachować należy w naszym arsenale lekarskim jod przeciwko zaćmie, należy przede wszystkim wiedzieć, jak przebiega zaćma, zupełnie nieleczona. Na to pytanie znajdujemy odpowiedź w pracy Schoute z r. 1923. Zrobił on dokładny przegląd 344-ch nieleczonych przypadków zaćmy, przyczem okazało się; u 207-iu ostrość wzroku szybko opadała, u 83-ch bez wszelkiego leczenia pozostawała w ciągu długiego czasu, niekiedy przez lata całe, na tym samym poziomie, wreszcie u 54-ch można było stwierdzić nawet pewną poprawę. Liczby te Schoute zestawił z wynikami leczenia jodem, jakie otrzymał z przeglądu piśmiennictwa, i okazało się, że nie były o wiele lepsze przy leczeniu bo, jak wskazują liczby powyższe, i z nieleczonych zaćm postępuje tylko 60,2%, 24,1% nie zmienia się przez czas dłuższy, a 15,6% wykazuje poprawę. Mimo to, prawie każdy z nas choremu, u którego rozpozna początki zaćmy, najchętniej krople ze słabego rozczynu jodku potasu zaordynuje, kierując się, być może, w tym

przypadku nie mającemu znaczenia, lecz z terapii ogólnej nabytym przeświadczeniem o wpływie rezerbującym preparatów jodowych, i, rzecz jasna, u niektórych pacjentów obserwować będzie zatrzymanie się dłuższe sprawy chorobowej, a nawet i poprawę.

Dla przykładu mogę przytoczyć z całego szeregu podobnych spostrzeżeń trzy bardziej znamiennie:

Przyp. 1-szy. Chory lat 45, zgłosił się po raz pierwszy 28. VII 1923, skarżąc się na stopniowe pogarszanie się wzroku w obu oczach, trwające już od roku prawie. Stwierdziłem w obu oczach początkowe zaćmy. VOD. et OS. z + 0,75 — 5/15. Zaleciłem zakraplanie KJ. 4. XI. 1924 badany przy źrenicach rozszerzonych: w oku prawem zmętnienie soczewki u dolnego i wewnętrznego obwodu w kształcie „szprych“, w lewym — męty u przedniego bieguna pod torebką i w okolicy jądra. VOD. — 5/15; VOS. — 5/36. Stosuje nadal z niewielkimi przerwami KJ. Przez półtora roku ostrość wzroku w oku prawem nawet nieco się poprawiła, w lewym pozostawała bez zmiany. 5. VI. 1926 zanotowałem: w oku pr. przy lampie szczelinowej widoczne szczeliny wodne i rozpad włókien na obwodzie w warstwach powierzchniowych i głębszych; mimo to VOD. przy 2, OD — 5/10 — 5/8; natomiast w oku lewym — *cataracta fere matura*; VOS. liczy palce rzęd okiem. Stan ten nie ulegał żadnej zmianie w przeciągu trzech niespełna lat. Ostatni raz widziałem chorego 9. III r. b. i stwierdzić mogłem: przedmiotowo w oku prawem też same zmętnienia na obwodzie, które nie powiększyły się w najmniejszym stopniu, siła wzroku z + 0,5 — 5/8 — 5/6; oko lewe — dojrzała zaćma. Chory, któremu zaproponowałem operację na oku lewym, nie przystaje na nią, twierdząc, że oko prawe najzupełniej mu wystarcza.

Przypadek 2-gi. Chora lat 60, od paru lat „mgła“ przed lewym okiem, od paru miesięcy przed prawem. 16. V. 1923 stwierdziłem: oko pr. *cataracta perinuclearis*, oko lewe — *cataracta corticalis et perinuclearis*, VOD. — 5/20, VOS. — palce na 1/2 mtr. Otrzymuje KJ w kroplach. 24. III. 1924 zanotowano: VOD. 5/18, VOS. — palce z 2 1/2 mtr. 10. I. 1925 — VOD. — 5/18, VOS. 5/24 (11); 24. VI. 1925 — VOD. 5/20 — 5/15, VOS. — 5/60; 3. I. 1927 wzrok oka lewego znów wyraźnie lepszy: VOD. — 5/15, VOS. — 5/24. Poprawa trwała do r. 1928, gdyż jeszcze w czerwcu VOD. — 5/15, VOS. 5/20 (prawie). Od listopada r. z. nastąpiło pewne pogorszenie, VOD. — 5/20, VOS. — 5/36, które się utrzymuje do ostatniego badania (19. III. 1929).

Przypadek 3-ci. Chora lat 59, okiem lewym zawsze źle widziała (*amblyopia ex anopsia*, zez zbieżny), prawem od pewnego czasu gorzej widzi. Stwierdzono: oko prawe — *cataracta incipiens*, VOD. z — 0,5 — 0,6. Zaleciłem systematyczne wkraplanie KJ. Było to 26. V. 1919 r. Nie będę przytaczał wyników badania, które przeprowadzałem co pewien czas, podkreślę jedynie, że chora w lutym r. b. więc prawie po upływie lat 10-ciu od chwili rozpoznania początków zaćmy, miała ostrość wzroku 0,4, co jej pozwala nie tylko chodzić swobodnie po ulicy, lecz czytać i wykonywać ręczne robotki.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
(Kierownik: Dr. A. LANDAU)

Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego.

Doniesienie IV.¹⁾

Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą.

Podali

A. LANDAU, Jerzy GLASS i St. KAMINER. (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 26).

Był to więc przypadek przewlekłej, niskiej niedrożności jelitowej. Podkładem anatomicznym niedrożności tej był skręt doprowadzającego do zagięcia śledzionowego odcinka okrężnicy dokoła osi. Jest to postać niedrożności obturacyjnej, t. zw. po niemiecku Wringverschluss Wilmssa. Odczyn zapalny ściany jelitowej (*pericolitis*), wywołując jej zgrubienie, powodował coraz dalsze zwężenie światła okrężnicy w okolicy zagięcia śledzionowego, doprowadzając wreszcie do jej całkowitej niedrożności.

Co było przyczyną bezpośrednią zejścia śmiertelnego w przypadku powyższym? Odczyn otrzewny był tu nieznaczny i sprowadzał się wyłącznie do jej zmatowienia w miejscu skrętu. A więc nie tu należy szukać przyczyny bezpośredniej zgonu.

Prócz zmian anatomo - patologicznych wyżej opisanych w jelitach, stwierdzono w przypadku powyższym w płucach odoskrzelowe prawostronne, górnopłatowe ognisko zapalne, a dalej zwyrodnienie mięszone wątroby i nerek. Przedewszystkiem zdać sobie należy sprawę z mechanizmu zmian powyższych. Na sprawę tę rzucają światło badania nad drogami wchłaniania trującej treści jelitowej.

Wchłanianie się płynu toksycznego ze światła zamkniętego jelita odbywać się może kilkoma drogami. Przedewszystkiem wymienić tu należy drogę otrzewnową. W pętli obturowanej właściwości życiowe jelita są zmniejszone. Wobec tego płyn toksyczny nasłutek osmozy przenika do otrzewny, powoduje jej zakażenie i poprzez nią się wchłania. Zwrócił na to uwagę André Chenut oraz Schönbauer. Do wchłaniania się płynu drogą bezpo-

średniej osmozy przyczyniać się tu może rozcięcie mechaniczne jelit (Dragstedt²⁰) oraz wzmożenie ruchów robaczkowych jelit powyżej miejsca niedrożności (H. Roger, L. Binet).

Poza drogą bezpośrednią wchłanianie się płynu toksycznego odbywać się może w sposób dwójaki: 1) drogą żylną i 2) drogą naczyń chłonnych. Jeśli idzie o drogę żylną to produkty jadowite ze światła jelit poprzez żyły krezkowe dostają się do żyły wrotnej, skąd trafiają bezpośrednio do wątroby. Natomiast wchłanianie się płynu drogą limfatyczną idzie poprzez naczynia chłonne krezkowe do przewodu piersiowego wspólnego, stamtąd do żyły podobojczykowej, żyły puste górnej, stąd do prawego serca, skąd wreszcie dostaje się do płuc. Przedostawanie się do krwioobiegu ciał jadowitych prócz tego prowadzić, oczywiście, może do uszkodzenia miąższu nerkowego.

Tak więc prócz zmian miejscowych jelitowych i odczynu otrzewny, niedrożność jelitowa stać się może przyczyną uszkodzenia trzech głównych narządów ustrojowych, a mianowicie: płuc, wątroby i nerek. I rzeczywiście np. Werelius¹⁸⁾ opisuje zmiany wątrobowe w przebiegu wysokiej niedrożności jelitowej, Hartwell i Hogue¹⁹⁾ — zmiany miąższowe w nerkach u psów, u których doświadczalnie wywołano niedrożność jelitową i t. d.

Jeśli powrócić do podanego przez nas przypadku, to okaże się rzeczywiście, że wszystkie te narządy są tu dotknięte procesem chorobowym. W wątrobie i w nerkach stwierdzono tu zmiany miąższowe, stojące, oczywiście, w związku z procesem samozatrucia ustrojowego, a w płucach stwierdzono w górnym prawym płacie odoskrzelowe, zlewające się ognisko zapalne (*broncho-pneumonia confluens*). Jeżeli zwrócić uwagę na to, że, jak mówiliśmy wyżej, płuco jest tym pierwszym narządem, do którego dostają się znajdujące się w chłonce jadowite produkty jelitowe, które zawierają liczne drobnoustroje — to zrozumiała jest droga i przyczyna, dla której owo ognisko bronchopneumoniczne rozwinąć się mogło. Ciekawym zjawiskiem jest tu fakt, że ognisko to świeże rozwinęło się nie w okresie niedrożności niezupełnej, ale właśnie dopiero wtedy, kiedy nastąpiło zupełne zamknięcie światła jelitowego. Wskazuje to dobitnie na mechanizm powstania tego powikłania.

Zmiany powyższe tu przytoczone w wątrobie, nerkach i płucach, łącznie z miejscowym procesem niedrożności okrężnicy były tu wykładnikiem anatomo-patologicznym przyczyn zejścia śmiertelnego. Nie tłómaczą one jednak jeszcze jego mechanizmu. Sprawa ta ująć się daje jedynie z punktu widzenia fizjo-patologii, a dokładny wgląd w mechanizm powyższej sprawy dają dopiero badania biochemiczne.

Zajmiemy się obecnie analizą zespołu humoralnego, spostrzeganego w powyższym przypadku. Przedewszystkiem odróżnić tu należy dwa okresy: 1) okres niedrożności niezupełnej i 2) okres niedrożności całkowitej. Zespoły humoralne w obu tych okresach różniły się znacznie.

W pierwszym okresie niedrożności częściowej

¹⁾ Doniesienie I: — A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis, „Przewężenie dwunastnicy“, Pol. Gaz. Lek. Nr. 15, 1928 i Arch. d. Mal. de l'App. Digest., Nr. 1 i 3, 1928.

Doniesienie II: — A. Landau i Jerzy Glass, „Przypadek wrzodu przyodźwiernikowego, przebiegający z ciężką niedokrwistością wtórną i kwasicą, Pol. Gaz. Lek. Nr. 35, 1928 r.

Doniesienie III: — A. Landau, Jerzy Glass i R. Pekielis, „Przypadek umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegający ze zmienną równowagą kwasowo-zasadową“, Pol. Gaz. Lek., Nr. 1, 1929 r.

zaburzenia humoralne dotyczyły wyłącznie chloru. Stwierdzono tu mianowicie wielkie zmniejszenie poziomu chloru w obu składnikach krwi, zarówno w krwinkach, jak i w osoczu. Stężenie chloru w krwinkach wynosiło tu zaledwie 1.28 zamiast liczb normalnych 1.70—1.95 gr. na litr, a poziom chloru w osoczu zamiast liczb normalnych 3.40 — 3.60 gr. na litr, wynosił tu ledwo 2,80 gr. na litr. Mieliliśmy tu więc hipochloremję całkowitą bardzo znacznego stopnia. Liczba chloru we krwi całkowitej, która w przypadkach normalnych wynosi przeciętnie 2.88 gr. na litr*) sięgała tu zaledwie liczby 2.20 gr. Zmniejszenie to wynosiło więc tu około 25%, co, jeśli uwzględnić trwałość, z jaką poziom chloremji jest w ustroju zdrowym zachowany — świadczy już o znacznym zaburzeniu równowagi chlorowej.

Zasób zasad osocza był tu jednakże prawidłowy (65.2 obj. $\text{CO}_2\%$), a poziom mocznika i kwasu moczowego znajdował się tu jeszcze na górnej granicy normy. Jedynym zaburzeniem humoralnym w I-szym okresie niedrożności niezupełnej była więc wyłącznie hipochloremja.

Jaka była jej przyczyna? Przedewszystkiem odrzucić tu należy dwie przyczyny, które nie mogą tu wchodzić w rachubę, a mianowicie: 1) utrata chloru w moczu i 2) utrata chloru w wymiocinach. Zawartość chloru w moczu nie tylko nie była zwiększona, ale znacznie obniżona. Jak o tem świadczyły przeprowadzone badania, chory wydalal zaledwie od 1.26 do 1.45 gr. chloru na dobę, a więc ilości znikome. Jeśli zaś chodzi o utratę chloru w wymiocinach, to chory ten w czasie całej swej choroby wymiotował zaledwie dwukrotnie i to jedynie przed przybyciem na oddział.

Nasuwać się tu może natomiast inna przyczyna, a mianowicie, utrata watorów chlorowych poprzez kał. Jak o tem świadczyły wywiady chorego, cierpiał on od miesiąca na uporczywe biegunki (przebiegające naprzemian z zaparciem). Było to wyrazem pierwotnego nieżytu jelita grubego. Stan powyższy powodować może demineralizację ustroju wskutek utraty chloru, znajdującego się w soku trzustkowym i jelitowym, zwłaszcza w stanie tak wielkiego wyniszczenia, w jakim się chory znajdował.

Czy w danym razie nie wchodziło w grę, w myśl teorii Haden'a i Orra, odtruwanie i zobojętnianie jadów jelitowych przez depozyt chlorowy — na to pytanie niepodobna odpowiedzieć z całą stanowczością. W każdym razie jest to pierwszy punkt ważny w spostrzeżeniu naszym, a mianowicie, że w przebiegu niskiej przewlekłej niedrożności jelitowej, tak jak i w innych postaciach niedrożności istnieć może hipochloremja.

*) Liczby przeciętne rozmieszczenia chloru we krwi zaczerpnięte są z pracy naszej p. t. „Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od staru równowagi kwasowo-zasadowej“, drukowanej w Warsz. Czas. Lek. Nr. Nr. 11, 12, 13 i 14 z r. 1929.

¹⁸⁾ Wærelius, Journ. of Am. Med. Assoc., vol. LXX, p. 535, 1922.

¹⁹⁾ Hartwell i Huguët, Journ. of Am. Med. Assoc. 13 July 1912.

²⁰⁾ Dragstedt L. R. i C. A., Mc. Clintock i Chase, Journ. of exp. med. 1 April 1919.

II-i okres niedrożności jelitowej powoduje u naszego chorego już znacznie większe zaburzenia humoralne, dotyczące zarówno równowagi chlorowej, jak i kwasowo-zasadowej i azotowej. Odstęp czasu pomiędzy I-em i II-iem badaniem wynosił ledwo 6 dni, przedzierał je jednak moment wystąpienia całkowitej niedrożności jelitowej.

Jeśli idzie o poziom chloremji, to obniżyła się ona tu jeszcze bardziej. Poziom chloru we krwi całkowitej opadł z 2.20 na 1.99 gr. na litr, a poziom chloru w osoczu z 2.80 na 2.59 gr. na litr. Tak więc obniżenie poziomu chloremji wynosiło tu już przeszło 30%. Dalszy ten spadek poziomu chloremji zależeć tu mógł wyłącznie już tylko od zjawienia się całkowitej niedrożności jelitowej. Jest to drugi punkt ważny w naszym spostrzeżeniu: z chwilą przejścia niedrożności częściowej w niedrożność zupełną, mimo tak wielkiej już poprzednio hipochloremji, następuje jeszcze dalszy spadek zawartości chloru w osoczu. Nie zależy on przytem od utraty chloru w wymiocinach.

Powyższe obniżenie chloremji odbywa się tu już wyłącznie kosztem chloru osocza. Poziom chloru w krwinkach utrzymuje się na jednym poziomie (a nawet nieznacznie wzrasta z 1.28 na 1.31 gr. na litr). Wskutek tego wskaźnik chlorowy krwinek, (stosunek stężenia chloru w krwinkach do stężenia chloru w osoczu) wzrósł z poprzedniej liczby 0.46 na 0.51. W pracy naszej poprzedniej, dotyczącej badań nad zależnością rozmieszczenia chloru we krwi od stanu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju²¹⁾, doszliśmy do wniosku, że przesunięcie chloru z osocza do krwinek, a więc zwiększenie wskaźnika chlorowego krwinek jest odbiciem stanu kwasowego, a śledzenie wskaźnika tego pozwala czasem na ocenę stanu kwasowego. W przypadku powyższym wskaźnik chlorowy wzrósł z poprzedniej liczby 0.46 na 0.51. Dowodzić to mogło przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej ustroju w kierunku kwasowym.

Rzeczywiście, powtórne oznaczenie zasobu zasad osocza wykazało, że rezerwa alkaliczna opadła z liczby poprzedniej 65.2 na 23.6 obj. $\text{CO}_2\%$. Liczba powyższa, ze względu na niemożność przyjęcia stanu alkalozy gazowej, świadczyła o istnieniu wybitnej kwasicy niegazowej*). Prócz tego klinicznym objawem kwasicy był tu jaknajtypowszy oddech kwasicy Kussmaula, który, zjawiwszy się na kilka godzin przed śmiercią, utrzymywał się aż do chwili zejścia śmiertelnego.

Jednocześnie ze zjawieniem się kwasicy poziom azotu niebiałkowego zwiększył się znacznie. Mocznik z liczby poprzedniej 0.48 gr. zwiększył się do liczby 1.28 gr. na litr, a kwas moczowy wzrósł z 41.4 mgr. na 96.8 mgr. na litr. Tak więc, o ile przed wystąpieniem niedrożności całkowitej zespół humoralny cechował się jedynie wybitną

²¹⁾ A. Landau, J. Glas i St. Kaminer, Warsz. Czas. Lek., Nr. Nr. 11, 12, 13, 14 z r. 1929.

*) O alkalozy gazowej, która zjawia się nieraz w przebiegu ostrego odoskrzelowego zapalenia płuc, nie można tu było myśleć ze względu na to, że brak tu było obok niskiego zasobu zasad dwu jej kardynalnych objawów: hiperwentylacji płucnej i zasadowego moczu. Odwrotnie, mocz był stale kwaśny, a typ oddychania był wybitnie kwasicy (oddech Kussmaula).

hipochloremją przy braku objawów, świadczących o zaburzeniu równowagi kwasowo-zasadowej i azotowej, to z chwilą wystąpienia całkowitej niedrożności zjawiał się wielce charakterystyczny zespół serologiczny, na który składa się, prócz postępującej hipochloremji, kwasica niegazowa i azotemja. Co było przyczyną tego?

Odrzucić należy przedewszystkiem dwa tłumaczenia, które w przypadku powyższym nie mogą wchodzić w rachubę, a mianowicie: 1) kwasicę głodową i 2) kwasicę wątrobową. O ile chodzi o kwasicę głodową, która wystąpić może nieraz w przebiegu niedrożności jelitowej wysokiej, jak to opisali A. Landau i J. Glass w II-em doniesieniu²²⁾, to przedewszystkiem nie było tu dla niej bezpośredniego mechanicznego powodu, ze względu na to, że zwężenie znajdowało się bardzo nisko, w okolicy zagięcia śledzionowego okrężnicy. Wprawdzie chory był wielce wyniszczony, jednak to samo wyniszczenie istniało już i za pierwszym badaniem, wykonanem 6 dni przedtem, a mimo to zespołu tego nie stwierdzono wówczas. Poza tem kwasica głodowa cechuje się brakiem zaburzeń w poziomie azotemji oraz ketonurją, której u chorego naszego nie stwierdziliśmy.

Co do kwasicy wątrobowej, to powiedzieć można, że chociaż na autopsji stwierdzono zmiany mięszone wątroby, a więc podłoże anatomiczne, nasuwające przypuszczenie powyższej koncepcji, to jednak istnieje szereg punktów, które zmuszają do odrzucenia tej możliwości. Przedewszystkiem kwasica wątrobową jest ketozą, cechuje się więc wydalaniem ciała acetonowych w moczu.⁴ Przypadek kwasicy, opisany przez Magnusa i Levyego²⁴⁾ w przebiegu przewlekłej niedrożności jelitowej był ketozą. Zjawiska tego tu nie stwierdziliśmy. Po drugie ketoza wątrobową, jak to podaje M. Labbé²³⁾ zwykle nie idzie w parze ze zmniejszeniem tak znacznem rezerwy alkalicznej.

To też przyczyny zespołu tego szukać należy gdzieindziej.

Jak to pisaliśmy już wyżej, w przebiegu niedrożności jelitowej rozwija się stan proteolizy tkankowej. Wskutek toksemji, której punktem wyjścia jest przewód pokarmowy, przechodzi do rozpadu ciała białkowych. Wyrazem tego będzie podniesienie poziomu azotu niebiałkowego we krwi. Poza tem przy rozpadzie tkankowym wytworzyć się mogą kwaśne produkty anabolizy komórkowej, co powodować może stan kwasicowy i pociągnąć za sobą obniżenie zasobu zasad osocza. Tak więc wskutek proteolizy tkankowej powstać może zespół kwasicy azotemicznej, podobny do zespołu, któryśmy spostrzegali w naszym przypadku. Przypuszczalnie czynnik ten mógł tu wchodzić w rachubę z chwilą wystąpienia niedrożności całkowitej.

Prócz mechanizmu powyższego myśleć tu jednak należy jeszcze o innym czynniku a mianowicie, o niedomocy nerkowej. Niewydolność nerkowa powodować może stan kwasicowy, przebie-

gający z jednoczesną hiperazotemją, to też na czynnik powyższy zwrócić tu należy baczną uwagę.

Badanie moczu, wykonane przed wystąpieniem całkowitej niedrożności jelitowej, wykazało stosunki zupełnie prawidłowe. Brak wszelkich składników patologicznych w moczu wraz z prawidłowym poziomem azotu niebiałkowego i zasobem zasad osocza świadczyły o tem, że w owym okresie nie mieliśmy tu do czynienia jeszcze z niedomogą nerkową. Jednakże z chwilą zjawienia się całkowitej niedrożności jelitowej zjawiał się nagle bezmocz, kompletna anurja. Trwała ona prawie bez przerwy przez 4 dni aż do chwili zgonu. Badanie ponowne, które wykazało stan kwasicy azotemicznej, wykonane było po dwu dniach zupełnego bezmocz.

Jest to spostrzeżenie wielce ciekawe: z chwilą, kiedy rozwinał się stan niedrożności całkowitej, jednocześnie zjawiała się czynnościowa niedomoga nerek, które jeszcze na kilka dni przedtem były zupełnie sprawne, niedomoga tak wybitna, że aż prowadząca do zupełnego bezmocz. Otóż w przebiegu wysokiej niedrożności jelitowej zespoły niedomogi nerkowej, wywołane uszkodzeniem toksycznym mięszu nerkowego, są znane. Hartwell, Hogue i Beckmann opisali uszkodzenie nabłonka nerkowego u zwierząt, u których wywołano doświadczalnie wysoką niedrożność jelitową. Badaniom czynnościowym zaburzeń nerkowych w przebiegu doświadczalnej niedrożności dwunastnicy lub jelita krętego poświęcony jest szereg prac autorów amerykańskich (Cooke, Rodenbach, Whipple²⁵⁾ i inni). W badaniach tych stwierdzono podniesienie poziomu mocznika we krwi, upośledzenie próby fenol-sulfo-ftaleinowej i t. d. Wreszcie badania, wykonane w klinice braci Mayo w Rochester przez Browna, Eustermana, Hartmana i Rowntreego,²⁶⁾ wykazały, że w przebiegu niedrożności odźwiernika lub dwunastnicy powstają pewne zmiany w mięszu nerkowym, które są podłożem ich niedomogi. Mimo, że autorzy ci nazywają zmiany powyższe „acute toxic nephritis”, to jednak zaledwie w jednym przypadku zmiany były zapalne i tyczyły się kłębuszków nerkowych. Pozostałe przypadki sprowadzały się do toksycznych zmian mięszonej, podobnych nieco do zmian, wywołanych zatruciem sublimatem. Przyczyna ich leży w toksemji, wywołanej produktami rozpadu białkowego.

Chociaż w przypadku naszym badanie histopatologiczne nie mogło być, niestety, wykonane, to jednak makroskopowo nerka wykazywała jedynie zmiany mięszone. Nasuwa się tu więc wielka analogja do nerki, którą autorzy amerykańscy opisują w przypadkach wysokiej niedrożności jelitowej, i do zespołu niedomogi nerkowej, spotykanej w tem schorzeniu.

Jednakże, o ile nam wiadomo, w przypadkach tamtych nie dochodziło do bezmocz, tak jak to miało miejsce u nas. Poza tem istnieje tu jeszcze jedna zasadnicza różnica. Podczas gdy w zespołach niedrożności wysokiej stwierdza się obok hi-

²²⁾ A. Landau, J. Glass Polska Gaz. Lek., Nr. 35. 1928.

²³⁾ cyt. M. Labbé.

²⁴⁾ M. Labbé i F. Népveux, Acidose et alcalose, Masson, 1928.

²⁵⁾ Cooke, Rodenbach i Whipple. Journ. of exp. Med., vol. XXIII, juny 1916.

²⁶⁾ Brown, Eusterman, Hartman i Rowntree, Arch. of Int. Med. september 1923.

pochłoremji i azotemji alkalozę niegazową z wysokim zasobem zasad osocza, to w przypadku naszym niedrożności jelitowej niskiej, stwierdzono obok hipochloremji typową kwasicę niegazową azotemiczną z oddechem Kussmaula.

Mechanizm powstania zespołu tego wyobrazić sobie należy ostatecznie w sposób następujący. Z chwilą zjawienia się całkowitej niedrożności jelitowej wywiązał się stan samozatrucia ustrojowego. Wskutek proteolizy ustrojowej miąższ nerkowy zostaje uszkodzony, rozwija się niedomoga czynnościowa nerek, bezmocz, zatrzymanie produktów rozpadu białkowego i kwaśnych anabolitów tkanekowych. Powstaje wskutek tego kwasica azotemiczna, która znajduje swój wyraz w zmniejszeniu znacznym zasobu zasad osocza i podniesieniu poziomu azotu niebiałkowego we krwi.

Jaką część zespołu tego położyć należy na karb bezpośredniego rozpadu białkowego, a jaką część na karb niemożności wydalenia przez uszkodzone nerki owych produktów rozpadu — oczywiście rozstrzygnąć nie możemy.

Jeżeli chodzi więc wreszcie o bezpośrednią przyczynę zjawienia się śmiertelnego w przypadku powyższym, to zależało ono zapewne z jednej strony od powikłania tej sprawy przez odoskrzelowe zapalenie płuc, z drugiej zaś strony niewątpliwie od nasilającej się kwasicy azotemicznej. Świadczyło o tem również zjawienie się na kilka godzin przed śmiercią typowego kwasicowego oddechu Kussmaula.

Wreszcie jeszcze jedno. Nowsze badania Bluma, Grabara i v. Caulerta²⁷⁾ wprowadzają pojęcie zw. azotemji wyrównawczej. W stanach chorobowych, w których dochodzi do zubożenia ustroju w chlor i hipochloremji, nastąpić może, zdaniem

²⁷⁾ Blum, Grabara i v. Caulert, Annales de Medicine, Janvier 1929 i Presse médicale Nr. 6. 1929.

tych autorów, zastępcze zatrzymanie azotu we krwi celem utrzymania ciśnienia osmotycznego krwi na jednym poziomie, a więc celem utrzymania izoosmji. Próba wytlomaczenia azotemji w przypadku naszym w sposób powyższy jest nie do przyjęcia. Przedewszystkiem za pierwszym już badaniem, przed wystąpieniem niedrożności całkowitej, poziom chloru we krwi był obniżony wybitnie (2.20 we krwi całkowitej, 2.80 w osoczu i 1.28 w krwinkach gr. na litr). Mimo to poziom mocznika i kw. moczowego znajdował się jeszcze na górnym poziomie normy. Gdyby tu azotemja wyrównawcza miała mieć miejsce, to już za pierwszym tem badaniem, przy tak wybitnej hipochloremji, powinna była nastąpić retencja azotu we krwi. Tymczasem dopiero z wystąpieniem całkowitej niedrożności jelitowej i niedomogi nerkowej, objawiającej się bezmoczem, przy nieznacznie tylko niższym, niż poprzednio, poziomie chloru we krwi (1.99 we krwi całkowitej, 2.59 w osoczu i 1.31 w krwinkach gr. na litr) — dopiero nastąpiło zatrzymanie azotu. To też przypadek ten świadczy jednocześnie o tem, że jeżeli istnieje rzeczywiście azotemja wyrównawcza, to w każdym razie do jej powstania nieodzowne są jeszcze i inne czynniki np. toksyczne upośledzenie czynności nerkowej. Zresztą, już i sam Blum przyznaje ostatnio, że czynnik nerkowy (zależny wg. niego od zaburzeń w równowadze sodowo-chlorowej) ma tu również znaczenie, sprowadza on go jednak raczej do momentu drugorzędowego.

Przypadek nasz, jak widać z rozważań powyższych, nasuwa szereg momentów ważnych dla zrozumienia mechanizmu zejścia śmiertelnego w przebiegu niedrożności jelitowej niskiej. Ciekawy jest on również ze względu na zespół wybitnej niedomogi nerkowej, który mu towarzyszył, oraz ze względu na swój charakterystyczny zespół humoralny, który odbiega od typu, spotykanego w przebiegu niedrożności jelitowej wysokiej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

Geneza i Technika Metody Psychanalizy.

Podał

A. DRYJSKI (Poznań).

§ 1. Poprzednicy Freuda.

Punktem wyjścia psychanalizy były obserwacje nad somnambulizmem samorzutnym i sztucznym, czyli hipnozą. Już w końcu 18-go stulecia dokonano w tej dziedzinie wielu cennych spostrzeżeń, które w wieku 19-ym zostały potwierdzone i uzupełnione nowymi.

Odkrycia powyższe umożliwiły powstanie metody katarsycznej Breuera, a w następstwie psychanalizy Freuda.

Ważniejsze z nich dotyczyły: 1) zachowania się

jednostki w somnambulizmie; 2) pamięci w tym stanie; 3) znikania objawów chorobowych w hipnozie; 4) działania sugestji pohiponotycznych; 5) rozszczepienia psychiki na sferę świadomą i bezwiedną (kryptopsychikę, podświadomość).

Punkty te rozpatrzę w porządku zaznaczonym.

1. Uczeń Mesmery, Puységur, ostrzegł w 1784 r., że uśpiony¹⁾ przez niego osobnik może chodzić, rozmawiać, wykonywać różne czynności i t. p. Zauważył on jednocześnie, że magnetyzer posiada władzę nad myślami, uczuciami (w sensie ich potęgowania lub osłabiania), a poniekąd i wolą śpią-

¹⁾ Mowa jest o śnie magnetycznym, nazwanym później hipnozą (Braid).

cego²⁾), dzięki czemu ma możność kierowania temi procesami zgodnie z potrzebą chwili. W liście jego do Société de l'Harmonie (8 maja 1784 r.) znajdujemy p o r a z p i e r w s z y p r ó b ę w y z y s k a n i a w z r u s z e n i o w y c h, wywołanych drogą sugestji we śnie magnetycznym — dla celów terapeutycznych.

Inny badacz, B e r t r a n d, opisał w swej słynnej pracy — *Traité du somnambulisme et des différentes modifications, qu'il présente*¹⁾ — zmiany woli, stanów wzruszeniowych i wogóle świadomości, jakie mogą zachodzić pod wpływem zabiegów magnetycznych, a nadto uwzględnił różne metody i wyniki lecznicze, otrzymane tym sposobem.

2. Zmiany pamięci w sensie jej zaostrożenia były obserwowane w somnambulizmie także przez P u y s é g u r a. Osobnik, powiada on, pamięta wtedy rzeczy, o których na jawie już dawno zapomniał. Śpiący, mówi nieco później D e l e u z e²⁾), umie mnóstwo rzeczy, i przypomina sobie wiele przeżyć, całkiem w pamięci zatartych. Ponieważ posiada on jednocześnie wielką łatwość kojarzenia i wyciągania wniosków, wskazówek, jakie daje, mogą mieć duże znaczenie praktyczne i lecznicze. W 1817 r. pisał H u f f e l a n d³⁾ (prof. na wydziale medycznym uniw. Berlińskiego), że w duszy naszej drzemie mnóstwo wspomnień, uczuć, wyobrażeń, które w stanie czuwania są nam całkiem nieświadome⁴⁾. Dopiero pod wpływem różnych chorób (np. gorączki), we śnie zwykłym, a przede wszystkim magnetycznym, odzyskują one siłę i stają się świadome.

Właściwość powyższa pamięci była znana niemal wszystkim magnetyzerom. Wyzyska ją później Piotr J a n e t⁵⁾ do odnajdywania w hipnozie nieświadomych wspomnień traumatycznych („idées fixes subconscientes“, „souvenirs subconscients“) i niezależnie od niego B r e u e r, a następnie F r e u d.

²⁾ D e l e u z e podaje nawet, jako cechę charakterystyczną somnambulika, „qu'il est s o u m i s c o m p l è t e m e n t (podkr. m.) à l'influence de celui qui magnétise“. Instruction pratique sur le magnétisme animal. Paris 1825. Cyt. według wyd. 2-go (1853) str. 85.

¹⁾ Paris, 1823.

²⁾ Patrz jego Histoire critique du magnétisme. Paris, 1813.

³⁾ Journal der praktischen Heilkunde, Drittes Stück, März, Berlin. Autor ten wyjaśnia za pośrednictwem wrażeń i przeżyć nieświadomych wiele faktów z pozoru niewytłumaczonych i wprost cudownych.

⁴⁾ Nie była to rzecz nowa, gdyż już św. Augustyn (Wyznania, Rz. 8) mówił, że władze duszy posiadają zakres większy, niż świadomość, t. zn., że istnieją tereny psychiczne, do których świadomość przedostać się nie może.

⁵⁾ Janet, L'Automatisme psychologique. Paris, 1889, str. 436 — 440 (stronice są oznaczone według wyd. 9-go). W innym miejscu powiada on: „Il est étonnant de voir combien les sujets mis en somnambulisme retrouvent avec netteté et avec précision des souvenirs, des idées dont ils n'avaient aucune conscience pendant la veille. Ils expliquent très clairement alors idées qui les obsèdent et rendent compte par le menu de toutes les sensations, de toutes les images qui ont déterminé et qui déterminent encore les accidents“. L'État mental des hystériques. Paris, wyd. 2-gie, 1911, str. 241.

Myers, którego badania nad „świadomością subliminalną“ przyczyniły się w tak znacznym stopniu do rozwikłania wielu zagadnień kryptopsychiki, odróżniał 3 rodzaje takich wspomnień „podświadomych“: wspomnienia, a) pochodzące z przeżyć świadomych, lecz zapomnianych, b) z doznań, które nigdy świadome nie były, c) z „rozumowania podprogowego“. Są to mianowicie „dedukcje“, „wnioski subliminalne“, wyprowadzone z doznań, poprzednio otrzymanych. Autor ten wykazał jednocześnie, że sny zapomniane mogą być odtworzone w hipnozie, i, naodwrot, że przeżycia hipnotyczne przypominają się często we śnie zwykłym¹⁾.

Spotęgowanie pamięci we śnie zwykłym było znane od czasów niepamiętnych. Liczne przykłady tego rodzaju można znaleźć np. u Karola d u P r e l a w jego „Die Philosophie der Mystik“²⁾.

Uważam za konieczne zaznaczyć jeszcze tutaj, że magnetyzerzy — później B r a i d, B e r n h e i m, a za nimi F r e u d, — aby otrzymać pożądane hipermneze, dotykali zwykle ręką swoją czoła, głowy lub innych części ciała osoby zahipnotyzowanej (sugestia dotykowa).

3. Osobnik, znajdujący się w hipnozie, nie tylko przypomina sobie przeżycia, dawno zapomniane, ale także chętnie o nich mówi. Somnambulicy, powiada J a n e t, doznają dziwnej potrzeby spowiadania się, odczuwają dużą przyjemność, gdy mówią o swoich idées fixes podświadomych³⁾. Tę skłonność do wywnętrzenia się we śnie „świętym“ umieli wykorzystać w celach terapeutycznych (i innych...) kapłani starożytni, ponieważ chorzy podawali jednocześnie różne środki lecznicze, niekiedy bardzo skuteczne. U magnetyzerów znajdujemy bardzo dużo przykładów djaгноzy i sposobów leczenia, otrzymywanych tą drogą. Wiedzano też, że o ile osobnik zostanie wprowadzony w stan hipnozy o głębokości dostatecznej, niektóre objawy chorobowe znikają samorzutnie⁴⁾. Okoliczność powyższa w różnych przypadkach poszczególnych ma miejsce zarówno podczas hipnozy, jak i po obudzeniu z niej. B r e u e r, jak zobaczymy później, spostrzegł to samo i swoją metodę katartryczną oparł na tej właściwości hipnozy.

4. Sugestje pohipnotyczne umiano wywoływać już około 1823 roku. Pisał o nich D e l e u z e, B e r t r a n d, a T e s t e sądził nawet, że za pomocą nich będzie można regulować życie moralne i fizyczne pacjentów, przyczyniając się tym sposobem do ich udoskonalenia¹⁾.

Ze sprawą sugestyj pohipnotycznych łączą się między innymi dwa interesujące zagadnienia: *pri-*

¹⁾ Myers F. W. H., The subliminal consciousness. Proceedings of the Society for Psychical Research. Vol. 7. p. 20, Vol. 8 p. 22 i 23, Vol. 9 p. 24, Vol. 11 p. 29 (1892 — 1895). Patrz także poprzednią jego pracę Automatic writing, tamże 1885.

²⁾ 1885. Wyd. 2-gie 1910 Leipzig, str. 302 i nast.

³⁾ Janet, Névroses et idées fixes. Paris 1898 t. I, str. 163.

⁴⁾ Despine (d'Aix), Emploi du magnétisme dans le traitement des maladies nerveuses, 1840, str. 145 i pas.; Général Noizet, Mémoires sur le somnambulisme 1854, str. 107.

¹⁾ Teste, Le magnétisme expliqué. Paris, 1845, str. 431 (cyt. według Janeta, Automatisme ps.).

mo (a) czy osobnik może sobie przypomnieć po obudzeniu nakazy otrzymane w hipnozie, *secundo* (b) charakter ich działania pohipnotycznego.

a. Problem pamiętania sugestyj pohipnotycznych poruszył pierwszy, jak mi się zdaje, Noizet, uczeń Farii i przyjaciel Bertranda. Badacz ten stwierdził eksperymentalnie, że somnambulicy, pomimo iż zwykle zapominają po obudzeniu o tem, co się z nimi działo we śnie magnetycznym, mogą sobie jednak przypomnieć owe doznania. Najprostszy eksperyment tego rodzaju polega na tem, że skierowujemy jego uwagę na ten lub inny szczegół, poczem budzimy go, zapytując, czy sobie czego nie przypomina. Wspomnienie występuje często pod postacią marzenia sennego, t. zn. że osobnikowi zdaje się, iż szczególnie wspomniany widział we śnie („il (t. j. osobnik) répond ordinairement, qu'il a rêvé..."). Bernheim²⁾ udoskonalił później ten eksperyment, tak bardzo płodny w następstwa dla techniki leczenia katartycznego.

b. Sugestyje, otrzymane w hipnozie, są ze względu na swe pochodzenie bezwiedne, nieświadome, a pomimo to w czasie, przez hipnotyzera oznaczonym, stają się impulsem do wykonania lub zaniechania określonych czynności. Popęd tego rodzaju, mówi Bertrand, powstaje w świadomości samorzutnie³⁾, i osobnik albo wcale nie zdaje sobie sprawy z motywów, które go skłaniają do danego postępu, albo, jak wykazały badania późniejsze, ocenia je błędnie. Procesy zatem, które faktycznie warunkują daną czynność pohipnotyczną, są nieświadome, a jednak mogą posiadać niekiedy bardzo duże nasilenie energetyczne. Tak np. skoro osobnikowi stanie coś na przeszkodzie w dążności do zrealizowania nakazu hipnotycznego, uczuwa on dziwny, niewytłumaczony przeżyciami świadomości lęk, niepokój, a w innych razach gwałtowny, niczem niepohamowany impuls do złamania owej przeszkody. Jeżeli sugestia była niedorzeczna, a przedewszystkiem niezgodna z wymogami religijnymi, etycznymi, osobnik może jej nie spełnić.

Głębsze wniknięcie w mechanizm sugestyj pohipnotycznych dało możność zrozumienia — Liébeault, Charcot, Janet, a w końcu Freud, — że i objawy historyczne są zewnętrznym wyrazem działania ukrytych, zepchniętych do podświadomości przeżyć psychicznych. Do głębszego zrozumienia tego faktu przyczyniły się także w stopniu bardzo znacznym eksperymenty nad wywoływaniem drogą sugestyj (w hipnozie lub na jawie) różnych bezwładów, znieczuleń (anestezje, analgezje), wezykacji i t. p. zaburzeń funkcjonalnych. Opisy tego rodzaju doświadczeń znajdujemy u Charpignona¹⁾, Ordinaire²⁾, du Poteta³⁾ i t. d. Tym sposobem przekonano się doświadczalnie, że wiele objawów chorobowych powstaje także pod wpływem auto-sugestyj. Opierając się na tych danych Durand

de Gros (dr. Philips) pisał około 1860 r., że „wpływ myśli na ciało może wywoływać symptomy, właściwe różnym chorobom a zarazem naśladować działanie wszelkich specyfików, czyli tem samem leczyć radykalnie choroby, bez pozostawiania szkodliwych następstw z działania samych lekarstw”.

Eksperymentalne uzasadnienie faktu, że każdy symptom historyczny pod tą samą postacią może być wywołany drogą sugestyj, należy się głównie szkole Nantejskiej (Liébeault, Bernheim).

5. Badania eksperymentalne nad rozszczepieniem świadomości (dysocjacja, dezagregacja) rozpoczął Moreau de Tours i wyniki swych poszukiwań ogłosił w pracy „Du haschich et de l'alienation mentale”¹⁾. Dysocjacja, mówi on, jest rozpadem złożonych tworów umysłowych na elementy składowe: jest ona izolacją, oddzieleniem od głównego prądu psychicznego poszczególnych wyobrażeń i molekuł duchowych (stąd *désagregation moleculaire de l'intelligence*), których jedność stanowi całość harmonijną. W różnych przypadkach, np. pod wpływem haszyszu rozszczepienie tego rodzaju może się stać prawdziwą dysolucją umysłu i innych władz duszy.

Istotę procesu dysocjacji rozumiano już w połowie XIX stulecia nawet w kołach niemedycznych, o czym świadczy chociażby wydana w tym czasie (beziemiennie) broszura p. t. „Seconde lettre de gros Jean à son évêque au sujet des tables parlantes, des possessions et autres diableries”. Znajdujemy w niej dosyć szczegółowy opis rozszczepień ps., wywołanych praktykami spirytystycznymi, przyczem autor stwierdza, że tym sposobem może powstać poza percepcją osobową, świadomością, drugi szereg ps., inna osobowość, niezależna pod wieloma względami od pierwszej. Uważam za słusne wspomnieć w tem miejscu, że niektórzy magnetyzerzy bardzo silnie podkreślali znaczenie ich eksperymentów dla psychologii. One to, powiada Durand de Gros, sprowadzając różne operacje duchowe do form prostszych, mniej skomplikowanych, umożliwiają badanie czynnościowania poszczególnych sprężyn myśli i odkrywają uzdolnienia, pozostające zwykle w ukryciu²⁾.

Naukę o dysocjacjach znajdujemy w ciągu dalszym u Liébeaulta, Dagoneta, Azama, Richeta, Charcota Janet i t. d. i t. d.³⁾

Jednym z ważniejszych czynników życiowych, wywołujących rozszczepienia ps., są, jak wiadomo, silne i przykre wzruszenia. Ich rolę potogeniczną rozumieli już: Baillarger, Moreau de Tours, Briquet, a Liébeault wręcz utrzymywał przed

¹⁾ Étude psychologique. Paris, Masson 1845 str. 36, 98, 123, 140 i pas. (O znaczeniu tej pracy można sądzić ze słów Janet, który powiada skromnie o sobie, że „nous souhaitons seulement par nos études sur la désagregation mentale et sur la persistance des idées à l'état subconscient, avoir contribué à préciser et à fortifier les théories du grand aliéniste psychologue”. Autom. str. 459).

²⁾ Durand de Gros, Cours théorique et pratique de braidisme ou hypnotisme nerveux, 1860 str. 169 (cyt. wedł. Janeta, Autom.).

³⁾ Szereg ciekawych spostrzeżeń i przykładów, dotyczących dysocjacji, szczególnie w związku z pismem automatycznym, znajdujemy u Littrégo (Philosophie positive, 1878), Tainea (De l'intelligence 1876. Wstęp), Myersa (dzieła cyt.) i innych.

²⁾ Patrz niżej o Bernheimie, eksperyment B.

³⁾ Bertrand, dzieło cyt., str. 199.

¹⁾ I. Charnignon. Physiologie, médecine et métaphysique du magnétisme animal. Paris, Baillière 1848, str. 361, 366 i passim.

²⁾ Dr. Ordinaire, Journal du magnétisme 1850. Discours, str. 120, 127 (Cyt. według Janeta).

³⁾ Du Potet, Traité complet de magnétisme animal. Paris, Alcan 7^{me} édit. str. 252.

Charcotem i Janetem, że nerwice, a specjalnie objawy histeryczne powstają pod wpływem silnie zabarwionych wzruszeniowo wyobrażeń. Dodaje on przytem, że w leczeniu tych chorób sugestją należy znowu powołać do pomocy czynnik wzruszeniowy. Wyleczenie wtedy nastąpi szybciej i będzie posiadało pozostawił („souvenirs traumatiques”).

Znaczenie wzruszeń w ewolucji objawów histerycznych podkreślał bardzo silnie Charcot (od 1884 roku) w swych wykładach „Sur les accidents traumatiques des hystériques”). Autor ten starał się jednocześnie wykazać, że wzruszenie chwilowe, spowodowane jakimś wypadkiem przykrym („nervous shock” Anglików, trauma, uraz) nie jest jedyną — pomijając w tej chwili konstytucję — przyczyną symptomów wspomnianych, lecz że bardzo ważną rolę odgrywają w danym razie i wspomnienia, jakie dany uraz pozostawił („souvenirs traumatiques”).

Pogląd na doniosłe znaczenie tych wspomnień rozwijał w ciągu dalszym (od 1886 r.) Janet. Analizując różne wypadki, przekonał się on wkrótce, że tego rodzaju wspomnienia, i to najważniejsze, mogą ulegać zupełnemu zapomnieniu („souvenirs subconscients”, „idées fixes subconscientes”). Istnienie ich, pomimo, że nie wchodzi już w skład percepcji osobowej (a więc nie mogą się uświadomić) można jednak wykazać z całą pewnością metodami klinicznymi i eksperymentalnymi: objawiają się one mianowicie podczas ataków histerycznych, w marzeniach sennych, somnambulizmie, halucynacjach, zapomocą pisma automatycznego, różnych czynności, wykonywanych pod wpływem roztargnienia i t. p. Sprawa, mówi Janet, tak się przedstawia, jak gdyby system zjawisk duchowych, tworzących u wszystkich ludzi percepcję osobową, ulegał w histerji rozszczepieniu i tworzył dwie albo więcej grup psychicznych, istniejących współrzędnie, lecz połowicznie, porywających sobie wzajemnie wrażenia, wyobrażenia, a wskutek tego i czynności ruchowe, które normalnie powinny być uzależnione od osobowości głównej¹⁾. Ta druga, podświadoma psychika (względnie osobowość), kryjąca się poza pierwszą, korzysta z każdej okazji, żeby wyjść na jaw i zadokumentować swoją egzystencję. Staje się ona tem silniejsza, im słabsza jest pierwsza, a

¹⁾ Liébeault, Du Sommeil et des États analogues. Paris, Masson 1866 str. 293 — 344. Należy czytać wydanie pierwsze tej pracy, gdyż drugie, pisane w głębokiej starości jest znacznie gorsze. Cytowane według Forela (Der Hypnotismus oder die Suggestion u. Psychotheraphie 1919. Stuttgart, str. 219 — 221), który powiada, że źródło psychanalizy należy szukać „in der Suggestionslehre von Liébeault”. Patrz także Liébeault, Thérapeutique suggestive. Paris, Doin, 1891 str. 49).

²⁾ Punktem wyjścia badań psychologicznych nad histerją była praca Briqueta — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1859. Charcot mówił wprawdzie: „Il faut bien que l'on sache, que l'hystérie est une maladie psychique d'une façon absolue” (Leçons du mardi I 207. Cyt. według Janeta), lecz za najważniejszą przyczynę histerji uważał zwyrodnienie, konstytucję neuropatyczną. Inne momenty etiologiczne odgrywały w danym razie rolę przyczyn ubocznych, wywołujących („agens provocateurs”).

³⁾ Janet, Automatisme str. 364, 366 i passim., Les Névroses et Idées... I, str. 178.

w związku z tem i podświadome wspomnienie traumatyczne otrzymuje tem większą siłę, im bardziej jest izolowane od reszty procesów świadomości²⁾. Rozwija się ono wtedy autonomicznie, poza jej kontrolą, tworząc całą gamę zaburzeń funkcjonalnych zarówno w sferze ducha, jak i ciała. Zmieniając powyższe wspomnienia podświadome zapomocą np. sugestji hipnotycznej, stwierdzamy modyfikację albo zupełny zanik odpowiadających im symptomów.

Cechą istotną histerji jest właśnie dyspozycja do rozszczepień psychicznych. Fakt ten pokreślił bardzo silnie: Piotr Janet, Jules Janet, Laurent, Fr. W. Myers, a w końcu Freud.

W r. 1890 pisał W. James, że największym wydarzeniem psychologii było odkrycie poza świadomością innej, bezwiednej psychiki, zwanej różnie — podświadomością, kryptopsychiką, albo poprostu nieświadomością. Istnienie jej przeczuwali już dawno różni filozofowie: św. Augustyn, scholastycy, Leibniz, Herbart, Schelling i jego szkoła (Novalis, Schubert, Burdach, Carus), Schopenhauer i t. d., i t. d. Systematyczne jednak badania w tym kierunku, oparte na danych klinicznych i eksperymentalnych, rozpoczynają się dopiero na początku XIX w. Niemalą zasługę dla głębszego poznania tego problemu położyli także spirytyści³⁾.

Zagadnienie psychiki utajonej rozwijało się od samego początku w 3 różnych kierunkach. Pierwszy nazwałbym chętnie mistyczno-filozoficznym, gdyż oprócz koncepcji filozoficznych zawierał często domysły (oparte na interpretacji faktów spirytystycznych, mediumicznych lub klinicznych) na temat życia zagrobowego duszy i takich jej właściwości, jak np. jasnowidzenie, telepatja i t. p. Do tej kategorii należą prace E. Hartmanna, Delboeufa i Myersa, że wyliczę tylko najgłówniejszych.

Kierunek drugi jest ściśle fizjologiczny, t. zn. że wszystkie przejawy „podświadomości”, nawet tak bardzo uderzające, jak np. twórczość podświadoma, sprowadza się do „cerebracji bezwiednej”, innemi słowy, do zwykłych procesów fizjologicznych, zachodzących w korze mózgowej. Odcień ten posiadał oddawna bardzo wybitnych przedstawicieli — Despine, Laycock, Carpenter, Ribot, Münsterberg, Pierce i t. d.

Do trzeciej kategorii należą ci uczeni, którzy interpretują różne skomplikowane procesy nieświadome w sensie psychologicznym. Są to mianowicie: Richet, Janet, Binet, Morton Prince, Bergson, Grasset, Abramowski i inni.

Kiedy Freud przygotowywał swoje pierwsze prace, nauka o nieświadomem życiu ps. stała już na bardzo wysokim poziomie. Niewątpliwy wpływ na nie-

²⁾ „La puissance de semblables idées dépend de leur isolement; elles grandissent, s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite et ne peuvent être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première”. Janet, État... str. 419, Charcot, Maladies du système nerveux. III p. 455.

³⁾ Janet tak powiada w tej sprawie: „Il faut le reconnaître, ce sont les adeptes d'une des plus curieuses superstitions de notre époque, les spirites, qui, en faisant tourner les tables vers 1850 et en interrogeant les esprits, ont le plus attiré attention (p. m.) sur les phénomènes inconscients”. Automatisme p. str. 227.

które jego poglądy w danym zakresie wywarli Schopenhauer²⁾, E. Hartmann³⁾ i oczywiście psy-

²⁾ Schopenhauer, Die Welt als Wille und Vorstellung, 1819. Leipzig.

³⁾ E. Hartmann, Philosophie des Unbewussten. 1868.

chopatologowie francuscy. Cechą, która wyróżnia jego teorię nieświadomości, jest jej charakter seksualny. Wszystkie inne pierwiastki można znaleźć u badaczy poprzednich.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

A. SCHWARTZ. Badania nad pobudliwością ośrodka wymiotnego u zwierząt uśpionych. Działanie pobudzające apomorfiny wstrzykniętej jednocześnie z kardjazolem. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 21 — 1928).

W przypadkach otrucia środkami nasennymi słabo rozpuszczalnymi, jak np. weronalem zażytych w postaci tabletek, wchłanianie trucizny jest powolne, i może się zdarzyć, że znaczna jej ilość pozostaje stosunkowo długo w żołądku; zachodzi wówczas wskazanie do możliwie jaknajszybszego wydobywania resztek trucizny z żołądka. Przepłukiwanie żołądka okazuje się w tych warunkach zwykle mało skuteczne, gdyż tabletki nie przechodzą przez sondę. Należy wówczas koniecznie spowodować wymioty.

O ile jednak wchłonięta już ilość trucizny okazała się dostateczna dla doprowadzenia do uśpienia, ośrodek wymiotny staje się odporny na działanie środków wymiotnych i nawet najmocniejszy z pośród nich — apomorfiną — nie jest w stanie go pobudzić do wymiotów. Celem badań autora było poszukiwanie leku, któryby mógł choćby chwilowo przywrócić uśpionemu ośrodkowi wymiotnemu jego zwykłą pobudliwość. Znaleźnienie takiego środka miałoby duże znaczenie w ratownictwie odpowiednich przypadków. Autor poddawał psy, uśpione weronalem, jednoczesnemu działaniu apomorfiny i różnych środków pobudzających układ nerwowy. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności już pierwszy z przeznaczonych do badania środków, a mianowicie kardjazol, dał wyniki tak doskonałe, że sprawę można uważać za pomyślnie rozstrzygniętą.

Jako przykład doskonałego działania wymiotnego połączenia apomorfiny z kardjazolem autor przytacza opis następującego doświadczenia: psu wstrzykuje się dożylnie trującą dawkę medinalu (sól sodowa weronalu), bardzo bliską dawki śmiertelnej. Zwierzę jest głęboko uśpione; odruchy rogówkowe zniesione. Następnie wstrzykuje się kardjazol, a potem apomorfinę. Po upływie 3 minut pies, ciągle jeszcze głęboko uśpiony, dostaje nagle gwałtownych skurczów mięśni brzusznych i wymiotuje całkowitą zawartość żołądka. Potem nic się w jego stanie nie zmienia. Po 24 godzinach pies budzi się i szybko przychodzi do siebie.

Wstrzyknięcie samej apomorfiny bez kardjazolu nie doprowadza psa uśpionego do wymiotów; następne jednak wstrzyknięcie kardjazolu również wywołuje szybko wymioty.

Doświadczenia te dowodzą możliwości pobudzenia ośrodka wymiotnego głęboko uśpionego psa przy pomocy jednoczesnego wstrzyknięcia apomorfiny i kardjazolu bez żadnej szkody dla zwierzęcia. Powyższy sposób postępowania nadaje się według autora do stosowania u ludzi dla ratowania ich po otruciu środkami nasennymi, zażytemi w postaci mało rozpuszczalnych tabletek.

J. Typograf.

P. GOVAERTS. Czy diureza nowazurołowa jest pochodzenia nerkowego czy tkankowego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 25 — 1928).

Pewne złożone organiczne związki rtęciowe, jak np. no-

wazuroł lub salirgan, powodują w kilka godzin po ich dożylnem lub domięśniowem wstrzyknięciu bardzo obfitą diurezę. Mocz, wydzielony w tych warunkach, jest bledy, zawiera mało mocznika, dużo natomiast chlorków. Powód tego działania farmakodynamicznego był przedmiotem licznych badań, które dały wyniki różne u różnych autorów: jedni uważali, że działanie leku dotyczy wyłącznie nerek, inni byli zdania wprost przeciwnego, że nowazuroł wpływa pierwotnie na tkanki i dopiero wtórnie, zmieniając skład krwi, działa na nerki.

Autor pierwszy przystąpił do doświadczalnego rozstrzygnięcia tej sprawy i wykonał dwie grupy doświadczeń z przeszczepianiem nerek, które istotnie pozwoliły na ostateczne wyjaśnienie zagadnienia. W pierwszej grupie doświadczeń autor usuwał psu, będącemu pod wpływem działania nowazurołu, obie nerki i przeszczepiał je na szyję psa normalnego, posiadającego w ten sposób 4 nerki. Przez nerki te różnego pochodzenia przepływała więc ta sama krew normalna, różniły się one jedynie tem, że nerki na szyi były nasycone nowazurołem, podczas gdy nerki własne psa pozostawały normalne. Dla kontroli autor wykonał jeszcze drugą grupę doświadczeń: w chwili dużej diurezy nowazurołowej przeszczepiał psu na szyję nerki, pochodzące od psa normalnego.

Wynik tych doświadczeń był bardzo przekonujący.

Przy przeszczepianiu na szyję psa normalnego nerek, pochodzących od psa z wielomoczem po nowazurołu, nerki te, choć odżywiane krwią normalną, nadal wydelały mocz bardzo obficie; ilość moczu wyciekającego z tych nerek przeszczepionych była 10 do 20 razy większa, niż z nerek własnych psa. Diureza zachowuje swe swoiste cechy ponowazurołowe w ciągu kilku godzin, bez tego jednak, aby udzieliła się z nerek przeszczepionych na nerki normalne. Jeżeli wstrzyknąć takiemu psu z 4 nerkami dożylnie roztwór fizjologiczny, wówczas wydzielanie z nerek na szyi powiększa się jeszcze bardziej i staje się wprost kolosalne, podczas gdy wydzielanie nerek własnych wzrasta jedynie w stopniu nieznacznym. Mocz pozatem, pochodzący z nerek przeszczepionych po zadziałaniu na nie nowazurołu, wyróżnia się ciągle niskim ciężarem gatunkowym, małą zawartością mocznika i dużą chlorków, podczas gdy w tej samej chwili mocz z nerek nietkniętych, choć przepływa przez nie ta sama krew, jest skąpy co do ilości, nasycony, zawiera o wiele więcej mocznika, a mniej chlorków.

W doświadczeniach, przeprowadzanych w warunkach wprost przeciwnych, t. zn. gdy podczas diurezy nowazurołowej przeszczepiano na szyję nerki psa normalnego, wydzielanie moczu przeszczepionych nerek pozostawało słabe, podczas gdy nerki własne psa wydelały mocz bardzo obficie.

Doświadczenia te wykazują w sposób przekonujący, że działanie nowazurołu polega głównie na jego wpływie na nerki. Jeżeli nawet nowazuroł wywiera na poziomie tkanek pewien wpływ, mogący wtórnie doprowadzić do wzmożenia diurezy, to działanie to może być jedynie dodatkowe, i działanie jego nie może się nawet porównywać z działaniem, jakie nowazuroł okazuje na miąższ nerkowy.

J. Typograf.

Choroby zakaźne.

MUHLENS. Wyniki stosowania leczniczego yatren 105 w przypadkach czerwonej amebowej i bakteryjnej (D. m. W. Nr. 2. 1929 r.)

Autor, współtwórca tej metody leczniczej, zestawia panujące obecnie w świecie lekarskim poglądy na leczenie czerwonej amebowej yatrenem 105 ze swoimi doświadczeniami w tym kierunku. Środek ten posiada działanie nie pomocnicze, lecz przyczynowe. Sposób leczenia należy uzależnić od umiejscowienia ropni np. w jelitach i stosownie do tego podawać yatren *per os* — (pigułki à 0.25 gr.) lub *per rectum* (1 — 2 — 3 gr. na 200 — 300 — 500 cm³. wody), bądź jednocześnie i *per os* i *per rectum*. Środek ten stosować można nie tylko w przypadkach sprawy przewlekłej lecz i ostrej, jak również w przypadkach wrzodziejącego zapalenia kiszki grubej, zapalenia błoniastego lub spastycznych stanów (*colitis ulcerosa, membranacea, spastica*). Biegunki, jakie powstawać mogą przy tym sposobie leczenia skutecznie zwalczą makowiec. Leczeniu poddawać należy także zdrowych nosicieli (prowokacja biegunek). Działanie swoje wywiera yatren 105 na roślinne postacie *amoeba histolytica* i jej torbiele, na postacie czerwonej, wywołane bakteriami Shiga-Kruse. Najmniej pewne skutki otrzymuje się w lambliazie i przy obecności pasorzytów *trichomonas*. Stosowanie emetyny poleca autor w przypadkach zaatakowania wątroby sprawą chorobową. Yatren 105 w dawce 10 — 12 gr. dziennie jest nietrujący. Przeprowadzenie kuracji wymaga 1.5 — 3.0 gr. dziennie *per os* lub *per rectum*.

S. Luxenburg.

H. S. REICHLE. Napadowe kichanie jako równoważnik kaszlu napadowego w krztuścu. (J. Am. Med. Ass. tom 92. Nr. 6, 1929).

W przebiegu krztuśca niekiedy widuje się napadowe kichanie, które jest ekwiwalentem kaszlu. Szczególnie zjawisko to ma znaczenie rozpoznawcze u małych dzieci, u których krztusiec może całkowicie przebiegać pod postacią kichania.

Napady są typowo drgawkowe, wywołują sinicę twarzy, wyczerpanie, i kończą się wydalaniem gęstego, lepkiego śluzu z nosa i przez usta tak samo, jak w napadach kaszlowych.

Napadom takim towarzyszą niekiedy „zanoszenia się”, nieżyt śluzówki nosa oraz wymioty.

Przypadki, opisane w piśmiennictwie, były dość ciężkie lecz nie śmiertelne.

B. G.

W. L. AYCOCK i in. O stosowaniu surowicy ozdrowieńców w leczeniu poliomyelitis. (J. Am. Med. Ass. Tom 92. Nr. 5, r. 1929).

W leczeniu *poliomyelitis acuta* ostatnio probowano stosować z powodzeniem surowicę ozdrowieńców.

Osobnik, który przebył raz zapalenie rogów przednich rdzenia, zostaje uodporniony na całe życie. Krew takiego człowieka czy małpy posiada wybitne własności uodporniające przeciw tej chorobie i może przeto być używana, do leczenia osób trzecich.

Należy jednak zaznaczyć, że krew osobników, którzy przebyli chorobę, a byli leczeni surowicą ozdrowieńców, własności leczniczych nie posiada.

Ze sposobów stosowania surowicy uodporniającej wymienić należy śródżylny oraz dordzeniowy, po uprzednim wypuszczeniu takiej samej ilości płynu rdzeniowego.

Śródżylnie można wprowadzać zarówno krew świeżą, wziętą wprost od chorego lub też przechowywaną, odpowiednio przygotowaną surowicę. Przy sposobie bezpośrednim należy przestrzegać wszystkich prawideł, przyjętych w technice transfuzji. W przypadku stosowania surowicy należy się uprzednio przekonać o jej mocy leczniczej.

B. G.

Gruźlica.

PAGEL. W sprawie anatomji patologicznej nacieku podobojczykowego (D. m. W. Nr. 10. 1929).

Spostrzegany klinicznie i sekcyjnie potwierdzony przypadek pozwolił ustalić wystąpienie nacieku podobojczykowego w przeciągu jednego roku u osoby 32-letniej.

Naciek niewątpliwie był w związku ze starymi zmianami bliznowatymi w szczytach.

Ta zależność, w pojęciu Loeschkego, chociaż została potwierdzona, nie jest koniecznością, gdyż znane są przypadki ognisk rozsianych w płucach, bez uprzednich zmian w szczytach; ogniska te były następnie punktem wyjścia dla wtórnych zmian w szczytach i innych częściach płuc.

St. Luxenburg.

J. W. FLINN. Obraz krwi w gruźlicy czynnej (An. Int. Med. tom 2. Nr. 7).

Według autora stosunek względny poszczególnych rodzajów białych ciałek krwi ma wybitne znaczenie rozpoznawcze i rokownicze.

Liczby bezwzględne tych ciałek są mniej ważne.

Zmniejszający się stosunek liczby monocytów do limfocytów, a wzrost stosunku limfocytów do neutrofilów wskazuje na rozszerzanie się sprawy gruźliczej. Odwrotne stosunki świadczą natomiast o poprawie.

B. G.

J. B. HAWES i E. FRIEDMAN. O znaczeniu rentgenogramów w gruźlicy gruczołów wnękowych (J. Am. Med. Ass. tom 92. Nr. 8. r. 1929).

Interpretacja rentgenogramów w gruźlicy gruczołów wnękowych jest dość trudna. Z jednej strony bowiem obrazy nie są dość charakterystyczne, zaś z drugiej strony sama interpretacja jest rozmaita w zależności od autora.

Według autora, nie powinno się stawiać rozpoznania na zasadzie samego tylko rentgenogramu. Obecność bowiem powiększonych gruczołów oskrzelowych bynajmniej nie dowodzi, że w nich odbywa się proces czynny, względnie, że jest to wogóle sprawa gruźlicza.

Obecność zwapnień czy zwapniałych gruczołów świadczy o sprawie zagojonej, względnie gojącej się. Chorzy tacy nie potrzebują leczenia szpitalnego. Częste powtarzanie zdjęć jest o tyle ważne, że wykazuje ono postęp sprawy chorobowej, względnie cofanie się jej.

Pozatem najważniejszym sprawdzianem natężenia procesu chorobowego jest przebieg kliniczny, który winien kierować lekarzem w przypadkach wątpliwych oraz w wyborze dzieci do kolonij letnich.

B. G.

SIHLE. Niewykorzystany objaw osłuchowy początkowej gruźlicy płuc (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 18).

Wobec tego, że gruźlica szczytów płuc jest okresem późnym choroby, i że rozwój ognisk swoistych w płucach osobników, u których stwierdza się tylko powiększenie gruczołów wnękowych (klinicznie oraz rentgenologicznie), jest bardzo szybki autor badał cały szereg odpowiednich przypadków w ułożeniu na boku. W ten sposób udaje się wykryć zmiany opukowe i osłuchowe, nie dające się ujawnić w żadnej innej pozycji, mianowicie, otrzymuje się na niżej położonej chorej stronie przytłumienie wypuku odpowiednich miejsc oraz zaostrenie oddechu, rżenia wilgotne, furczenia, świsty a nawet trzeszczenia, które znikają przy ułożeniu pacjenta na stronie zdrowej. Zjawiska te stwierdza się w górnej 1/3 śródpiersia na przedniej powierzchni klatki piersiowej oraz w dolnej 1/3 na powierzchni tylnej, co tłumaczy się szczególną podatnością ruchową tych okolic i zmianą ciśnienia w płucu, niżej położonym, a co za tem idzie — zmniejszoną powietrzną oraz utrudnieniem krą-

żenia, szczególnie żylnego, przyczem ruchy oddechowe płuca stają się wydawniejsze. Zmiany te potwierdza badanie rentgenologiczne. U osobników zdrowych zmiany ograniczają się przy ułożeniu bocznej do zmiany wypuku oraz zaostrenia oddechu. Badanie rozpocząć należy w parę minut po ułożeniu w rzecznej pozycji i pacjent winien oddychać głęboko, zwłaszcza dobrze i długo wydychać. Wymieniony objaw byłby b. ważny dla rokowania i leczenia (wzgl. odma).

St. Gleichgewichtowa.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

A. SEIFFERT — Podwiązanie tętnicy szczękowej wewnętrznej. (Z. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 22, z. 3).

W wielu przypadkach krwawienia z tętnicy szczękowej lub jej gałązek, jak np. w silnych krwotokach z nosa, podwiązuje się tętnicę szyjną zewnętrzną. Jednakże zabieg ten nie zawsze prowadzi do zupełnego zatrzymania krwawienia, ponieważ w układzie t. szyjnej istnieją liczne połączenia. Wobec tego wyłoniła się konieczność podwiązania t. szczękowej wewnętrznej jaknajbliżej źródła krwawienia. Łatwo tego dokonać, o ile się otworzy zatokę Highmora sposobem Caldwell-Luca, a następnie usunie się tylną kostną ścianę zatoki. Po przecięciu okostny i rozsunięciu na tępo tkanki tłuszczowej, znajdującej się w dole klinowo-podniebiennym, staje się widoczna t. szczękowa wewnętrzna wraz z rozgałęzieniami, którą można wtedy podwiązać.

Operacja ta nie jest związana z żadnymi niebezpieczeństwami, posiada zaś tę przewagę nad podwiązaniem t. szyjnej zewnętrznej, że nie pozostawia po sobie blizny.

Autor stosował ją nie tylko w gwałtownych krwotokach nosowych, ale również w ciężkich krwotokach pooperacyjnych oraz zapobiegawczo przed usuwaniem guzów krwawiących i zwoju klinowo-podniebiennego.

J. Tencer.

R. M. MENZEL — O leczeniu ropni przegrody nosowej. (Z. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 22, z. 4).

Autor posiada odmienną metodę postępowania w przypadkach ropni przegrody nosowej. Po znieczuleniu ropnia przeprowadza on cięcie długości ok. 2 cm. możliwie najbliżej otworu nosowego. Ropień zostaje opróżniony, poczem wprowadza się do powstałej jamy wziernik nosowy celem dokładnego jej obejrzenia. Następnie oczyszcza się dokładnie jamę ropną przy pomocy ostrej łyżeczki oraz usuwa się rozmiękłe części chrząstki, dochodząc aż do zdrowych tkanek. Jamę nosową tamponuje się mocno, jak po operacji usunięcia przegrody. Do jamy ropnia nie wprowadza się gazy. Po wyjęciu tamponów 3 — 4 dnia stwierdza się zazwyczaj, że ropień jest wygojony.

W pięciu przypadkach ropnia przegrody nosowej stosował autor powyższą metodę z wynikiem b. dobrym.

J. Tencer.

BIRKHOLC — Rentgenograficzne badania kontrolne nad działaniem zagiętej rurki Hartmanna w typowym ropieniu perlakowym ucha. (Z. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 22, z. 3).

Autor przeprowadzał badania nad przenikaniem płynów kontrastowych o różnej gęstości poprzez przedziurawienia przybrzeżne błony bębenkowej w przypadkach przewlekłego ropienia z ucha środkowego.

A. dochodzi do wniosku, że stosowanie przepłukiwań przy pomocy rurki Hartmanna w przypadkach ropienia kostnego nie może być uważane za celowe. Postępowanie tego rodzaju może posiadać znaczenie jedynie jako leczenie przygotowawcze przed wykonaniem większych zabiegów operacyjnych na kości skalistej.

J. Tencer.

O. MUCK — Traktowanie jam po opróżnionych ropniach mózgu. (Z. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 22, z. 4).

Rozpoznanie ropnia mózgu i opróżnienie go nie nastręcza naogół dużych trudności. Zazwyczaj decyduje o losie chorego postępowanie pooperacyjne.

Należy starać się o dokładne opróżnienie jamy ropnia z zawartości, usiłując zarazem wpłynąć na mniejsze wytwarzanie się ropy. Jamę ropnia należy codziennie przepłukiwać, przyczem chory w ciągu tygodnia po przebytej operacji winien stale przebywać w pozycji siedzącej.

Powietrze zewnętrzne musi mieć możliwość wnikania do jamy ropnia, co staje się możliwe po zastosowaniu odpowiedniego opatrunku, którego główną część składową stanowi pokrywa z gliny, posiadająca liczne otworki. Chory winien prócz tego w okresie pooperacyjnym wykonywać gimnastykę oddechową, co wywiera korzystny wpływ na odpływ ropy z rany.

Autor przytacza przypadek ropnia mózgu dużych rozmiarów, który został wygojony w ciągu tygodnia dzięki umiejętnemu postępowaniu pooperacyjnemu.

J. Tencer.

Choroby narządów trawienia.

O. JACOBSON. O stosowaniu methenaminy w kamicy żółciowej. (Arch. f. Verdauungskr. Tom 42, Nr. 4—5, 1928).

Badając działanie rozmaitych środków odkażających na drogi żółciowe, autor stwierdził, że methenamina jest bardzo silnym środkiem, dezynfekującym drogi żółciowe, szczególnie jeżeli chodzi o sprawy zapalne przewlekłe.

Methenamina jest skuteczna dopiero w dawkach dużych, a te, jak wykazały badania doświadczalne, działają trująco mianowicie, wywołują krwimocz.

Wobec tego podawanie methenaminy winno być krótkotrwałe i przy stałej kontroli moczu. Przy pierwszych oznakach podrażnienia nerek należy środek odstawić.

B. Goldstein.

E. FREUDE. Żołądek w znieczuleniu okołordzeniowym. (Arch. f. Verdauungskr. Tom 42, zes. 3, r. 1928.)

Na licznych materiałach (40 przypadków) autor stwierdził, że w przypadkach zupełnego przerwania czynności nerwów rdzeniowych napięcie żołądka wybitnie się obniża.

W przypadkach obustronnego przecięcia pojedynczego odcinka 7, 8, 9 pary korzonków następowało częściowe uwolnienie napięcia ściany żołądkowej, nie dorównujące spadkowi napięcia przy zupełnym przecięciu nerwów rdzeniowych.

Perystaltyka ustawała w odcinku, odpowiadającym przerwanym nerwom, lecz zato była wzmożona w odcinkach sąsiadujących.

Według autora we wrzodzie żołądka następuje zaburzenie równowagi międzyodcinkowej podobne do stanu, jaki powstaje po znieczuleniu.

B. Goldstein.

R. GREGOIRE i E. WEILL. O krwotokach żołądkowych zależnych od powiększenia śledziony. (Archives Mal. Digest. Nr. 5, r. 1928).

Autorzy podają 5 przypadków krwotoków żołądkowych na tle powiększenia śledziony.

Wnioskują z tego, że nie należy rozpoznawać nigdy krwawiącego wrzodu żołądka, dopóki nie stwierdzi się, że śledziona nie jest powiększona.

Powiększenie śledziony może dać krwotoki z żyłaków żołądka lub dolnego odcinka przełyku.

B. Goldstein.

W. ZWEIG. Zaburzenia żołądkowe w przebiegu innych cierpień. (Arch. f. Verd. Krank. Tom 42, zes. kwiecień 1928).

Autor opisuje 2 przypadki przebiegające pod postacią zaburzeń przewodów pokarmowych przy nieupośledzonej czynności żołądkowej.

Nudności, wymioty i t. p. objawy okazały się w jednym przypadku pochodzenia mózgowego (w przebiegu kiły mózgowej). W drugim przypadku okazał się perlak ucha środkowego.

B. Goldstein.

M. WEINBERG, A. PRÉVOT, I. DAVESNE i C. RENARD.
Badania nad bakterjologią i seroterapią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Ann. de l'inst. Pasteur r. 1928 n. 10)

Badania, mające na celu stwierdzenie flory bakteryjnej, spotykanej w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego, można podzielić na trzy okresy: w pierwszym okresie rolę czynnika chorobotwórczego przypisywano znajdującym w przewodzie pokarmowym tlenowcom, w drugim — takimże beztlenowcom, wreszcie trzeci okres obejmuje prace lat ostatnich, które w znacznym stopniu wyświełiły rolę każdego Crobnoustroju, który może się przyczynić do ostrego schorzenia wyrostka robaczkowego. Nie ulega dziś wątpliwości, że wyżej wspomniany proces chorobowy mogą wywoływać, bądź oddzielnie, bądź razem, zarówno tlenowce, jak i beztlenowce. Jednakże tlenowce (laseczka okrężnicy najczęściej spotykana, *B. enterococcus*, gronkowce, paciorkowce i t. p.) znajdujemy w olbrzymiej większości przypadków, podczas gdy beztlenowca (*B. perfringens*, *oedematiens*, *sporogenes* i t. p.) spotykamy niemal wyłącznie w przypadkach zgorzelinowego zapalenia wyrostka; stąd wniosek, że zgorzel wyrostka zależy od beztlenowców. Wiadomo także, że bakterje nie posiadające własności chorobotwórczych lub posiadające je w słabym stopniu, mogą się wybitnie przyczynić do zaostrzenia sprawy zapalnej przez pobudzanie bakterij zjadliwych do wzmożonego rozwoju. Obecnie we Francji często stosowana jest w przypadkach ciężkiego zapalenia wyrostka wielowartościowa surowica przeciwzgorzelinowa, stanowiąca mieszaninę odpowiednich jednowartościowych surowic. Wprowadzona bezpośrednio po operacji, wywiera ona zazwyczaj dobroczynne działanie, wiążąc i zobojętniając krążące w ustroju jady bakteryjne, co powoduje szybki powrót ciepłoty do normy. Również w takich razach, kiedy chorego nie można, z tych czy innych względów, poddać natychmiastowej operacji, zastosowanie surowicy przeciwzgorzelinowej może częstokroć przyczynić się do opanowania infekcji, a wyrostek będzie usunięty w dogodniejszych dla chorego warunkach. Surowicę zazwyczaj stosować należy podskórną, zaś w przypadkach, w których stan zapalny objął otrzewną, dobre wyniki daje również zastrzyknięcie dootrzewnowe; gdy się ją stosuje po operacji, najlepiej czynić to bezpośrednio po zabiegu, gdy chory znajduje się jeszcze w uśpieniu, gdyż wpływ narkotyku przeciwdziała ewentualnemu wybuchowi wstrząsu anafilaktycznego. Ostatnio autorom udało się wzmocnić działanie surowicy przez zwiększenie jej wielowartościowości oraz wprowadzenie w jej skład przeciwciał nastawionych na laseczkę okrężnicy. (Tak więc surowica autorów jest surowicą skierowaną nie tylko przeciw beztlenowcom, ale i przeciw laseczce okrężnicy, należącej do tlenowców).

Działanie surowicy przeciwzgorzelinowej w postaciach niezgorzelinowego zapalenia wyrostka tłumaczy się tem, iż zawiera ona obok specyficznych przeciwciał, różnorakie antytoksyny, znajdujące się „normalnie” w osoczu konia, a których działanie zostaje znakomicie wzmocnione (w myśl odkrytego przez M. Weinberga prawa synergii — współdziałania antytoksyn) przez obecność przeciwciał, wytworzonych drogą sztucznego uodpornienia zwierząt.

St. Landau.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

C. BRUCK. Przyczynek do leczenia wewnętrznego pryszczycy (Derm. Woch. T. 88 N. 8).

Wychodząc z założenia, że podrażnienie pryszczycowe ma swój punkt zaczepny przede wszystkim w komórce nerwowej, zaleca B. domięśniowe zastrzykiwania bromku magnezu w postaci „magnobrolu”, w kombinacji z podawaniem doustnym proszku magnobrolowego. Pomyślnie działają też środki przeciwnerwcowe. Przeciwno silnemu swędzeniu — antypiryna lub piramidon wewnątrz, lub stosowanie miejscowe 5—10% maści antypirynowej (w encerynie z wodą). Uwzględnić należy również zaburzenia przemiany materji: przeciwdziałać stwierdzonej alkalozie krwi, za pomocą dowozu kwasów, a kwasicy przez dowóz alkali. Szczególnie w grupie pryszczyc wysiękowych wieku dziecięcego wystrzegać się trzeba dowozu kwasów. Wobec często stwierdzanego nadmiaru kwasu moczowego we krwi wskazane jest przestrojenie w kierunku alkalizacji. Leczenie rozpoczynamy od kilkunastodniowego stosowania atofanu, a potem przez dłuższy czas kontynuowane za pomocą małych dawek sodu i magnezu lub wód alkalicznych. Znajdywana czasami u ekzematyków hiperglikemja usprawiedliwia próby leczenia insulinnego.

S.

J. FENYES. Maść atochinolowa w leczeniu świađu. (Börygygyaszat urologiai es venerologiai Szemle, 1928. Nr. 11).

Chorego na świađu starczy leczyć oprócz innych środków maścią atochinolową. Autor po pewnym czasie zauważył, że swędzenie, dokuczające choremu od długiego czasu, ustało zupełnie.

Stosowano przeto maść atochinolową w 11 przypadkach, przyczem jednak zauważono, że sama maść nie dawała wybitnej poprawy. Zestawienie maści atochinolowej z wstrzykiwaniami 0,5% roztworu krzemianu sodowego, zalecanego przez Lithlen a, dało bardzo dobre wyniki. W 7 przypadkach takiego leczenia świađu zginął zupełnie, w 2 zaszła znaczna poprawa, a w pozostałych 2 doznano zawodu. Z opisu chorób wynika, że leczenie polegało na wcieraniu rano i wieczorem maści atochinolowej i zastrzykiwaniu co drugi dzień krzemianu sodowego.

X.

KUNDRATITZ. Leczenie kiły wrodzonej za pomocą zimnicy. (Ther. d. Gegenw. 1929 N. 2)

W 25 przypadkach otrzymał autor 60% wyleczeń lub wybitnej poprawy. Bezsporne jest wskazanie do tego leczenia w schorzeniach układu nerwowego. Obawa zaś, że może do schorzeń tych dojść jest usprawiedliwiona, jeżeli odczyn w płynie mózgoworodzeniowym jest przez dłuższy czas dodatni i nie ustępuje pod wpływem leczenia swoistego. Dalszą grupę stanowi kiła późna nie poddająca się leczeniu specyficznemu (schorzenia kości, stawów, okostny, głęboko drążące zniszczenia kręgosłupa, zapalenie rogówki miąższowe); wreszcie wskazane jest leczenie zimnicą w przypadkach klinicznie bezobjawowych z odczynem Wassermana dodatnim, ale nie ustępującym. Leczenie malarją u dzieci małych jest zupełnie nieszkodliwe. Szczepi się 3—5 ctm³ krwi zimniczej pod skórą lub domięśniowo. Bardzo korzystne jest rozpoczęcie malarjoterapii od zastrzykiwań neosalwarsanu lub bismutu, a bezwarunkowo konieczne jest skombinowane leczenie przeciwkiłowe w okresie gorączki.

S.

Wskazówki praktyczne.

— R. Monteith i O. Clock zalecają leczenie oparzeń za pomocą zwykłej surowicy końskiej. Po zaaplikowaniu kąpeli ciepłej z fizjologicznego roztworu soli i usunięciu zmartwiałych tkanek rozpyla się na powierzchnię oparzoną surowicę, pod której działaniem osocze tkankowe krzepnie a zdrowe komórki otrzymują pokarm fizjologiczny, co ułatwia ich bujanie i produkcję świeżego i zdrowego naskórka. Rozpylanie powtarza się 2 razy dziennie, okolicę chorą pokrywa się ceratką, która zapobiega parowaniu surowicy. (J. amer. med. Ass. 1929 Nr. 14).

— E. Makai leczy oparzenia w następujący sposób: oparzenie zasypuje 3 — 4 mm. warstwą pudru (dermatol lub jego namiastka np. *tolus Mercka*), na to muślin posmarowany maścią cynkową w celu zapobieżenia tworzeniu się strupów i stagnacji ropy. Bandaż. Leczenie jest niemal bezbolesne, odzielenie się części zmartwiałych następuje szybko. Blizny pod względem kosmetycznym zadawalające.

(M. m. Woch. 1929 r. Nr. 14).

— Zamiast popularnego płynu Bourowa poleca Heufelder do leczenia ran *Moronal*, przetwór glinu, pod postacią proszku, rozpuszczalnego w wodzie. Używa się 2% roztworu. Wyższość meronalu nad płynem Bourowa polega na jego lepszym odprowadzaniu wydzielin z rany i na braku maceracji skóry.

(M. m. W. 1929 Nr. 16).

— Waegner chwali działanie *Colsilu*, przetworu cholesterolowo-lecytynowego, zapobiegającego występowaniu ogólnego odczynu po naświetlaniu promieniami Roentgena (Roentgenkater). *Colsil* stosujemy doustnie w pastylkach — po 2 przed naświetleniem i po naświetlaniu, a potem jeszcze co 2—4 godzin po jednej pastylce. Ogólna dawka wynosi 6 — 8 pastylek. Chory powinien ssać pastylkę długo i powoli. *Colsil* wyrabia firma Landshoff i Mayer, Berlin — Grünau.

(M. m. W. 1929 Nr. 8).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie

Posiedzenie z d. 26 października 1928 r.

Sz. Tennenbaum komunikuje o przypadku, w którym po 3-tygodniowej gorączce, połączonej z powiększeniem wątroby, śledziony i żółtaczką, nastąpiła krótkotrwała poprawa, potem — nawrót tej samej sprawy, trwający kilka dni, potem znów kilkutygodniowa przerwa, wreszcie drugi nawrót, tym razem w połączeniu z parciem na mocz bez zmian chorobowych w samym moczu. W wyniku ostatecznym stwierdzono ropień miednicy małej pochodzenia wyrostkowego.

T. komunikuje drugi podobny przypadek atypowego przebiegu zapalenia wyrostka rob. W dyskusji: Rechniowski zaznacza, że zapalenie wyrostka może symulować schorzenia najrozmaitszych narządów jamy brzusznej, a między innymi i schorzenia narządów moczowych, mianowicie wtedy, gdy ognisko zapalne wyrostkowe rozwija się w miednicy małej. Ważnym rękojmiowym rozpoznawczym jest w tych przypadkach badanie przez odbytnicę. Brams przypuszcza, że niekiedy zapalenie wyrostka jest tylko jednym z objawów lub następstwem sprawy zakaźnej ogólnej. W przypadku Tennenbauma zapalenie wyrostka mogło być następstwem sprawy tyfusowej lub paratyfusowej.

Rechniowski wygłasza wykład: „W sprawie urazów łępych brzucha, połączonych z pęknięciem drążącym jelit”. Na wstępie przytacza R. historię choroby 5 przypadków, spostrzeganych w szpitalu św. Trójcy. Przyczyną pęknięcia jelita było w 2-ch przypadkach kopnięcie w brzuch przez konia, 1 — upadek na brzuch wiadra, napełnionego wodą, w 1 — uderzenie w brzuch kolbą od siewnika, w 1 — uderzenie w brzuch dyszlem kieratu. Ciężkie brzucha — przy objawach wybitnych rozlanego zapalenia ropnego otrzewy — nastąpiło: w 1 przypadku — w 16 godzin po wypadku, w 1 — w 18 godzin, w 1 — w 24 godziny, w 1 — 29 godzin i w 1 — 53 godziny po wypadku. Podczas zabiegu — prócz objawów ropnego rozlanego zapalenia otrzewy — znaleziono: w 1 przypadku otwór drążący jelita cienkiego o średnicy $\frac{2}{3}$ ctm, w 1 — otwór jelita cienkiego o średnicy 1 ctm, w 2-ch — otwór jelita cienkiego wielkości fasoli, w 1 — całkowite porzezne rozzerwanie pętli jelita cienkiego. Zastosowano: w 2-ch przypadkach — zeszczenie otworu, w 2-ch — wycięcie uszkodzonego odcinka jelita, w 1 — wszycie otworu jelita w powłoki brzuszne; pozatem: w 2-ch przypadkach zastosowano sączkowanie jamy otrzewnowej po poprzednim oczyszczeniu jej gązikami; w 1 — sączkowanie po dokładnym przemyciu jamy otrzewnowej roztworem fizjologicznym; w 2-ch — całkowite zeszczenie powłok brzusznych, z tych w jednym po poprzednim przemyciu eterem. Zejście śmiertelne nastąpiło we wszystkich przypadkach, z tych — w 4-ch wskutek zapalenia otrzewy — 1, 24, 36 i 96 godzin po operacji; w 1 — wskutek postępującej niedomogi serca i nerek w 18 dni po operacji i po szczęśliwym zdało się — opanowaniu zapalenia otrzewy; w tym ostatnim

przypadku chodziło o kobietę 65-letnią, operowaną w 29 godzin po uderzeniu w brzuch dyszlem od kieratu, gdzie — przy otworze jelita wielkości $\frac{2}{3}$ ctm i zapaleniu otrzewy w pełnym rozwoju — zastosowano: dokładne przemycie jamy otrzewnowej roztworem fizjologicznym, sączkowanie za pomocą sączka gumowego jamy Duglasy i wszycie uszkodzonej pętli w powłoki brzuszne.

Prelegent wskazuje dalej na wielką różnorodność w nasileniu objawów klinicznych i niewspółmierność pomiędzy tem nasileniem a ciężkością uszkodzenia; zwłaszcza tętno może być tutaj zwodnicze; stałymi objawami są wzdęcia brzucha a zwłaszcza napięcie powłok brzusznych. Jako zasadę postępowania w łępych urazach brzucha stawia R. tezę następującą: „operować natychmiast, jeżeli po silnym urazie brzucha całokształt objawów, spostrzeganych w pierwszych paru lub najwyżej kilku godzinach po wypadku nie daje bezwzględnej gwarancji całości ścian trzew brzusznych”.

Posiedzenie z d. 30 listopada 1928 r.

Sz. Tennenbaum omawia sprawę błędów i trudności rozpoznawczych w chorobach wewnętrznych, których pomimo stosowania całego współczesnego arsenału metod laboratoryjnych i Roentgena trudno nieraz uniknąć, oraz ilustruje swą tezę przykładami z praktyki własnej.

Rechniowski omawia przypadek, *appendicitis et pericolicitis chronicae*. Mężczyzna 31-letni — w ciągu 9 miesięcy 6 napadów bólów brzucha, trwających 2 — 4 dni, o charakterze skurczowym połączonych z wymiotami żółciowymi, a niekiedy kałowymi. 8.VII.1928 napad nowy: bóleści. C 37,6, t. 108 miękkie, brzuch lekko wzdęty, lecz miękki, bolesności uciaskowej żadnej. Wynik badania przez odbytnicę — ujemny. 10.VII C 39,4 — bóle żeśrodkowane w okolicy kątniczej, wymioty. Operacja: surowicówka jelit — przekrwiona, mętna i pętla jelit cienkich — wtopione w zrosty, wypełniające całą jamę Duglasy, niektóre z pętli tych ostro załamane: kątnica i część wstępnicy — pokryte, jakby pajęczyną, cienką otoczką łącznotkankową (*pericolicitis*); wyrostek przekrwiony, o ścianach zgrubiałych, zawiera u podstawy wśród izolowanej jamy kamień kałowy wielkości ziarna konopi *Appendectomy*. Możliwe wydzielanie ze zrostów jamy Duglasy pętli jelitowych, częściowe wydzielenie kątnicy i wstępnicy z otoczki błon rzekomych. Całkowite zeszczenie powłok brzusznych. Niebawem szybka poprawa; już następnego dnia — spadek ciepłoty i całkowite ustąpienie bólów 21.VII. wypisany ze szpitala w stanie zupełnie dobrym. Szybka poprawa w przypadku omówionym świadczy, zdaniem R., że objawy chorobowe, nie wyłączając gorączki, (*Lardennois*) zależały tutaj nie tyle od schorzenia wyrostka, ile od zrostów (*pericolicitis*). Ważną przeto jest rzeczą, aby przy każdej operacji wyrostkowej, na zimno dokonywanej, prócz usunięcia wyrostka porozdzielać też wszystkie zrosty, bez czego samo wycięcie wyrostka może nie usunąć objawów chorobowych.

Rechniowski omawia przypadek *przewlekłego załamania i zwężenia wstępnicy*. Kobieta l. 30. wstąpiła do szpitala św. Trójcy 4.X. 1928. Od 12 miesięcy w odstępach tygodniowych — napady ostre bólów brzucha o charakterze skurczowym w połączeniu z głośnie burczeniem, z wymiotami oraz zatrzymaniem wiatrów i stolca. Trwanie napadu — od kilku godzin do 4-ch dni. Na zaproponowaną przed 3-ma miesiącami operację zgody nie dała. Od tego czasu — stałe codzienne bóle, a 3 razy — napad niedrożności jelit zupełnej. Obecnie — zgadza się na zabieg. Odżywianie — liche. Stan bezgorączkowy. T. 80. Brzuch — wzdęty, miękki, niebolesny, z wyraźnie zaznaczającymi się konturami jelit, przebiegających się boleśnie od czasu do czasu. Operacja 5.X. Pętla jelit cienkich i kątnica — lekko przekrwione, silnie wzdęte o ścianach grubych; wyrostek — również przekrwiony, rozszerzony, o ścianach grubych, zawiera kamień kałowy. Wstępnica o długiej, swobodnej kresce, jest ca 40 ctm. powyżej granicy swej z kątnicą załamana ku wewnątrz; miejsce załamania — otulone zrostem sieciowym, utrwalającym stan załamania; w miejscu załamania — twarda blizna wielkości orzecha laskowego, zwężająca światło kiszki. *Ileo — transverso — stomia*. Przebieg pooperacyjny powikłany ropieniem w powłokach brzusznych i ograniczonym ropniem jamy Duglasa, który otworzył się samoistnie przez odbytnicę. Stopniowe ustąpienie bólów, powrót do swobodnego oddawania stolca i wiatrów, powrót apetytu, stopniowy powrót sił. Wypisana 16.XI. 1928 w stanie zupełnie zadowalającym. Z rozmaitych następstwających się możliwości objaśnienia genezy zmian anatomicznych wstępnicy najwięcej prawdopodobne wydaje się R. objaśnienie następujące: najpierw przecięcie ku wewnątrz osadzonej na swobodnej kresce wstępnicy; wskutek zastojów i ucisku kału w miejscu przecięcia — odleżyna na powierzchni wewnętrznej ściany kiszki; zapobiegawczy zrost sieci; przewężenie bliznowe światła kiszki, jako wynik zagojenia się odleżyny.

Posiedzenie z d. 27 grudnia r. 1928.

Sz. Tennenbaum wygłasza krótki wykład o *macalności wątroby i rozpoznawania schorzenia wątroby w przypadkach, w których jest ona macalna*. Na podstawie szeregu badań chorych prelegent dochodzi do wniosku, że sama macalność wątroby, o ile jest ona niebolesna, miękka i ma brzeg równy, nie przemawia za schorzeniem wątroby.

W dyskusji Rechniowski wskazuje na konieczność odróżniania wątroby macalnej wskutek opuszczenia i — wskutek powiększenia; potrzebne jest tutaj określenie za pomocą wypukłu granicy górnej wątroby, na co dawno już wskazywał Biegański.

Rechniowski demonstruje chorą 54-letnią z upartym od 10 lat trwającym *owrzodzeniem podudzia lewego* (wielkości połowy dłoni), u której po bezskutecznym stosowaniu leczenia swoistego (rtęć, jod) oraz — powietrzem gorącym, wykonał w d. 27.X. 1928 r. *symplectomia perifemoralem in trigono Scarpa*, a gdy powierzchnia owrzodzenia nieco się zaróżowiła i naskórek zaczął zdradzać pewną skłonność do bujania w kierunku do środka owrzodzenia, w dn. 5.XI. 1928 r. — po częściowym wycięciu owrzodzenia — *plasticam dermo — epidermicam modo Halsted-Davis*. Płaty skórne przyjęły się dobrze. Obecnie chora poraz pierwszy od lat 10 jest na dobre wyleczona.

Łącznie z pokazem powyższym Rechniowski wygłasza wykład „o leczeniu przewlekłych owrzodzeń podudzia sposobem *Leriche*”. Ogłoszona w r. 1917 przez *Leriche* *symplectomia periarterialis*, jako dzielny środek przy gojeniu owrzodzeń przewlekłych, szeroko stosowana przez szereg autorów, w wyniku ostatecznym zawiodła w 70% przypadków. Przyczyną tego jest, że zabieg ten, aczkolwiek dzięki rozszerzeniu naczyń drobnych, podniesieniu miejscowej ciepłoty i żywotności tkanek, dzięki wyjałowieniu zanieczyszczonej drobnoustrojami powierzchni owrzodzenia i zastąpieniu pokrywającego ją włókna zdrową ziarniną z wielką liczbą leukocytów, przyczynia się znakomicie do szybkiego doraźnego zagojenia owrzodzenia, jednakże nie daje on trwałego pokrycia owrzodzenia normalną, zdrową skórą i nie usuwa istotnych przyczyn, podtrzymujących owrzodzenie.

Stąd częste nawroty. W celu więc ich uniknięcia niezbędne jest połączenie *symplectomiae periarterialis* z następczą plastyką skóry (najlepiej sposobem *Halsted-Davis*, czyli inaczej *metode en pastilles*), poczem znów należy usunąć przyczynę, podtrzymującą owrzodzenie.

Przedewszystkiem jeszcze przed rozpoczęciem leczenia operacyjnego należy przeprowadzić zasadniczo leczenie przeciwkiłowe, gdyż w 30% przypadków podłożem owrzodzenia jest kiła. Poza to: w razie, jeżeli właściwą przyczyną owrzodzenia są żyłaki, żyłaki te usunąć. W razie t. z. owrzodzeń żyłakowatych rzekomych, powstałych na tle t. z. *dermatitis pigmentosa purpurea praeulcerosa*, cierpienia natury kiłowej, — leczenie swoiste, a w razie potrzeby — *symplectomia periarterialis* z plastyką następczą skóry. Jeżeli owrzodzenie podtrzymuje zgrubienie kości po złamaniach powikłanych — szebłowanie kości, potem — *symplectomia* i plastyka. W razie owrzodzeń na bliznie po oparzeniach — prócz *symplectomii* i plastyki skóry możliwie też wycięcie blizny. W przypadkach owrzodzeń urazowych — wystarcza nieraz sama *symplectomia*, niekiedy z dodatkiem plastyki. Nieskuteczna jest symp. w owrzodzeniach po odmrożeniach i na tle *endarteritis obliterans* (tutaj wskazane jest szerokie wycięcie obliterowanych części *art. tibialis posticae et art. dorsalis pedis*); w owrzodzeniach na tle *thrombo-phlebitis venae femoralis* lub *venae iliaca* wskazane, gdzie to możliwe, całkowite wycięcie zaczopowanych żył; wreszcie zupełnie nieskuteczna jest *symplectomia* w owrzodzeniach na tle starego zapalenia naczyń chłonnych kończyny.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Bardzo interesującą dyskusję w sprawie *ropni płuc* prowadzono w czerwcu r. b. w tow. lekarzy szpitalnych paryskich. Bezanson, Chevalley i Oumansky omawiali 5 przez siebie w szpitalu św. Antoniego spostrzeganych przypadków ropni płuca w związku z gripą. W czterech zarażeniach był pneumokok, w jednym paciorkowiec. Trudność rozpoznawcza polega na różniczkowaniu od zapalenia ropnego opłucny międzypłatowego lub otorbionego. Badanie promieniami Roentgena winno być dokonane kilkakrotnie w rozmaitych wymiarach, by móc sprecyzować umiejscowienie ogniska. Na podkreślenie zasługuje samoleczalność tych przypadków. W dyskusji Brulé zwraca uwagę na nierzadką koincydencję ropnia płuca z następczym ropniem zapaleniem opłucny. Le mierre zachęca do dokonywania nakłuc samemu płuca, twierdząc, że nawet jeśli nie trafi się w płuco, otrzymuje się nieco płynu surowiczego, w którym udaje się stwierdzić obecność drobnoustrojów. Przemawia to za obecnością ropnia w płucu, zwłaszcza, że nakłucie płuca np. w zapaleniu płuc nie daje wyniku dodatniego co do obecności pneumokoków. Z tem zdaniem nie zgadza się Rist, podkreślając, że i inne cierpienia płuc, np. durowe, nieropne, również przy nakłuciu mają dawać obecność drobnoustrojów. (Pr. med. Nr. 47).

Leyton z Londynu zaleca na posiedzeniu tow. lek. szpit. paryskich stosowanie *zastrzykiwań insuliny* chorym na moczówkę cukrową w *olejku rycynowym* (w 1 cm. sz. 100 jednostek). Odbywa się w ten sposób powolne wchłanianie, wahania cukru we krwi są mniejsze, i wystarczy jednokrotne zastrzykiwanie dziennie rano przed wstaniem. (Pr. med. Nr. 47).

Nègre i Boquet doszli na zasadzie swych doświadczeń do wniosku, że *zatrucie, wywoływane zazwyczaj przez dożylnie wprowadzanie prątków gruźliczych królikom normalnym* i wyrażające się w gwałtownym chudnięciu, charłactwie i w zmianach płucnych, może być zwalczane przez wstrzykiwanie antygeny metylowego. Być bardzo może, że działanie to, zresztą spostrzegane i u chorych na gruźlicę, leczonych tym antygenem, warunkuje się obecnością w antygenie lipidów bakteryjnych o własnościach antytoksycznych.

(Tow. biolog. — Pr. med. Nr. 49).

Z j a z d y.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego.

W dniach 19 i 20 kwietnia r. b. odbył się w Brześciu n/B zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego. Obecni

byli wszyscy lekarze powiatowi, prezydent miasta Pińska i lekarz miejski miasta Brześcia.

Zagaił zjazd p. Wicewojewoda Skrzyński, podkreślając konieczność nasilenia akcji społecznej celem pouczenia ludności, jak zapobiegać szerzeniu się gruźlicy, jaglicy i in.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdro-

wia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, podając w swem przemówieniu porównawcze dane z prac, dokonanych w dziedzinie sanitarno-porządkowej na obszarze całego Państwa, zwracając jednocześnie uwagę na konieczność niezwłocznego zajęcia się uporządkowaniem hoteli, restauracji, fryzjerji i t. p. instytucji ze względu na zbliżający się termin otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i połączone z nią wycieczki krajoznawcze zagranicznych gości, zwiedzających wystawę.

Ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, że walka z gruźlicą i jaglicą rozwija się stale. Na przeszkodzie szybszemu rozwojowi stoją: szczupłe budżety samorządowe, wielkie przestrzenie powiatów, brak dróg komunikacyjnych i rzadkie zaludnienie. Pomimo to jednak w roku zeszłym uruchomiono ośrodki zdrowia w Łunińcu, Brześciu, Kobryniu i Sarnach. Przystąpiono do urządzenia sanatorium dla gruźlików w Hancewiczach, poza funkcjonującymi już na terenie województwa sanatorjami w Małotycie na 60 łóżek i kolejowem na 40 łóżek.

Szpitalnictwo powoli się rozwija. Szpitale są w Brześciu, Kamieńcu Litewskim, Pińsku, Drohiczynie, Kobryniu (w roku zeszłym odremontowany kosztem 50 tysięcy zł.), Łunińcu, Hancewiczach, Prużanie, Dąbrowicy, Włodzimierzu, Kosowie, Różanie (ten ostatni na 15 łóżek, utrzymywany przez T-wo Ochrony Zdrowia). Większość szpitali wymaga kapitalnego remontu i rozszerzenia. Co do rejonów lekarskich, to jest ich dotychczas tylko 27, a to ze względu na brak kandydatów, którzyby się chcieli w obecnych warunkach mieszkaniowych i kulturalnych tam osiedlić. Warunki te stale się jednak poprawiają i jest nadzieja, że już w roku bieżącym uda się uruchomić większą liczbę rejonów.

Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła postępy. Wiele domów w miastach odnowiono i pomalowano, w wielu miejscowościach urządzono nowe bruki i chodniki, nowe studnie artestyckie lub kopane z cembrowiną betonową, uporządkowano 65% śmietników i 77% ustępów w miastach i 51% ustępów we wsiach.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniami lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Inspektor lekarski Dr. Anzelm wygłosił referaty o istocie zadań lekarza powiatowego i o programie pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego i estetycznego wyglądu kraju. Inspektor farmaceutyczny p. Jagiełło — o czynnościach lekarzy powiatowych w zakresie spraw farmaceutycznych, wreszcie Naczelnik Wydziału Zdrowia Dr. Zaroski — o zasadach ustroju szpitalnictwa na terenie Województwa.

Na tem obrady zjazdu zakończono, poczem uczestnicy zjazdu udali się wspólnie na zwiedzenie szpitala miejskiego, miejskiego ośrodka zdrowia i piekarni mechanicznej. Obejrzane instytucje wywarły wrażenie dodatnie, zarówno pod względem urządzenia, jak też prowadzenia i utrzymania.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego.

W dniach 26 i 27 kwietnia r. b. odbył się w Łucku zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, lekarz sejmikowy z Dubna, lekarze miejscy z Kowla i Łucka, lekarze szpitalny i szkolny z Łucka i lekarze rejonowi z Ołyki i Zdobunowa.

Zagał zjazd p. Wicewojewoda Gintowt-Dziewałowski.

W imieniu Rządu powitał zjazd Dyrektor Departamentu Dr. Piestrzyński, podkreślając z uznaniem, że lekarze powiatowi, pracując na kresach w warunkach trudnych, a nieraz uciążliwych, pomimo to nie zaniedbują wszelkiej możliwości uzupełnienia swej wiedzy fachowej, łącząc się z kolegami w Wołyńskim Towarzystwie Lekarskim i przyczyniając się do jego rozwoju.

Z przedstawionych przez lekarzy powiatowych i miejskich sprawozdań widać, że walka z gruźlicą i jaglicą prowadzona jest przez ośrodki zdrowia w Łucku, Kowlu i Lubomlu, przychodnie specjalne w Horochowie i Zdobunowie, oraz przez 38 przychodni rejonowych lekarskich. W roku bieżącym ma być otwarty ośrodek zdrowia i dom izolacyjny w Równem, a w powiecie lubomelskim będzie zorganizowana lotna poradnia gruźlicza, która będzie obsługiwać wsie, oddalone od ośrodka powiatowego.

Ze względu na liczniejsze przypadki jaglicy w powiecie kowelskim, w którym poza specjalną przychodnią w Kowlu funkcjonują dwa zakłady jaglicze w Adamówce i Brzuchowicach, ma być otwarta specjalna przychodnia jaglicza w Ratnie.

Szpitali w Województwie Wołyńskim jest 26 z 798 łóżkami. Sześć z pomiędzy nich są to jednostki małe, mianowicie w Szacku na 8 łóżek i 10 — łóżkowe w Wołkowyi, Kniahininie, Poczaiewie, Łanowcach i Szumsku. Pomimo, że koszt utrzymania takich małych szpitali jest znaczny, są one jednak niezbędne ze względu na zły stan dróg i wielkie przestrzenie powiatów.

Co do spraw sanitarno-porządkowych, to w ubiegłym roku daje się zauważyć znaczny postęp pod względem zadzierżewienia i zabrukowania ulic i placów w miastach i miasteczkach, odnowienia domów w miastach, urządzenia publicznych ustępów, budowy nowych studzien i t. p. Na l. l. r. b. w miastach było 46% śmietników i 53% ustępów. We wsiach sprawa z ustępaniem stała gorzej, bo było ich zaledwie 39%. Hotele, restauracje, kawiarnie, fryzjerie, sklepy spożywcze i t. p. instytucje były niejednokrotnie lustrwane i obecnie są doprowadzone do względnego porządku.

Po zakończeniu dyskusji, w której wyjaśnień udzielał p. Dyrektor Dr. Piestrzyński, przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego. Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce, p. Adamowiczowa zademonstrowała na wykresach błędy w rejestracji chorób zakaźnych, które dały się zauważyć w Województwie Wołyńskim, Doc. Dr. Gąsiorowski mówił o badaniu wody, inspektor weterynaryjny Dr. Zaroski o współdziałaniu lekarzy weterynaryjnych z lekarzami powiatowymi w zwalczaniu chorób odzwierzęcych, Dr. Kuźmicki o szkołach w związku z akcją sanitarno-porządkową, Dr. Ulatowski o cechach i zadaniach Wojewódzkiego Komitetu Wychowania Fizycznego, wreszcie Kierownik Wydziału Opieki Społecznej p. Titow o opiece społecznej w Województwie Wołyńskim. Dr. Hryszkiewicz wyzywał lekarzy powiatowych do niezwłocznego przystąpienia do akcji sanitarno-porządkowej w związku ze zbliżającym się terminem otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i projektowanymi wycieczkami po kraju gości zagranicznych.

Na tem zjazd zamknięto, poczem uczestnicy zwiedzili szpital powiatowy, przychodnię państwową jagliczą i skórną-weneryczną, stację opieki nad matką i dzieckiem, sierociniec S. S. Teresinek, muzeum regionalne, ruiny zamku Lubarta, katedrę i skarbiec.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z międzynarodowego terenu pracy nad reumatyzmem.

Podał

Dr. Henryk KŁUSZYŃSKI (Warszawa).

Międzynarodowa liga do walki z reumatyzmem, mająca swoją główną siedzibę w Amsterdamie, wydaje okresowo zbiór materiałów w sprawie reumatyzmu pt.: *Acta Rheumatica*. Wyszedł właśnie zeszyt drugi w maju b.r. Na czele numeru wypisane jest motto: „Każda choroba o cha-

rakterze społecznym winna być zwalczana w okresie jej rozpoczęcia, a nie na samym końcu”. „Każdy na reumatyzm chory stanowi nowy problem dla lekarza”.

Międzynarodowe Biuro Ligi uprasza, by przedstawiciele Narodowych Komitetów do walki z reumatyzmem, jakoteż inne zainteresowane osoby lub towarzystwa zasiłały „acta rheumatica” wiadomościami o pracach i o wszystkich zdarzeniach, dotyczących się organizacji walki z reumatyzmem.

Rząd holenderski zwrócił się na drodze dyplomatycznej do rządów tamże akredytowanych,

z zawiadomieniem o utworzeniu się Międzynarodowej Ligi do walki z reumatyzmem.

Przyjęto z małemi zmianami schemat badań, opracowany przez angielskie ministerstwo zdrowia. Przyjęto cztery czynniki, które odgrywają rolę przyczynową w powstawaniu reumatyzmu. Schemat badań jest stosowany w wielu klinikach i poradniach.

Wydano katalog dzieł i prac o reumatyzmie.

Wskazaniem jest, by każda praca naukowa o reumatyzmie i z zakresu społecznego była przesłana do Generalnego Sekretarza w Amsterdamie Kaizergracht 489. Również wskazaniem jest, by katalogi księgarskie książek lekarskich miały osobny dział o reumatyzmie.

W związku z zamieszczeniem, jakie panuje w międzynarodowej nauce w sprawie nomenklatury i istoty schorzeń reumatycznych, „International Advisory Bureau” ma zamiar zaprosić z rozmaitych krajów kilku rzeczoznawców na polu badań nad schorzeniami reumatycznymi, by przeprowadzili badania w Amsterdamie na pewnej liczbie chorych, aby potem wspólnie wydać sprawozdanie z wyników tych badań.

Albowiem w Holandji ścierają się nie tylko ze sobą poglądy niemieckie, francuskie i angielskie, ale nadto chorzy badani wykazują charakterystyczne cechy, które rozmaitym krajom są właściwe.

Biuro gromadzić będzie z rozmaitych krajów dane, które mają znaczenie społeczne, i rozsyłać je będzie komitetom narodowym.

W czasie od 13 — 18 września odbędzie się w Budapeszcie Międzynarodowy Kongres do walki z reumatyzmem.

Z wykładów podane są narazie następujące tematy:

„Stosunek między ostrym a chronicznym reumatyzmem w krajach reprezentowanych w Lidze Międzynarodowej”.

„Znaczenie badań serologicznych i hematologicznych u reumatyków”.

Oprócz tego będą wykłady z zakresu balneologii.

Z Budapesztu wyjadą członkowie Kongresu do Wiednia, gdzie zwiedzać będą klinikę prof. Wenkebacha z przedstawieniem chorych i orzecznictwem przez obcych rzeczoznawców.

W czasie od 22 — 27 lipca 1929 r. odbędzie się Międzynarodowy Kongres „Aktynologii” w Paryżu pod przewodnictwem prof. d'Arsonvala, na którym omawiana będzie kwestja terapii świetlnej w reumatyzmie chronicznym.

Z początkiem sierpnia odbędzie się kongres staraniem „Fédération Dentaire International” w Utrechcie, na którym wygłoszony zostanie referat:

„Nauka dentystryki a medyczny problem reumatyzmu”.

Czwarty zjazd niemiecki Towarzystwa dla walki z reumatyzmem odbył się 5 i 6 kwietnia br. w Wiesbaden. Zjazd ten miał uczestnikom pokazać, co miejsce zdrojowe z nastawieniem naukowym zdziałać może na polu zwalczania reumatyzmu, a zwłaszcza, jak służyć ma za wzór dla specjalnych zakładów lub specjalnych oddziałów w szpitalach powszechnych.

Instytut badawczy dla nauki balneologii i przemiany materji w Wiesbaden jest wzorem placówki naukowej na polu schorzeń reumatycznych. Składa się z oddziału klinicznego o 90 łóżkach ze wszystkimi nowoczesnymi urządzeniami dla djagnostyki, posiada własne kąpiele w zakładzie, jakoteż urządzenia dla laboratoryjnych badań fizjologicznych i biologicznych. Dr. Harpuder, kierownik zakładu, przedstawił szeroko zakreślony materiał, dotyczący dzisiejszego stanu wiedzy w zakresie przemiany materji w chorobach reumatycznych, i poddał ocenie krytycznej rozmaite nowoczesne metody lecznicze.

Dyrektor oddziału wewnętrznego szpitala miejskiego w Wiesbaden Dr. A. Geronne przedstawił cały szereg reumatyków o rozmaitych postaciach schorzenia i wskazał, że przy należytem doświadczeniu na tem polu leczenie nawet bardzo ciężkich przypadków daje dobre wyniki.

Uczestnicy Zjazdu odwiedzili sąsiednie miasto Frankfurt nad Menem i zwiedzili zakład terapii fizykalnej, na którego czele stoi prof. Dr. Strassburger, pionier fizykalnych metod leczenia. Tenże, oprowadzając uczestników, wyraził się, że nie jest wskazane, by terapia fizykalna wyodrębniła się z całości medycyny, jako gałąź specjalna. Przeciwnie, należy ją stosować na równi ze środkami farmaceutycznymi i innym arsenalem medycyny. Ale należy się tej metody leczniczej nauczyć narówni z innymi metodami leczniczymi. Terapia fizykalna nie może być pasierbem medycyny.

Wśród innych problemów, poruszonych na tym zjeździe, przeprowadzono odgraniczenie i ujednostajnienie nomenklatury rozmaitych schorzeń reumatycznych. Wybrano nadto specjalną komisję, która ma się zająć statystycznym badaniem rozpoznania chorób reumatycznych.

Dr. Schanz z Drezna wygłosił referat na temat: „Reumatyzm, niedowład, zużycie”. Prelegent twierdził, że niektóre cierpienia, uchodzące za reumatyczne, są właściwie objawami płaskiej stopy i wywołane zostały przeciążeniem. Również i w kręgosłupie mogą występować bóle wskutek przeciążenia, a uważane są za reumatyczne. Silne zużycie stawów daje te same skutki, co nadmierne obciążenie. Z należytego rozpoznania wypływa też celowa terapia.

W końcu „acta rheumatica” podają spis prac naukowych o reumatyzmie, które ukazały się od października r. 1928 do końca marca r. 1929.

Z III Rocznika Ubezpieczeń Społecznych w Polsce.

Podał

Dr. Gustaw RACIAŻEK (Warszawa).

Z nader obfitego materiału zgromadzonego w III Roczniku Ubezpieczeń Społecznych wyłaniają się cenne wnioski, dotyczące stanu zdrowotności mas robotniczych w Polsce, przedstawiające przeto dla medycyny społecznej wybitną wartość.

Śląsk Cieszyński wykazuje znacznie większy odsetek chorobowości, niż inne województwa

(str. 107, szpalta prawa). Należałoby ustalić, czy istotnie mamy tu do czynienia z częstszą zachorowalnością, czy też tylko ze staranniejszym leczeniem się, dającym w rezultacie wyższe cyfry statystyczne.

W teście szpalcie znajdujemy dane, świadczące, że „u kobiet liczba zapadnięć jest stosunkowo nieco mniejsza, niż u mężczyzn”. Niestety, brak danych, któreby pozwoliły zorientować się, jaki jest stosunek zachorowalności np. kobiet pracujących do kobiet nie pracujących (czyli t. zw. członków rodzin), co stanowiłoby, oczywiście, cenny przyczynek do ewentualnego wpływu zatrudnienia w produkcji na stan zdrowia i częstość zachorowalności.

Wniosek końcowy na teście szpalcie, że „kobiety tylko przy poważniejszych zachorowaniach powstrzymują się od pracy, względnie zgłaszają się po zasiłki do Kas Chorych”, wydaje się wątpliwy, raczej należałoby może myśleć o długotrwałych z natury rzeczy procesach chorobowych, związanych z ciążą, względnie z jej powikłaniami, okolicznościami przeto dla płci żeńskiej specyficznymi. Za taką interpretacją zdaje się przemawiać również i ten szczegół, że jak czytamy na str. 108 (szpalta lewa), chorobowość u kobiet w grupach wieku od 40 do 75 była znacznie niższa, aniżeli w grupach młodszych najbardziej wszak intensywnych pod względem życia płciowego.

Na str. 109 (szpalta lewa) znajdujemy nader interesujące dane, z których wynika, że zachorowalność ubezpieczonych w dużym stopniu, a np. na Śląsku Cieszyńskim niemal w dwójnasób przewyższa zachorowalność członków rodzin, co niewątpliwie złożyć należy na karb szkodliwości zawodowych. Najjaskrawiej zjawisko to daje się zauważyć na Śląsku Cieszyńskim.

Niemniej ważne wnioski wyłaniają się z tablicy (str. 109 szpalta prawa), uwidoczniającej stosunek zachorowalności na gruźlicę ubezpieczonych oraz członków rodzin. Okazuje się tedy, że u członków ubezpieczonych wyraźnie dominuje gruźlica płuc (a więc ludności bezpośrednio pracującej), co ma swe przypuszczalne źródło we wdychaniu

pyłów fabrycznych, względnie innych czynników, bezpośrednio godzących w tkankę płucną. Na potwierdzenie takiego przypuszczenia mógłby służyć i ten fakt, że gruźlica innych narządów występuje nawet częściej u członków rodzin, niż u ubezpieczonych (str. 109 szpalta prawa).

Za takim zapatrywaniem przemawia i ta okoliczność, że (str. 110 szpalta lewa) u ubezpieczonych natomiast gruźlica płuc dominuje całkowicie nad przypadkami gruźlicy innych narządów.

Jeśli rozejrzeć się w całości treści III Rocznika Ubezpieczeń Społecznych, to należy uznać, że w wysokim stopniu daje się odczuwać nie uwzględnienie w wykazach statystycznych dat, dotyczących zachorowalności według poszczególnych rodzajów produkcji, wskutek czego nie sposób się zorientować, w jakim stopniu ta, czy inna gałąź przemysłu odbija się ujemnie na stanie zdrowia zatrudnionych w niej robotników, wzgl. jakiego rodzaju schorzenia są dla tej czy innej produkcji charakterystyczne.

Przy rozglądaniu się w wykazie zapadnięć według rodzajów chorób (str. 125) rzuca się w oczy olbrzymia i panująca niemal nad całą patologią ludności robotniczej liczba chorób narządów trawienia, wynosząca bowiem aż 861 tysięcy zapadnięć.

Zjawisko to dla swego wyjaśnienia wymaga głębszej analizy.

Co się tyczy opracowania statystyki według zawodów, to zagadnienie to zdaniem naszym, nie cierpi zwłoki.

W innych państwach, jak Austria, Anglia, Niemcy i t. d., Kasy Chorych wprowadziły tego rodzaju wykazy już przed kilkunastu laty z ogromnym pożytkiem dla sprawy.

Nie należy bynajmniej ograniczyć się do podania rodzaju produkcji, z jaką ma doczynienia chory ubezpieczony, lecz wypadałoby określić dokładniej rodzaj jego pracy, a więc:

giser	w fabryce	akumulatorów
woźny	„	„
tkacz	„	włókienniczej
sortownik	„	tytuniowej
krajacz	„	„ i t. d.

Sprawy zawodowe.

Kasy Chorych.

Kasy Chorych, mające na celu wyrównanie jednej z największych krzywd ludzkich, wpływających z nierówności stanów, a mianowicie, udostępnienie jednakowej pomocy lekarskiej jaknajszerszym warstwom ludności, jako idea społeczna pierwszorzędnej doniosłości, musiały znaleźć ordyników przede wszystkim w świecie lekarskim. Lekarze bowiem lepiej, niż inni, rozumieją szkodliwość niedostatecznej pomocy lekarskiej nie tylko dla samych chorych, lecz również dla ich otoczenia. Nic więc dziwnego, że lekarze pomimo bezwzględnej ruiny materialnej, którą Kasy Chorych wszędzie sprowadzają dla stanu lekarskiego, w imię obowiązku, który nakłada na nich ich zawód, w za-

sadzie poparli wszędzie inicjatywę w tym kierunku.

Z tego też tytułu lekarze mają nie tylko prawo, lecz i obowiązek występować przeciw nieudolnej realizacji tej idei. Nie jest bynajmniej tajemnicą, że Kasy u nas, jak dotychczas, nie spotkały się z entuzjazmem ze strony społeczeństwa. Na to złożyło się dużo okoliczności, które od pierwszej chwili sprowadziły je na tory niewłaściwe.

Największą krzywdę wyrządziła Kasom ich wadliwa ustawa, która całe kierownictwo powierzyła organom, nic wspólnego nie mającym z medycyną.

Z trzech sił, na których opiera się byt Kas Chorych, a mianowicie: ubezpieczonych, lekarzy i zarządów, do głosu dochodzą tylko te ostatnie

w których niema ani jednego przedstawiciela lekarskiego.

Zarząd Kas Chorych według ustawy jest nie tylko organem samodzielnym, lecz do pewnego stopnia również bezapelacyjnym, nieodpowiedzialnym nawet przed Radą Kasy.

Stałe walki polityczne w łonie dotychczasowych zarządów musiały w rezultacie doprowadzić do zaniedbania interesów tych instytucyj.

Naczelnny lekarz, jako urzędnik, wyłącznie zależny od zarządu, niestety, zazwyczaj wcześniej czy później traci swą samodzielność, stając się posłusznym wykonawcą woli swych zwierzchników.

Nic więc dziwnego, że niemal we wszystkich Kasach jesteśmy świadkami gorszącej walki między ordynującymi lekarzami z jednej strony a zarządami Kas oraz ich doradcami — naczelnymi lekarzami — z drugiej strony.

Taki stan rzeczy musiał odbić się demoralizująco i na stosunku ordynujących lekarzy do ich obowiązków względem Kas. Więcej zależni, niestety, zbyt szybko ulegają nakazom oportunistów, a walka oparta na garstce śmielszych jednostek zazwyczaj, jak wiadomo, kończy się ich porażką. Zwycięskie zarządy, upojone swą władzą, brną coraz więcej w błędny kierunek, doprowadzając rządzone przez siebie instytucje nieraz do zupełnego absurdu. W tych warunkach musiał wytworzyć się ten patologiczny i wprost potworny stosunek do ordynujących w Kasach lekarzy czy to ze strony Zarządów, czy też powołanych na ich miejsce komisarzy.

Jako wymowny wzór tych nienaturalnych stosunków, może posłużyć niedawno przytoczony przez nas projekt umowy z lekarzami, opracowany przez byłego Komisarza Warszawskiej Kasy Chorych.

Treść tego niesamowitego dokumentu nie wymaga właściwie żadnych komentarzy. Ale przejść nad nim do porządku dziennego byłoby czynem nie tylko nieogłędnym, lecz nawet niespołecznym.

Absurdalność opracowanej tak poważnie umowy ze strony naczelnego kierownika Kasy przestaje być *curiosum* — to niebezpieczny objaw, grożący egzystencji samych Kas Chorych, na który władze nadzorcze winny zwrócić jaknajprędzej uwagę, aby zapobiec możliwej katastrofie.

Niech ten niefortunny dokument przynajmniej otworzy oczy wszystkim na istotny stan rzeczy i raz na zawsze skieruje pracę w Kasach na tory właściwe.¹⁾

Dziwnym zbiegiem okoliczności drogi największej utarte i najbardziej logiczne w życiu z powodu niezrozumiałych przyczyn bywają nieraz uporczywie omijane.

Zdawałoby się, iż tak prymitywnie prosta zasada, że rozkwit Kas może się tylko opierać na zgodnej współpracy z lekarzami, najbardziej w tej sprawie kompetentnymi, narzuci się wszystkim zarządom sama przez się. W rzeczywistości jesteśmy świadkami zjawiska wprost odmiennego. We wszystkich dotychczasowych poczynaniach widzimy

dążenia do wyraźnego eliminowania lekarzy, nawet z dziedziny wyłącznie medycznej.

Korzystając z okazji ogłoszenia projektowanej umowy, uważamy za swój obowiązek lekarski i społeczny zwrócić uwagę na tę anomalję w nadziei, że przy dobrej woli wszystko da się naprawić.

Kasom Chorych poświęcimy jeszcze kilka wyczerpujących artykułów. Dziś poprzestaniemy na wskazaniu tych środków, które nawet przy wadliwej obecnej ustawie Kas łatwo mogłyby naprawić popełnione dotychczas błędy.

Zasadniczą anomalją Kas Chorych jest faworyzowanie administracji na niekorzyść lecznictwa, które traktuje się jako rzecz drugorzędną i pragnęłoby się nawet zredukować do *minimum*, mniej więcej tak, jak sobie wyobrażał to były Komisarz Kasy Warszawskiej, — przez uproszczony system badania bez ubiegania się do kosztownych nowoczesnych środków rozpoznawczych.

Ten dyletantyzm w kierowaniu Kasami Chorych prowadzi w następstwie do przerzucenia punktu ciężkości na stronę zewnętrzną, dekoracyjną. Stąd te zawrotne sumy na różne imponujące gmachy ambulatoryjne, stąd te pomysły w kierunku różnych tricków w rodzaju pływalni i t. p.

Można się zgodzić, że dotychczasowe ambulatorja urągają wszelkim najprostszym wymaganiom, lecz przerzucanie się z jednej kracowości w drugą jest nie mniej szkodliwe, zwłaszcza, jeżeli na wydatki te czerpie się bezpośrednio ze składek, przeznaczonych na cele, bliżej obchodzące ubezpieczonych.

Co mają chorzy z pięknych sal, jeżeli po wyjściu z nich kończy się cała opieka Kasy nad nimi? Setki, a może tysiące chorych gruźliczych czekają beznadziejnie długo na swoją kolejkę do sanatorjów, która przeważnie przychodzi albo wtedy, kiedy chory już traci prawo do korzystania z pomocy sanatoryjnej, albo przez stan swój już się do niej nie nadaje.

Kasy Chorych lubią ogłaszać swe statystyki, chełpiąc się olbrzymimi liczbami udzielonych porad. Punktem honoru tych statystyk są stale rosnące wykresy w tym kierunku. Jakie zaślepienie! Czy nie byłaby o wiele ciekawsza statystyka wyzdrowień? Zapomogi pieniężne, które rosną z roku na rok, bynajmniej nie są świadectwem rozwoju, lecz, przeważnie, są dowodem upadku Kas i grożącej im w niedalekiej przyszłości ruiny.

Co uczyniły Kasy Chorych w kierunku profilaktyki? A przecież sprawa ta jest nie tylko doniosła pod względem sanitarnym. Jak wykazało doświadczenie Kas zagranicznych, jest ona nie mniej ważna pod względem budżetowym, podnosząc stan zdrowotny swoich ubezpieczonych. Są to wszystko postulaty tak prymitywne a zarazem tak pierwszorzędnej wagi, że dziwić się wprost należy, iż dotychczas zwracano na nie tak mało uwagi.

Przyczyna tego nienormalnego zjawiska jest zupełnie jasna — jest nią brak zmysłu lekarskiego we wszystkich dotychczasowych poczynaniach zarządów czy też Komisarzy Kas.

Jedyna droga do naprawy, jak już wspominaliśmy, to droga współpracy z opinią lekarską nie w charakterze doradczym, lecz decydującym.

Do tego celu potrzebna jest nie umowa pi-

¹⁾ Wraz z ustąpieniem p. Giebartowskiego ze stanowiska Komisarza Warszawskiej Kasy Chorych opracowany przezeń projekt umowy z lekarzami stał się nieaktualny.

semna, która winna mieć charakter wyłącznie osobisty, lecz czynne nieprzymuszone współdziałanie.

W prasie półurzędowej ogłoszono motyw dy misji byłego Komisarza Warszawskiej Kasy Chorych. O ile z ich treści sądzić można, miała ona być podyktowana wyłącznie troską o dobro Kasy. Warszawa otrzymała nowe kierownictwo.

Nie naszym zadaniem jest krytyka tych lub innych posunięć władz na stanowiskach urzędników Kasowych. Chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że sama

zmiana bez nowego programu nie zapowiada nic nowego.

Istotna poprawa stosunków nastąpić może tylko na drodze, przez nas wskazanej. Nie w interesie lekarzy tak przemawiamy. Czynimy to wyłącznie w interesie samej instytucji, w imię idei, która ją powołała do życia.

Tylko zgodna i fachowa współpraca postawić może Kasy Chorych na właściwym poziomie.

C.

O d c i n e k.

Kinematograf i lampa katodowa (film mówiący) na usługach medycyny.

Podał

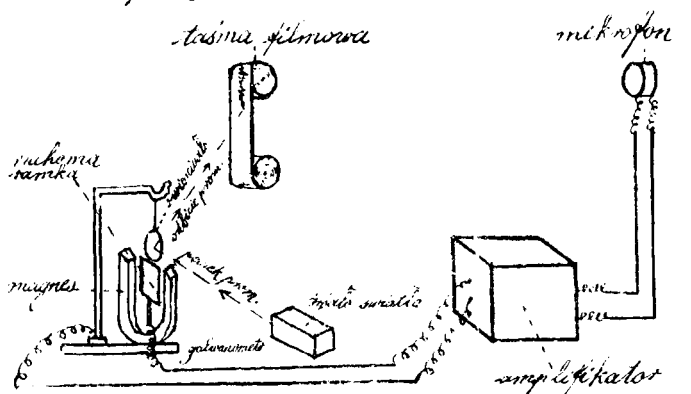
Dr. med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

Żyjemy pod znakiem zawojowania przestrzeni (samolot i radio) i przetwarzania energii: zamierzenia alchemików średniowiecznych nie były mrzonkami. Badania nad pierwiastkami promieniotwórczymi dowiodły, że możliwa jest przemiana jednego pierwiastka w drugi, dowodzi to, naszym zdaniem, jedności materji. Materja jest jedna, tylko w zależności od układu swoich najdrobniejszych części składowych przyjmuje na siebie tę czy inną postać. W podobny sposób z tych samych cegieł można wybudować mnóstwo gmachów różnej wielkości, różnego kształtu (stylu) i rozmaitego przeznaczenia. Tak samo, nap., woda, choć składa się zawsze z tych samych drobin tlenu i wodoru i w tym samym zawsze stosunku, może mieć trzy różne postacie (stany skupienia): płynu, ciała stałego i gazu, o tak odmiennych od siebie cechach fizycznych. Jedności energii dowodzą najnowsze zdobycze w dziedzinie elektryczności i magnetyzmu (przesyłanie obrazów na odległość), zapisywanie dźwięków w postaci krzywej na taśmie światłoczułej i t. d. A więc mamy jedność materji i jedność energii. Pójdziemy dalej: kto wie, czy materja i energia nie są odwrotnymi stronami tego samego medalu „rzeczy samej w sobie”, lub też, czy materja w pewnych warunkach nie staje się energją i odwrotnie?

Pięknym zastosowaniem przemiany jednego rodzaju energii w inny jest t. zw. film mówiący. Ażeby go uzyskać, do tego z najnowszych zdobyczy potrzebne są lampa katodowa (używana w radio) i t. zw. komora fotoelektryczna z selenu. Lampa katodowa wzmacnia prądy elektryczne i ma zastosowanie na stacji radiowej nadawczej w t. zw. amplifikatorach. Komora selenowa nosi nazwę fotoelektrycznej, gdyż pod wpływem światła powstają w niej prądy elektryczne, których natężenie jest zmienne w zależności od natężenia światła. (Film mówiący powstaje w ten sposób, że 1^o najpierw zapisujemy dźwięki za pośrednictwem mikrofonu, amplifikatora, i galwanometru z oświetlonym lusterkiem na światłoczułej taśmie filmowej w postaci krzywej, 2^o następnie odtwarzamy z taśmy filmowej dźwięki dzięki własnościom prze-

twarzania światła na prądy elektryczne komory selenowej za pośrednictwem jej, amplifikatora (lampy katodowej), radio — słuchawek, wzgl. głośnika.) Zapisywanie dźwięków jest przedstawione na schemacie 1-ym. Drgania powietrza w mikrofonie,

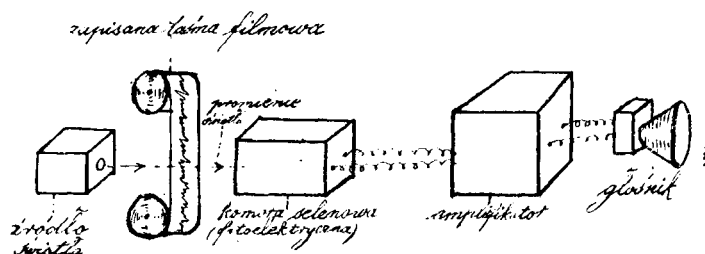
1. Zapisywanie dźwięków



który ustawiamy przed mówiącym, zostają przetworzone w drgania (prądy) elektryczne. Do złapania drgań niskiej częstotliwości (nap. zapisywania tonów i szmerów serca) używamy specjalnego mikrofonu. Słabe prądy elektryczne zostają wzmożone w amplifikatorze i skierowane do galwanometru, którego magnes zaopatrzony jest w ruchomą ramkę z lusterkiem. Na lusterko ze specjalnego źródła światła pada pęczek promieni, który odbija się i trafia na podstawioną na jego drodze kręcącą się taśmę filmową (światłoczułą). Zależnie od zmian natężenia prądu, przebiegającego przez galwanometr, ruchoma ramka z lusterkiem obraca się mniej lub więcej, znacząc drogę w postaci krzywej, którą następnie ujawniamy, wywołując kręcącą się taśmę filmową. Taśma kręci się równomiernie. Ażeby można było złapać częstsze drgania głosowe, szybkość kręcenia taśmy powinna wynosić około 30 cm. na sekundę. Proces zapisywania dźwięków został zakończony (nakręcanie filmu dźwiękowego). Taśmę z krzywą możemy przechowywać, jak długo chcemy, aby w odpowiedniej chwili odtworzyć z niej zapisane dźwięki. Odtwarzanie dźwięków jest przedstawione na schemacie 2-ym. Puszczamy w ruch zapisaną taśmę filmową oświetlając ją od tyłu. Wiązka promieni światła

przechodząc przez film, ma rozmaite natężenie (zależnie od tego, przez które miejsca zapisanej na filmie krzywej przechodzi), wskutek czego, padając na ustawioną na jej drodze komorę fotoele-

2. Odtwarzanie dźwięków



ktryczną (selenową), wzbudza w niej prądy elektryczne o różnym natężeniu. Prądy te zostają wzmocnione w amplifikatorze i przesłane do głośnika lub słuchawek, w których przetwarzają się na dźwięki jakie kiedyś zostały na taśmie filmowej

zapisane. Metoda fotoelektryczna zapisywania i odtwarzania dźwięków w zastosowaniu do medycyny (nauczanie), została opracowana przez Gaumonta, Lutembachera, Aschela, Frehly. Dnia 18 listopada 1926 r. o godz. 9 wieczorem w Wielkim Amfiteatrze Ecole Pratique w Paryżu odbył się wykład d-ra R. Lutembachera i demonstracja filmu mówiącego z odtworzeniem dźwięków chorego serca. Jednocześnie były puszczane dwa synchroniczne filmy: jeden z nich świetlny, na którym widzieliśmy (autor artykułu był obecny na tej demonstracji) na ekranie przemawiającego (poruszającego ustami) prelegenta, demonstrowającego i badającego chorego. Jednocześnie słyszeliśmy w głośniku jego głos, a w odpowiedniej chwili, gdy prelegent na ekranie przedstawiał stetoskop do serca chorego, nakładaliśmy na uszy słuchawki, znajdujące się w audytorjum koło każdego słuchacza, i wysłuchiwalismy bicia serca chorego.

Wiedza ludzka niema granic, bez przerwy zwycięsko kroczy naprzód. Będziemy wciąż świadkami nowych cudownych odkryć. To, co dziś wydaje się tworem wyobraźni, bajką z tysiąca i jednej nocy, wylęglą w podnieconym i natchnionym mózgu poety—pisarza, jutro stanie się faktem.

Wiadomości bieżące.

— XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Komitet Organizacyjny zwraca się do Szanownych Kolegów z prośbą o wzięcie udziału w Zjeździe tego-rocznym, który, jak z okólników, ogłaszanych periodycznie w pismach lekarskich i przyrodniczych wiadomo, obradować będzie w Wilnie w dniach od 26 — 29 września włącznie.

Zjazd dzielić się będzie na 27 sekcji. Poza obradami sekcijnymi, które organizowane są przez gospodarzy poszczególnych sekcji, odbędzie się każdego dnia po jednym plenarnym posiedzeniu z wykładem bez dyskusji.

Na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego wykładów tych podjęli się:

W dniu 1. Prof. Dr Leon Marchlewski z Krakowa na temat: Przemiana materji w świecie zwierzęcym a roślinnym;

W dniu 2. Prof. Dr. Emil Godlewski na temat: „Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne”;

W dniu 3. Prof. Dr. E. Piasecki z Poznania na temat: „Biologiczne podstawy wychowania fizycznego”;

W dniu 4. Prof. Dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: „Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznym”.

Pozatem część ostatniego posiedzenia poświęcona będzie pamięci Józefa Mianowskiego z powodu 50-lecia Jego śmierci. Przemówienie wygłosi Prof. Dr. Wrzosek z Poznania.

Programowe wykłady w sekcjach ogłoszone będą, względnie już są, w pismach specjalnych przez gospodarzy poszczególnych sekcji.

Komitet Organizacyjny prosi wszystkich Panów Kolegów, którzy zgłoszą referaty w sekcjach, o nadsyłanie tematu wraz ze streszczeniami przed dniem 30-tym sierpnia.

W Pamiętniku Zjazdu wykłady wyżej wymienionych prelegentów drukowane będą w całości: na streszczenia referatów programowych w sekcjach przewiduje się w ogólnym Pamiętniku Zjazdu cztery strony druku, na streszczenia referatów innych i uwag dyskusyjnych po pół strony druku.

§ 25 Zjazdu określa czas trwania przemówień dla referentów programowych w sekcjach na 20 minut, dla innych referentów i uwag dyskusyjnych na 10 minut, przy czym w dyskusji wolno zabierać głos dwa razy.

Dla członków i uczestników Zjazdu są zapewnione zniżki w granicach przewidzianych przez przepisy kolejowe (66%—owa zniżka w drodze powrotnej). W czasie Zjazdu czynna będzie Sekcja wycieczkowa, która organizuje szereg wycieczek w bli-

sze i dalsze okolice Wilna i zwiedzanie miasta. Kierownictwo wycieczek spoczywać będzie w ręku Profesorów Limanowskiego i Rydzewskiego, zaś kierownictwo zwiedzania miasta objął Prof. Ruszczyk. Sekcja wystawowa (Prof. Jan Muszyński, ul. Wielka 24) organizować będzie wystawę.

Komitet Organizacyjny prosi wszystkich Panów Kolegów o jaknajwcześniejsze zgłaszanie swego udziału w charakterze członków lub uczestników Zjazdu.

Ostatni termin zgłaszania udziału w Zjeździe ustalono na dzień 31 sierpnia. Kolegom, zgłoszonym do tego dnia, Komitet zapewni odpowiednie mieszkania na czas trwania Zjazdu. Wysokość wkładki za udział w Zjeździe ustalono dla członków na 30 złotych, dla uczestników na 20 złotych. Kartę członkowską otrzyma każdy za okazaniem dowodu wpłaty. Komitet prosi wszystkich członków i uczestników o jaknajwcześniejsze nadsyłanie wkładki za pośrednictwem P. K. O. konto 81,309 (Skarbnik Dr. Wacław Bądryński).

Prof. dr. K. Michejda Prof. dr. A. Januszkiewicz
Sekretarz generalny Przewodniczący

Komitetu Organizacyjnego

— Redakcja „Wiedzy Lekarskiej” ogłasza konkurs na najlepszą pracę lekarską na temat dowolny, lecz uwzględniającą przede wszystkim potrzeby lekarza praktyka. Ubiegać się mogą o nagrodę jedynie lekarze, obywatele polscy, całorocznymi prenumeratorem „Wiedzy” z wyjątkiem stałych współpracowników „Wiedzy” oraz lekarzy, pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich. Nagroda wynosi 3000 zł. Autor nagrodzonej pracy obowiązany jest spędzić w roku 1930 najmniej dwa miesiące w jednym z miast uniwersyteckich Francji na studiach lekarskich, z których ma złożyć sprawozdanie redakcji „Wiedzy”.

Termin nadsyłania prac upływa z dniem 31 grudnia r. 1929. Bliższe szczegóły, dotyczące konkursu, podaje zeszyt majowy „Wiedzy Lekarskiej” z r. b.

— Polskie Towarzystwo Eugeniczne ogłasza konkurs na pracę z zagadnień eugeniki. Nagroda wynosi zł. tysiąc.

— Konkurs. Koło Lekarzy Towarzystwa „Pomoc Lekarska” przy ul. Grzybowskiej Nr. 11, egzystującego od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekar-

skiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza konkurs na najlepszą pracę z biologji lub patologji żydów. Nagroda wynosi 1.000 złotych. Warunki konkursu

1. O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego.

2. Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkniętą kopertę opatrzoną tem samym godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora.

Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach.

3. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r.

4. Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1.000 zł. zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 złotych za pracę, najwięcej wyróżnione.

5. W razie zakwalifikowania do nagrody kilku prac jednakowej wartości pierwszeństwo przyznane będzie pracy lekarza, pracującego przy T-wie „Pomoc Lekarska”.

6. Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia 1 października 1930 r.

7. Koło Lekarzy przy T-wie „P. L.” zastrzega sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na posiedzeniu, odbytem w dniu 3 czerwca r. b. ukończył się jak następuje:

1. Dr. Bolesław Jakimiak — prezes
2. Dr. Kazimierz Orzeł — wice-prezes
3. Dr. Stanisław Swierczewski — sekretarz
4. Dr. Edmund Jarociński — skarbnik
5. Dr. Ludomir Nowacki — gospodarz lokalu
6. Dr. Kazimierz Jasiulewicz — zastępca gospodarza
7. Dr. Stanisław Gębarski
8. Dr. Aleksander Gruszczyński
9. Dr. Adolf Jasiobędzki
10. Dr. Antoni Krzyczkowski
11. Dr. Bronisław Łuczyski
12. Dr. Antoni Smiechowski

3. Dr. Jan Gólański, 4. Dr. Kazimierz Górski, 5. Dr. Stefan Pręczkowski — zastępcy członków Zarządu.

Sekretarz Prezes Zarządu
W. Szemiota Bolesław Jakimiak.

— Zakończenie IV-go kursu trachomatologicznego.

W dniu 12 VI r. b. o godz. 11¹/₂ rano odbyło się w Państwowej Szkole Higieny zamknięcie IV-go kursu trachomatologii i organizacji walki społecznej z jaglicą dla lekarzy.

W sprawozdaniu z przebiegu kursu, kierownik kursu, Dr. M. Zachert, zaznaczył, że kurs obecny przesłuchało 34 lekarzy, przybyłych z różnych województw; w poprzednich kursach wzięło udział 172 lekarzy, razem zatem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało już 206 lekarzy.

Po sprawozdaniu D-ra Zacherta przemawiali w imieniu prelegentów: Prof. J. Szymański, Marszałek Senatu i Prof.

K. Noiszewski, w imieniu Państwowej Szkoły Higieny—Dyrektor, Dr. W. Chodźko, b. Minister Zdrowia, podnosząc znaczenie tego rodzaju kursów dla podniesienia kultury sanitarnej kraju.

W końcu przemawiał Dr. W. Królewski w imieniu słuchaczy, dziękując Departamentowi Służby Zdrowia M. S. Wewn. i Państwowej Szkole Higieny za organizowanie tych kursów.

— Konferencja Lekarzy — Esperantystów w Wiedniu

Zarząd Wszechświatowego Związku Lek. — Esper. (Tekla) komunikuje uprzejmie, że tegoroczna Konferencja odbędzie się w Wiedniu od 30 lipca do 2 sierpnia.

Program, przygotowany wspólnie z Komitetem Lekarskim Wiedeńskim, jest następujący:

30. 7. — wspólne zwiedzenie Klinik wiedeńskich.

31. 7. — rano posiedzenie naukowe. Zgłoszone są nast. odczyty: Prof. Dr. Neuburger — Wiedeń — O lekarzach, jako pionierach kultury. Doc. Dr. Friedjung — Wiedeń — O wychowaniu a chorobach dzieci. Dr. Berghof — Temat zastrzeżony Dr. Adelfang — Warszawa — O nowej metodzie Cholecystografji. Dr. Babadagly — Odessa — O nowym sposobie wczesnego rozpoznawania ciąży. Dyskusja. Sprawy organizacyjne: wzajemna pomoc naukowa i zawodowa na terenie międzynarodowym.

Obiad wspólny. Zwiedzenie miasta i okolic.

1. 8. — Uroczyste otwarcie Międzynar. Muzeum Esper.

2. 8. — Wyjazd części uczestników do Budapesztu i części do Czechosłowacji (Pistjen, Praha, Karlovy Vary.)

Karta członkowska (1 Dolar a m. e. r.) daje prawo do bezpłatnej wizy i zniżki na kolejach austriackich, pozatem w Wiedniu do udziału w wycieczkach.

Trudna sprawa pasportowa została pomyślnie rozwiązana dzięki naszemu Ministerstwu Spraw Zagranicznych, które łaskawie udziela poparcia w otrzymaniu pasportu ulgowego.

Zarząd Tekla uprzejmie zaprasza Szan. Kolegów, członków Związku, na Konferencję i prosi o niezwłoczne zapisanie się (do 12. 7. włącznie), gdyż liczba pasportów jest ograniczona. Zapisy przyjmuje Dr. I. Krenicki — Warszawa — Nowy-Swiat 37 — tel. 10409, lub Przewodniczący Konferencji Wiedeńskiej Dr. W. Róbin — Warszawa — Marszałkowska 113 — tel. 73-01

— W dniu 8 VI r. b. na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu w Nancy p. Stanisław Klawe, Prezes T-wa Przem. Chem.-Farm. d. Magister Klawe, S. A., po obronie tezy „Contribution à l'étude des drogues végétales pulvérisées” (W sprawie badań surowców roślinnych sproszkowanych) otrzymał stopień Doktora farmacji.

— Naukowa wycieczka lekarzy do Paryża i Londynu.

Grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) wybiera się 3. sierpnia 1929 r. do Paryża i Londynu.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biberstrasse 11, I. Stock, Tür 6.

TREŚĆ: L. ENDELMAN. Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne. (C d.) — A. LANDAU, J. GLASS i ST. KAMINER. Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą. (Dok.) — A. DRYJSKI. Geniza i Technika Metody Psychoanalizy (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — H. KŁUSZYŃSKI. Z międzynarodowego terenu pracy nad reumatyzmem. — G. RACIAŻEK. Z III Rocznika ubezpieczeń społecznych w Polsce. — C. Kasy Chorych. — J. RUTKOWSKI. Kinematograf i lampa katodowa (film mówiący) na usługach medycyny. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ENDELMAN. La cataracte sénile et son traitement non-opératoire. (Suite) A. LANDAU, G. GLASS, ST. KAMINER. Un cas d'occlusion avec hypochloremie, azotémie et acidose (fin.) — A. DRYJSKI. Genèse et technique de la méthode psychoanalytique (Rev. gén.) — St. KŁUSZYŃSKI. Travaux internationaux concernant la question du rhumatisme — G. RACIAŻEK. Le troisième annuaire des assurances sociales en Pologne. — C. Les Caisses des malades. — R. RUTKOWSKI. Le film parlant dans la médecine.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł. kwartalnie.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.