

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. 28

WARSZAWA, 11 LIPCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne.

Podał

Leon ENDELMAN (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 26 i 27).

Nie będę dłużej zatrzymywał się nad innemi próbami farmakologicznego leczenia zaćmy (Tischner — leczenie homeopatycznymi dawkami Secale, Hg., J., arsenu, siarki, fosforu i t. d., Meyer-Steinberg — specjalnie przezeń przyrządzonym preparatem, który prócz jodku potasu i soli kuchennej zawierał jeszcze rozpuszczone soczewki zwierzęce) i przechodzę do metody leczniczej Römera, która swego czasu wzbudziła wiele zainteresowania a poniekąd i związanych z nią nadziei.

Wyżej zapoznaliśmy się już z jego teorią powstawania zaćmy, więc w zgodzie z nią postanowił wprowadzać do ustroju, dotkniętego zaćmą, składniki soczewki zwierzęcej odpowiednio przyrządzone, będąc tej myśli, że wiązać one będą cytoksyny, jakie krążą we krwi starców i zniweczyć je zanim poprzez okazujące już również nieomówione ciało rzęskowe dostaną się do soczewki i ją uszkodzą.

Ze względu na wielkie trudności, jakie napotkało przyrządzenie preparatów rozpuszczalnych, zdolnych do zastrzykiwań podskórnych z bardzo źle rozpuszczającej się substancji soczewkowej, dalej z obawy zbyt silnych odczynów ze strony całego ustroju (anafilaksja), zdecydował się Römer na wprowadzanie zwierzęcych soczewek choremu doustnie. Według jego wskazówek został wyprodukowany środek, zawierający niezmiennione soczewki zwierzęce, i rzucony na rynek handlowy pod nazwą „Lentocalin”.

Pierwsze wyniki takiej swoistej organoterapii zaćmy podał Römer na zjeździe okulistów niemieckich w Heidelbergu w r. 1909. Wypróbował

on ją na 165 chorych, i, jak wtedy twierdził, u nikogo nie nastąpiło pogorszenie wzroku.

Organoterapia Römera w bardzo krótkim czasie wywołała ostry sprzeciw najpierw ze strony Schirmera i jego uczniów Wissmanna i Börnstaina, a następnie jeszcze ostrzejszy ze strony kliniki Praskiej Elschniga w osobie jego asystenta Salusa. Schirmer powiada: „Jeśli krążące we krwi cytoksyny mają być pochwycone przez białko soczewkowe zwierzęce, to nieodzownym jest warunkiem, by białko to dostało się do krwioobiegu w stanie niezmiennionym, swoistym. Römer wprowadza soczewki zwierzęce przez jamę ustną, więc do żołądka. Powstaje pytanie, czy przez soki trawienne białko soczewkowe nie zostaje do tego stopnia zmienione, że z jego swoistej budowy, z jego swoistych drobin nic nie pozostaje. Jeśli to rzeczywiście się odbywa, jeśli do ustroju dostają się tylko niezróżnicowane szkielety białka soczewki, z których ustroj tworzy swoje własne, zupełnie odmienne białko, to odpada możliwość niweczenia soczewkami zwierzęcymi, wprowadzanymi doustnie, cytoksyn, nastawionych na soczewkę w ustroju chorego z zaćmą. Jeśli zaś przyjąć, że jednak pewna część takiego białka nie ulega doszczętnym przemianom i dostaje się do krwioobiegu w stanie niezmiennionym, to musi ono, jak wszelkie przeciwciała, wywołać tworzenie się w ustroju odczynów, które można udowodnić, badając w tym kierunku surowicę krwi”.

Badania wyżej cytowanych uczniów Schirmera udowodniły, że u kotów i człowieka, nawet przy obfitem karmieniu soczewkami, swoiste ich białko nie przedostaje się do surowicy krwi, więc tem samem hipoteza Römera o chwytności cytoksyn we krwi musi upaść.

Salus zastrzykiwał królikom przesącze soczewek pod skórę, ludziom zaś podawał doustnie olbrzymie ilości świeżych zwierzęcych soczewek, i okazało się, że, podczas gdy surowica królików posiadała wybitne własności kłaczkowania, surowica chorych nie miała jej w stopniu najmniejszym.

W zakończeniu swej pracy, która głównie przyczyniła się do obalenia teorii o powstawaniu zaćmy, jakoteż metody leczniczej Römmera, Salus powołuje się na autorytet Abderhaldena, który dowiódł, że rodzaje białka w surowicy krwi zawsze mają ten sam skład, niezależnie od tego, czy białko pokarmowe zbliżone jest do białka surowicy czy też nie. Nie białko pokarmowe we krwi krąży, lecz białko tego czy innego ustroju; białko, wprowadzone do ustroju, poprzez skomplikowaną przebudowę staje się białkiem ustrojowym i jedynie, jako takie, może służyć do odżywiania się komórek.

Jak widzimy, ta pierwsza próba organoterapii zaćmy bardzo szybko rozwiała się doszczętnie, i należy wyrazić słowa szacunku dla jej twórcy, który już w następnym 1910 r. na zjeździe w Heidelbergu przyznał, że poprawę wzroku u jego chorych trudno przypisać jego terapii.

Próby organoterapii zaćmy odżyły dopiero od paru lat ostatnich, kiedy całe leczenie wstąpiło pod znak tej metody. Tak np. w r. 1922 Gallus zaleca u kobiet, które, zdaniem jego, są bardziej skłonne do zaćmy starczej i przedstarczej, w początkowych okresach podawanie wyciągów jajnikowych, zwłaszcza Ovaraden-triferrinu Knolla. Amerykanin Davis w 1924 r. przez siebie wynalezioną surowicę, Zirm w 1928 r. zawieszoną z soczewek, wydobytych przy operacjach, nazwaną przez niego „Cataractolysin“, w postaci zastrzyków podspojówkowych.

I my moglibyśmy zanotować spostrzegany przez nas od niespełna roku przypadek, w którym stosowanie organoterapii dało, jak dotąd, wcale zachęcający wynik. Dotyczy on panny H. K. lat 30, która po raz pierwszy zgłosiła się d. 24 maja r. u., skarżąc się, że od dwóch lat odczuwa stopniowe pogorszenie wzroku w oku prawym. Badanie stwierdziło: oko prawe — zmętnienie soczewki, dość daleko posunięte, w powierzchownych i głębokich warstwach, głównie na obwodzie, w kształcie t. z. zaćmy słonecznikowatej, choć i części jądrowe nie są wolne, tak, że szczegóły dna ocznego są prawie niewidoczne; siła wzroku tego oka wynosiła — liczenie palców z odległości 2-ch metrów. Oko lewe prawidłowe, siła wzroku — 5/5. Badanie wewnętrzne nie wykryło żadnych nieprawidłowości poza wybitnie zaznaczoną dysmenorrea. Zastosowałem Opozonę Polyglandulosus „O“, miejscowo zakrapianie 5% NaJ. Po raz drugi widziałem chorą dn. 16 lipca i stwierdzić mogłem pewną poprawę przedmiotową i podmiotową: tarcza n. wzr. przegląda, liczy palce z 4-ch metrów. Następnie chora zjawiła się 23 października; żadnej zmiany wtedy nie mogłem stwierdzić; zaleciłem dalsze stosowanie preparatów jajnikowych, a zamiast kropeł jodowych zastrzykiwania domięśniowe Alivalu po 2 gr. 27 grudnia chora oświadczyła mi, że odczuwa wyraźną poprawę wzroku. Badanie potwierdziło to najzupełniej: siła wzroku — 5/50, tarcza, aczkolwiek zamglona, zupełnie dobrze widoczna. Ostatni raz widziałem pacjentkę w dn. 12 kwietnia r. b., przyczem stwierdzić mogłem: męty w soczewce prawie nie uległy żadnej zmianie, lecz ostrość wzroku wybitnie się wzmogła i wynosi obecnie — 5/20.

Jeśli dodamy jeszcze do wyżej wyliczonych metod leczniczych, że niebrak było prób z leczeniem wczesnych okresów zaćmy naświetlaniami radem (Franklin i Cordes w Ameryce w r. 1920), mieć będziemy barwny obraz tych wysiłków, jakie czynią okuliści, by nie uciekać się do *ultimum refugium* — noża Graefego przy operacji zaćmy.

Najwięksi koryfeusze okulistyki współczesnej uważają wszelkie próby podejścia terapeutycznego do zaćmy niemal za walkę z wiatrakami. Uthoff np. powiada: „Całe leczenie nieoperacyjne zaćmy starczej stoi na bardzo słabych nogach i ma tak mało widoków na przyszłość, że nie można go brać poważnie“. Elsch nigg zaś twierdzi: „Wszystkie t. z. dodatnie wyniki leczenia miejscowego zaćmy należą, zdaniem mojem, opartem na badaniu przypadków takiego leczenia z rzekomą poprawą, do dziedziny świadomego, a może niekiedy i nieświadomego przeinaczania prawdy“.

Wobec takiego stanu rzeczy, gdy każdy, co znów ośmieli się zalecać nowy środek przeciwko zaćmie, naraża się na posadzenie o zwykłe szalbierstwo i tumanienie ludzi, trzeba odwagi nielada, zwłaszcza dla ludzi już zasłużonych nauce, by wystąpić w takiej roli. Takie *odium*, zupełnie świadomie, wzięł na siebie znany z wielu poprzednich wartościowych prac naukowych profesor Uniwersytetu Berneńskiego Siegrist.

Siegrist oświadcza, że osobiście nie może się pogodzić z prawie wszechwładnie panującym kanonem wiary, iż zaćma starcza jest objawem pierwotnego, opartego na prawach dziedziczności, starczego zużycia soczewki, i że jest niemożliwością przeto w jakikolwiek sposób wpłynąć leczniczo na ten proces biologiczny. Wręcz przeciwnie, jest on zdania, że w powstawaniu zaćmy nie tylko gra rolę starzenie się samej soczewki, lecz i starzenie się gruczołów dokrewnych, od których prawidłowego funkcjonowania znajduje się w ścisłej zależności prawidłowy stan soczewki.

Chcąc udowodnić naukowo to swoje przesądzenie, Siegrist stawia sobie trzy pytania, na które daje bardzo szczegółowe odpowiedzi, oparte na materiale klinicznym i doświadczalnym własnym i cudzym.

Pierwsze jego pytanie brzmi: „Czy gruczoły dokrewne grają jakąkolwiek rolę w patogenezie zaćmy?“. Na nie następuje odpowiedź: „Pytanie to dziś nie może się wydawać nieuzasadnione albo nienaukowe, albowiem obecnie już zbyt wiele dowodów istnieje po temu, by wierzyć w możliwość związku pomiędzy zaćmą starczą a gruczołami dokrewnymi“. Siegrist zastrzega się, że, oczywiście, nie walczy przeciwko temu, iż soczewka, jak każdy inny narząd, ulega wpływom starości, lecz pragnie tylko podkreślić, że, skutkiem starczych zaników w pewnych gruczołach dokrewnych, uwiąd starczy soczewki może być przyspieszony, a więc, jeśli uda nam się czynności gruczołów poprawić, możemy powstrzymać starzenie się soczewki.

Zdaniem Siegrista, zabiegi odmładzające Steinacha, Woronowa, Harmsa i in. udowodniły, że wiele objawów starczych daje się w wydatnym stopniu zmniejszyć lub całkowicie usunąć przez pobudzenie czynności gruczołów dokrewnych, skąd płynnie niezaprzeczalny wniosek, że objawy starości są związane ze zwyrodnieniem tych gruczołów. Dlaczego zaćma starcza miałaby stanowić wyjątek i nie być zależna od zmian gruczołowych?

W każdym razie, zdaniem S., współczesne badania nad starością i sposobami jej zapobiegania nakazują nam rewizję naszych poglądów na patogenезę zaćmy i jej metody lecznicze.

Na drugie pytanie: „Czy objawy i skutki starości rzeczywiście są do tego stopnia nieusuwalne, jak to dotąd powszechnie się utrzymuje, czy nie można na drodze odpowiednich zabiegów operacyjnych lub leczenia hormonalnego objawów starości choćby na pewien czas powstrzymać albo ich wydatność zmniejszyć?” Siegrist daje bardzo szczegółową odpowiedź, przytaczając długie cytaty z prac Steinacha, Harmsa i Woronowa z odbitkami fotograficznymi „odmłodzonych” psów, baranów, byków i człowieka.

Wnioski swoje z przestudjowania prac autorów powyższych Siegrist formułuje, jak następuje: „Z prac tych wynika z całą pewnością i zupełnie konsekwentnie, że starość z jej wieloma dokuczliwymi objawami nie jest czemś nie do pokonania, czemś, nie znającym żadnego wyjątku, podległym wyłącznie niezłomnym prawom dziedziczności, lecz, przeciwnie, że wiele z tych znamion starości, anatomicznych i czynnościowych, daje się osłabić, ba, nawet zupełnie doszczętnie usunąć”. A dalej nieco mówi S.: „Starość i jej skutki, w przyszłości nie będą należały do dziedzin *„noli me tangere”*. Bajka o źródle wiecznej młodości nie jest już dziś bajką, przynajmniej, jeśli opuścimy słówko „wiecznej”, albowiem nauka odnalazła już drogę do tego źródła i siłą rzeczy będzie ją poszerzała i rozbudowywała. Tak, jak już się udało bezgranicznie utrzymać przy życiu w odpowiednich płynach poszczególne tkanki, a nawet narządy ludzkie, udać się musi w przyszłości utrzymanie przy życiu i dobrej sprawności czynnościowej całego człowieka i jego narządy, w ciągu wydłużonego, niż to ma miejsce obecnie czasu, na drodze doprowadzania do tkanek i narządów ciągle nowych bodźców-hormonów”.

W trzecim pytaniu porusza Siegrist zagadnienie dziedziczności zaćmy. Brzmi ono. „Jak stoi sprawa z dziedziczeniem zaćmy? Czy rzeczywiście odziedziczona cecha nie może podlegać najmniejszym zmianom?”. S., oczywiście, uznaje przemożny wpływ dziedziczności, lecz jest to dlań pojęcie, które wymaga jeszcze bliższego opracowania i dokładniejszego rozbioru. Nie mówi nam ono nic o pochodzeniu, genezie odziedziczonych cech, np. o źródle zaćmy, stwierdza tylko powtarzanie się w pewnych rodzinach pewnych cech, lecz nic nie mówi, dlaczego się te cechy powtarzają. Na potwierdzenie, że nie wszystko jest w porządku w „państwie” dziedziczności, przytacza S. następujący przykład: uważano, że w pewnych rodzinach dziedzicznie występuje złe uzębienie, obecnie zaś już wiemy, dzięki badaniom Mc. Colluma, że często tu dziedziczność nie ma nic do powiedzenia, gdyż złe uzębienie w takich razach zależy od niedostatecznego i nieodpowiedniego, ubogiego w witaminy pożywienia matek w czasie ciąży. Na podstawie tych spostrzeżeń później już stwierdzono, że złe uzębienie endemicznie występuje u tych ludów, które złe się odżywiają, choć na pierwszy rzut oka możnaby widzieć tu obciążenie dziedziczne. „Nie wszystko, powiada S., co z pozoru wydaje się odziedziczną sprawą jest istotnie przejęte w spadku po przodkach, lecz często zależy od niekorzystnych warunków świata zewnętrznego. Jeśli prawidłowe, dodatnie załączki mogą ulec szkodliwym wpływom zewnętrznopochodnym i przekształcić się w złe, to

czemużby patologiczne, ujemne nie mogły się zamienić na dobre?”

Należy tylko zbadać i zgłębić te warunki i te czynniki, przy których najkorzystniej odbywałby się rozwój ustroju. Tak np. doniedawna po czytywano pewne nieprawidłowości wzrostu za odziedziczone (S. prawdopodobnie ma tu na myśli akromegalię i infantylizm), obecnie wiemy, że można na nie wpływać przez podawanie hormonów”.

„To, co się da powiedzieć o całej jednostce ludzkiej, musi mieć zastosowanie i w odniesieniu do narządu poszczególnego”—powiada S.: na cechy odziedziczone można wpływać, przynajmniej w granicach ilościowych, poprzez najrozmaitsze czynniki zewnątrzpochodne. Płyne stąd wniosek, że nie można zasadniczo zaprzeczać możliwości wpływania na zmętnienie soczewki, które może być nawet wyrazem odziedziczonej skłonności, przez czynniki zewnętrzne, a więc i próby leczenia zaćmy starczej uważać należy za zupełnie racjonalne i będące w zgodzie z nauką.”

Na tak przygotowanym gruncie i po takich przesłankach teoretycznych rozpoczął Siegrist w r. 1917/18 początkowo w swojej prywatnej pracowni, później w jednej z fabryk chemicznych w Berlinie wyrabiać środek p. n. „Euphakin”, którego główną część składową stanowią wyciągi z gruczołów płciowych, tarczycy i gruczołu przytarczowego w postaci kołaczyków, podawanych chorym doustnie. Tym swoim preparatem leczył Siegrist od początku r. 1921 do końca r. 1924 56-iu chorych z zaćmą starczą. Z tych 56-iu odrzuca on 24-ch, którzy z rozmaitych powodów nie przeprowadzili kuracji systematycznej, pozostało mu więc 32-ch, na których mógł poczynić spostrzeżenia co do skuteczności środka. U wszystkich, prócz jednego, nie stwierdzono obniżenia siły wzroku, znaczna część (2/3) wykazywała nawet poprawę o 0,1—0,2. Badanie natomiast przedmiotowe wykrywało tylko w rzadkich przypadkach zmniejszenie się zmętnień i jedynie polegające na tem, że pojedyncze, jeszcze względnie przezroczyste, szczeliny wodne znikały—wyniki, jak sam S. przyznaje, nader nikłe. Autorowi wydaje się atoli objawem znamienym, że w więcej, niż w połowie przypadków, w których zostało przerwane podawanie euphakiny na przeciąg 1/2—1 r., zauważono wyraźne, a niekiedy wybitne pogorszenie, podczas kiedy pod wpływem zażywania preparatu przez długi czas przedtem u tychże chorych stan nie ulegał zmianie.

W zakończeniu swej książki Siegrist zwraca się do kolegów z prośbą o wypróbowanie preparatu, który znajduje się we wszystkich aptekach, gdyż jego materiał jest za szczupły do wyciągania wniosków o skuteczności euphakiny, wreszcie podkreśla, że nie wmawia sobie, iż jego preparat jest tym właściwym nowym środkiem leczniczym przeciwko zaćmie starczej, wierzy tylko głęboko i szczerze, że nowa, skuteczna metoda lecznicza w zaćmie musi mieć za punkt wyjścia wprowadzenie do ustroju w jakikolwiek sposób pewnych hormonów, albowiem, jak jeszcze ostatni raz podkreśla, zaćma starcza nie polega tylko na starzeniu się soczewki, lecz i na jednoczesnym uwiąznięciu gruczołów dokrewnych.

Już po ukazaniu się monografii zabiera jeszcze raz zupełnie świeżo, bo w zeszycie grudniowym

zeszłorocznym miesięczniku Klin. Monatsbl. f. Augenhk. głos Siegrist, aby już w krótkim szkicu streścić swój pogląd na istotę zaćmy starczej i jej leczenie nieoperacyjne, a zarazem dorzucić jeszcze nieco więcej światła do sprawy, w jakich częściach soczewki powstają pierwsze zmiany patologiczne.

Jak nam już wiadomo, obecnie prawie przez wszystkich został przyjęty pogląd V o g t a: pierwsze zmiany patologiczne w zaćmie starczej zjawiają się w warstwach głębszych, ponadjądrowych soczewki. Było to wielkim szkopułem dla teorii o zewnątrzpochodnem powstawaniu zaćmy, atutem zaś w rękach stronników hipotezy uwiadu starczego samej soczewki. Stwierdzoną już doświadczalnie jest rzeczą, że przy wprowadzaniu do ustroju dużych dawek substancji trujących dla soczewki lub w razie ostrego, nagłego przerwania czynności jakiegoś gruczołu dokrewnego, stojącego w niezaprzeczalnym powinowactwie do soczewki, jak np. po wyłuszczeniu gruczołu przytarczowego, pierwsze ulegają zmętnieniu warstwy podtorebkowe. Dla Siegrista podlegało jeszcze stwierdzeniu na drodze doświadczalnej, czy tak samo się dzieje, jeśli jady te będą podawane przewlekłe, t. j. w małych dawkach, lecz przez czas dłuższy, albo też jeśli gruczoły będą tylko częściowo uszkodzone, a nie całkowicie wyłączone. Otóż w ostatnim swym artykule podaje Siegrist wyniki prac doświadczalnych swego asystenta Goldmanna nad działaniem naftaliny, która, jak wiadomo, w dużych dawkach zawsze

wywołuje typową zaćmę podtorebkową. Okazało się, że ta sama naftalina w małych dawkach, podawana przez czas dłuższy szczerom, sprowadzała zaćmę głęboką; ofiarą trucizny padały nie podtorebkowe młode włókna, lecz starsze, najprawdopodobniej mniej odporne i gorzej się odżywiające.

Siegrist konkluduje: „Jeśli w zaćmie starczej działają jady zewnątrzpochodne, to, oczywiście, może tu być mowa jedynie o ich działaniu przewlekłym, a więc jeśli wyniki badań Goldmanna zostaną potwierdzone, zrozumiałe będzie powstawanie pierwszych zmian w głębokich warstwach i w oświetleniu naszej hipotezy“.

Dobiegliśmy w naszych rozważaniach na temat zaćmy starczej do chwili obecnej. Jak wszędzie w naszej nauce, tak i w tej sprawie nie zostało jeszcze wypowiedziane ostatnie słowo. Ścierają się poglądy, jeden zwalcza drugiego coraz to bardziej, jeśli tak wolno się wyrazić, wyrafinowanymi argumentami, opartymi na coraz to ściślejszej obserwacji, na coraz to bardziej umiejętnie postawionych doświadczeniach, a obok stoi ludzkość zapatrzona w nas, w nasze warsztaty naukowe, skąd oczekuje środków już nie tylko przeciwko chorobom, które ją trapią, lecz pożąda już od nas „eliksiru wiecznej młodości“.

Czy jej to kiedykolwiek damy?... Narazie zrażmy się tym nadzwyczajnym optymizmem, jaki bije z wielu stron książki Siegrista.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddz. chorób nerwowych i wewnętrznych Szpitala na Czystem.
(Ord. Dr. L. E. BREGMAN).

O postaciach uleczalnych ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia urazowego.

Podali

L. E. BREGMAN (Warszawa) i G. KRUKOWSKI (Warszawa).

Dzięki postępowi badania bakteriologicznego oraz wprowadzeniu nakłucia lędźwiowego zarówno do celów djagnostycznych, jak i terapeutycznych, poglądy nasze na rokowanie w ropnym zapaleniu opon mózgowych uległy radykalnej zmianie. Przekonał się przede wszystkim, że ropne zapalenie nagminne opon, zwłaszcza po wczesnym zastosowaniu leczenia swoistego w znacznym odsetku przypadków daje zejście pomyślne. Mniej pomyślnie przedstawia się rokowanie w zapaleniu ropnem opon, wikłającym sprawy zakaźne, powstałe skutkiem działania innych (nie meningokoków) drobnoustrojów, a zwłaszcza pneumokoków. W sprawach oponowych, które, niestety tak często wikłają cierpienia uszne, rokowanie również się zmieniło od czasu, gdy przekonano się, że powikłanie to w niektórych przypadkach może mieć zejście pomyślne. Fakty te tak dalece wpłynęły na zmianę poglądów wśród otjatrów, że bardzo wielu z nich nie uważa już obecnie powikłania ropnem zapaleniem opon za przeciwwskazanie do zabiegu ope-

racyjnego. Daje temu wyraz między innymi także kol. Gottfryd, który w 40% przypadków operowanych na oddziale Dr. Lublinera, powikłanych ropnem zapaleniem opon, podaje wyzdrowienie.

To samo, co powiedzieliśmy o różnych postaciach ropnego zapalenia opon, stosuje się także do ropnego zapalenia pochodzenia urazowego. Według powszechnego mniemania rokowanie w przypadkach tych uważane było za bezwzględnie śmiertelne. Zarówno w podręcznikach chirurgicznych starszych (Tillmanns, Hueter—Lossen), jak i w nowszych (Garré, Tietze, Borchardt), znajdujemy opinię, że cierpienie to zwykle kończy się śmiercią. W ostatnich czasach jednakowoż zaczęły się zjawiać spostrzeżenia, które stoją w sprzeczności z powyższym poglądem. Bardzo nieliczne tego rodzaju przypadki podali następujący autorzy: Widal, Widal et Brissaud, Gautier et M-me Chausse Klink, Oudard, Szenic, Kaulbersz-Marynowska w piśmiennictwie polskim. Mając sposobność obserwować w ostatnim czasie 3 podobne przypadki o zejściu pomyślnym, uważamy za stosowne podać je szczegółowiej do wiadomości ogółu i rozpatrzyć bliżej sprawę tę, która ma doniosłe znaczenie zarówno pod względem klinicznym i ogólnie patologicznym, jak i pod względem sądowo-lekarskim.

Dla celów praktycznych wydaje nam się pożytecznym podzielić wszystkie odpowiednie spo-

strzeżenia na 2 grupy: 1) przypadki, w których badanie bakterjologiczne wykazało te lub inne drobnoustroje, 2) przypadki, w których płyn mózgowordzeniowy okazał się jałowy.

Do I-ej grupy należą 2 następujące:

Przypadek I-szy. F. J. lat 31, przybył na od. 24 X 26 r.

Na tydzień przed przybyciem przy przenoszeniu węgla spadł z 1/2 piętra głową na dół, stracił przytomność, którą odzyskał dopiero po paru godzinach, poczem doznał silnego bólu głowy, wymiotował. Nazajutrz ponowna utrata przytomności, ból głowy trwa nadal od czasu upadku.

Badanie wykazało: C. 37,5, tętno — 70, miarowe, krwotok z ucha prawego, świadomość zamroczona, sztywność karku, przekrwienie tarcz nerwów wzrokowych. Żrenice wąskie, oddziaływanie na światło zachowane. Opryszczka na wargach. Żadnych zaburzeń w obrębie n-ów czaszkowych i k. k.

Brak odruchów patologicznych.

Nakłucie lędźwiowe*): płyn ropny, zawiera 0,75% białka, NA +, 6000 neutrofilów w 1 mm.³

Badanie bakterjologiczne wykazało liczne laseczniki gramoujemne, poczęści sfagocytowane, które udało się wyhodować jako szczep czysty. W ciągu pierwszych kilku dni stan chorego był ciężki, chory bredził, nie poznawał otoczenia. C. 38 przy tętnie względnie zwolnionem (64—80).

Odr. ścięgowych nie można było otrzymać. Objawy zastoinowe w dolnych płatach płuc. Płyn mózgowo-rdż. nadal mętny. Rentgenogram czaszki wykazał nadłamanie kości w części ciemieniowej. W kilka dni po przybyciu do szpitala chory otrzymał pod skórę 0,25 ol. terpentynowego, poczem wytworzył się ropień, który przecięto. W tym czasie stan chorego zaczął się stopniowo poprawiać, przytomność powracała, ciepłota spadała, sztywność karku trwa nadal, k. k. d. przykurczone w zgięciu. Po upływie tygodnia sztywność karku znacznie się zmniejszyła, i płyn m-rdż. był tylko opalizujący.

W tym okresie poprawy nastąpiło podniesienie ciepłoty do 38,8, silny ból głowy i równocześnie ropotok z pr. ucha. a wkrótce potem także ropotok i z l. ucha.

W dalszym przebiegu stan ogólny chorego znacznie się poprawił, objawów oponowych nie było. Poprawa ta raz tylko była przerwana (3 XII) przez nagłe wystąpienie napadu drgawek kloniczno-tonicznych z utratą przytomności. Przy wypisaniu chorego d. 7. I. 27 r. ze strony układu nerwowego brak jakichkolwiek objawów patologicznych, pozatem całkowita utrata słuchu na pr. uchu, wybitne osłabienie słuchu na l. uchu.

Badanie przez specjalistów wykazało z pr. strony uszkodzenie narządu odbiorczego słuchu oraz brak pobudliwości narządów przedsionkowych dla podnieć galwanicznych i ciepłikowych, z lewej strony również uszkodzenie narządu odbiorczego słuchu, zaś czynności n-wu przedsionkowego zachowane.

Epikryza. Mamy więc w tym przypadku, w następstwie ciężkiego urazu czaszki ze złamaniem w 2-ch miejscach pokrywy czaszki w obrębie kości ciemieniowej, obraz ciężkiego zapalenia opon z utratą przytomności i wysoką ciepłotą, bredzeniem, wymiotami, podnieceniem ruchowym, sztywnością karku, przemijającą utratą odruchów, przyczem płyn m-rdż. okazał się ropnym z zawartością 6000 komórek w 1 mm.³ Pomimo tak ciężkiego obrazu klinicznego zejście ostateczne było po upływie paru tygodni zupełnie pomyślne.

*) Badania płynu m-rdż. w tym i następnych przypadkach dokonali kol. Dworecki i kol. Grauberg-Rozentalowa, badania uszu — kol. Karbowski i w I-ym przypadku kol. Mackiewicz, bad. prom. Rtg. kol. Mesz. Wymienionym kolegom składamy podziękowanie.

Podkreślić należy, że zwrot ku lepszemu nastąpił po zastosowaniu ropnia fiksacyjnego, wywołanego przez zastrzyknięcie ol. terpentynowego.

Przykrem powikłaniem sprawy było obustronne cierpienie uszu, w szczególności prawego, co według wszelkiego prawdopodobieństwa stało w przyczynowym związku z krwawieniem z pr. ucha, wskazującym na złamanie kości skalistej. Badanie bakterjologiczne w przypadku tym dało wynik niezwykły, wykazało bowiem obecność laseczników gramoujemnych, które z pewnością nie było przypadkowym zanieczyszczeniem, ponieważ badanie płynu mózgowo-rdż., wydobytego w odstępie 3-ch dni, wykazało istnienie tegoż samego typu lasecznika, który udało się wyhodować w czystym szczepie. Przytem stwierdzenie tak znacznej liczby prątków w kilka godzin po wypuszczeniu płynu i stwierdzenie wewnątrzkomórkowego ułożenia ich (fagocytoza) również przemawia za patogenetycznym ich znaczeniem.

Długość prątków odpowiadała przeciętnie długości lasecznika okrężnicy. Badanie w kropli wiszącej szczepów, zarówno wyhodowanych z ustroju, jak i stanowiących generację, oraz brak rzęsek w rozmazach, barwionych metodą Zettnowa, wskazywały, że laseczniki nie posiadają ruchu. Właściwości biochemiczne pozostały bez zmiany nawet po upływie roku od przeszczepienia. Rozpatrując bliżej cechy wykrytych drobnoustrojów, kol. Dworecki wyłącza zarodnikowce, wyłącza także laseczniki grupy rzekomo durowych oraz jakkolwiek inny określony gatunek z kategorii laseczników gramoujemnych nie posiadających ruchu, i dochodzi do wniosku, że drobnoustrój nasz, będąc zasadniczo saprofitem, nabrał w pewnych warunkach cech zjadliwości, analogicznie do tego, jak to niejednokrotnie było opisywane w przypadkach zapalenia opon, wywołanych przez laseczniki zwykłego odmienca (*b. proteus vulg.*).

Przypadek II-gi zawdzięczamy uprzejmości Ord. D-ra Wertheima, który nas wzywał do chorego w celu kontrolowania stanu układu nerwowego.

Chory F. P. lat 38., wstąpił na od. chirurgiczny D-ra Wertheima 8. III. 27 r.

Chory na 3 tyg. przedtem był uderzony kilkakrotnie orczykami, naskutek czego stracił na krótko przytomność.

Przy badaniu stwierdzono, co następuje: stan ogólny dość dobry, chory przytomny, nieco apatyczny, C. 37,5°, tętno — 110. Cała okolica czołowa oraz powieki obu oczu w silnym stopniu obrzękłe i miejscami skutkiem wylewów podskórnych o zabarwieniu sinem. Na lewo od linii środkowej czoła rana wielkości fasoli o brzegach podminowanych, z której wydziela się przy naciskaniu obficie gęsta ropa. Skóra wokoło rany silnie zaczerwieniona. Przy zgłębnikowaniu wyczuwa się w głębi wklęsłość, chropawa część kości czołowej.

Rtggram czaszki wykazał złamanie kości czołowej i liczne odłamki w zatoce czołowej.

W parę dni po przybyciu do szpitala nastąpiło w stanie chorego nagłe pogorszenie, ciepłota podniosła się do 40°, chory zamroczony, niespokojny, sztywność karku. Żrenice reagują leniwie na światło, objaw Kerniga.

Przy nakłuciu lędźwiowym otrzymano płyn m-rdzeniowy mętny, wyciekający pod dużym ciśnieniem, który przy badaniu drobnowidzowym wykazał: NA +, 3720 leukocytów w mm.³ ze znaczną przewagą wielojądrzastych oraz krótkie paciorkowce.

Hodowle z płynu m-rdzeniowego przedstawiały typ paciorkowców hemolizujących (*streptoc. haemolyticus*). Naza jutrz po wystąpieniu powyżej wymienionych objawów kol. W. r. t. heim dokonał zabiegu chirurgicznego: cięcie skóry poprzeczne powyżej ranki. Odsunięto części miękkie, przednia ściana zatoki czołowej wypuklona do zatoki, usunięto tę ścianę. Zatoki czołowe wypełnione śluzowo ropną cieczą i odłamkami kości, odłamki te uciskają na oponę twardą. Usunięto odłamki i założono sączki. Częściowy szew skórny.

Po zabiegu chirurgicznym chory jeszcze w ciągu paru dni był nieprzytomny, nie połykał pokarmów, oddawał pod siebie moczu i kału, potem jednak zaczął się stopniowo poprawiać, wrócił do przytomności, odpowiadał na pytania, narzekał na bóle głowy, przyczem wystąpiły lekkie zaburzenia mowy, chory często nie mógł sobie przypomnieć i nie znajdował odpowiednich wyrazów.

Również płyn m-rdzeniowy stopniowo się oczyszczał i przy ostatnim nakłuciu (31 III) zawierał 48 leukocytów w mm.³, bakterjologicznie okazał się jałowy.

Po miesiącu chory został wypisany w stanie zupełnie zadowolającym.

Epikryza. W przypadku tym chory uległ ciężkiemu urazowi czaszki, który spowodował złamanie kości czołowej i wypełnienie zatoki czołowej licznymi odłamkami i w ciągu 3-ch tygodni pozostawał bez właściwej pomocy chirurgicznej. Temu należy przypisać, że u chorego wkrótce po przybyciu na oddział, zanim jeszcze zdołano przeprowadzić niezbędne badania pomocnicze, wystąpiły w sposób gwałtowny objawy zapalenia opon mózgowych, które przy nakłuciu lędźwiowym okazało się zapaleniem ropnym. Szybki i radykalny zabieg operacyjny przyniósł skutki zbawienne i w krótkim czasie spowodował ustąpienie objawów oponowych.

Pod względem bakterjologicznym przypadek ten jest niemniej ciekawy, niż przypadek I-szy. Gdy tam mieliśmy do czynienia z saprofitem, który nabrał w pomysłnych dla siebie warunkach cech chorobotwórczych, w omawianym przypadku odwrotnie mieliśmy przed sobą drobnoustroj niezmierne złośliwy, który w powszechnym mniemaniu sprowadza zaburzenia najgroźniejsze, dające rokowanie bezwzględnie niepomyślne.

W piśmiennictwie, skrzętnie przez nas przeszukaniem, znaleźliśmy jeden tylko podobny przypadek zapalenia opon m-rdzeniowych, przypadek amerykańskiego autora Wesley C. Bowers, powstały na tle sprawy usznej, w którym zakażenie powodowane było paciorkowcem hemolizującym, a który nie zakończył się śmiercią.

Wspomnieliśmy już wyżej, że obok postaci urazowego zapalenia ropnego opon mózgowych, spowodowanego przez zakażenie drobnoustrojami, która to postać jest reprezentowana przez oba wyżej przytoczone przypadki, istnieje jeszcze druga postać tegoż cierpienia, w której badanie bakterjologiczne daje stale wynik ujemny: postać jałowa (*méningite traumatique aseptique* autorów francuskich*).

*) W przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych opisanym przez Cordua, dotyczącym chłopca 6-o letniego, który spadł z wysokości 3.4 mt., stwierdzono paciorkowce, mające również cechy złośliwe, a zaliczone do grupy *streptococcus mucosus*; zejście i w tym przypadku było pomyślne.

Typowym przedstawicielem tej postaci jest nasz

Przypadek III-ci.

Chory Ch. S. H., lat 25, został 13.X 1926 r. napadnięty i pobity pięściami przez dwóch mężczyzn: tracąc przytomność, upadł na ziemię. Z nosa i l. ucha ciekła mu krew. Kilkakrotnie wymiotował. Wnet po wypadku przywieziony przez Pog. Rat. do Szpitala na Czystem, został zapisany na Oddział chirurgiczny D-ra Sołowiejczyka, a w kilka dni później przeniesiony na nasz oddział. Przy wstąpieniu stwierdzono znaczny obrzęk twarzy zwłaszcza z pr. strony, skrzepy krwi w obu nozdrzach i w l. otworze usznym. Chory był przytomny. C. 37.1, tętno 69. Opryszczki na wargach. Żrenice oddziaływały na światło i przystosowanie. Chory słyszał gorzej l. uchem. Następnym dni stan chorego się pogorszył, wystąpiły bóle głowy, sztywność karku, podniesienie ciepłoty (38.4°), tętno niemiarowe (około 80), płyn m-rdzeniowy był mętny, zawierał 3600 leukocytów przeważnie wielojądrzastych, sporo czerwonych ciałek i nieco komórek śródbłonkowych. Drobnoustrojów zarówno w preparatach bezpośrednich, jak i drogą posiewu wykryć nie udało się. Rtg.-gram wykazał złamanie czaszki w obrębie kości potylicznej wzdłuż szwu szewcowego z przemieszczeniem kości potylicznej ku tyłowi i przypuszczalnym złamaniem, w obrębie dziury potylicznej wielkiej. W dalszym przebiegu objawy oponowe utrzymywały się. Żrenice oddziaływały na światło, przy patrzeniu na prawo występował oczopląs, dno oczu nie przedstawiało zmian. Ciepłota ciała dochodziła do 39.4°, tętno względnie zwolnione: 82 — 84. W k. k. porażeń nie było.

W dolnych płatach płuc wystąpiły liczne rzężenia.

Płyn m-rdzeniowy był stale mętny, wykazywał skrzepę bezbarwną, włóknikową, ciałek neutrofilowych 5632 do 1300 (poza ilością zawartą w skrzepie), NA +, białka 0.5%.

Badanie bakterjologiczne, przeprowadzone niejednokrotnie, dawało stale wynik ujemny. Wobec ciężkiego stanu chorego zastosowaliśmy i w tym przypadku, jak również i l-szym, zastrzyknięcie ol. terpentynowego w celu wywołania ropnia fiksacyjnego. W kilka dni później wystąpiły w stanie chorego pewne zmiany; ciepłota, która przedtem przedstawiała typ stały, zaczęła w godzinach rannych spadać do normy, później i objawy oponowe stopniowo się zmniejszały, i w połowie listopada stan chorego zbliżał się do normalnego.

Chory uskarżał się tylko na osłabienie słuchu i zawroty głowy.

Badanie uszu wykazało b. znaczne upośledzenie słuchu na pr. uchu, nieco zaś mniejsze na l. uchu.

Badanie z zastosowaniem próby kalorycznej oraz reakcji obrotowej i galwanicznej dowiodło, że z l. strony oprócz uszkodzenia narządu odbiorczego słuchu nastąpiło całkowite zniesienie pobudliwości narządów przedsionkowych, z pr. strony zaś pobudliwość tych ostatnich była zachowana, a uszkodzony był tylko narząd odbiorczy słuchu.

Epikryza. Mieliśmy zatem i w tym przypadku, tak samo jak i w poprzednich, objawy kliniczne ciężkiego zapalenia opon mózgowych, które wystąpiło w parę dni po poważnym urazie czaszki, powodującym jej złamanie w części potylicznej i przypuszczalnie w obrębie dziury wielkiej, z widocznym na rentgenogramie przemieszczeniem kości. Na złamanie podstawy czaszki wskazywały także krwawienia z nosa i l. ucha. To ostatnie należy odnieść do przypuszczalnego złamania kości skalistej, nie ujawnionego na rentgenogramie, które tłómaczy także powstałe w następstwie powikłanie ropnym zapaleniem ucha, sprawa dotknęła po tej stronie zarówno aparat odbiorczy, jak

i przedśionkowy. Należy przypuścić, że i druga kość skalista była uszkodzona, gdyż i po stronie prawej pozostało wprowadzić mniej ciężkie cierpienie uszne, które ograniczyło się tylko do aparatu odbiorczego. Poza tem przykrem dla chorego powikłaniem, powodującym prawie całkowitą głuchotę, przebieg zapalenia opon i w tym przypadku, jak i w poprzednich był całkowicie pomyslny.

Wynik badania płynu m-rdzeniowego potwierdził sprawę ropną, przyczem liczba ciałek ropnych dosięgła na szczycie sprawy wyżej 5000.

Badanie bakterjologiczne, dokonane wielokrotnie, ani razu nie wykazało drobnoustrojów, zarówno w bezpośrednich preparatach, jak i w posiewach.

Ponieważ badanie dokonane było w tych samych warunkach, co i w poprzednich, przypadkach, i przez tego samego badacza, uważać zatem musimy podany wynik jako dowód, że w omawianym przypadku płyn m-rdzeniowy od samego początku i w całym przebiegu pozostał jałowy, czyli, że przypadek ten zaliczony być winien do postaci jałowego zapalenia ropnego pourazowego opon mózgowych.

Postać jałowego ropnego zapalenia opon mózgowych zwróciła w ostatnich czasach na siebie uwagę klinicystów i stała się przedmiotem dociekań zarówno pod względem patologicznym, jak i klinicznym. Jednym z pierwszych, który postać tę szczegółowo opisał był przedwcześnie zmarły niedawno wielki klinicysta francuski Widal*) który badał kilka przypadków z groźnymi objawami, a zejściem pomyslnem. Autor ten podkreślił, jako cechę charakterystyczną dla omawianej postaci, że komórki wielojądrzaste w płynie m-rdzeniowym są całkowicie nienaruszone, mają kształty normalne, jądra niezmiennione i oddziałują na odczyn barwnikowy prawidłowo, tak samo, jak komórki wielojądrzaste we krwi, natomiast w zapaleniach septycznych zarys komórek bywa niewyraźny, jądra są zniekształcone i zdolność barwienia mniej wyraźna. Te same cechy płynu m-rdzeniowego wykazali Rist i Massary w przypadkach zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Powikłanie spraw usznych jałowem zapaleniem opon opisali oprócz tego Weil, Rebattu i Bertoin, Aboukler. W niektórych przypadkach powyżej przytoczonych udało się wykryć ognisko ropne wewnątrz-czaszkowe pochodzenia usznego, które, jak należy przypuszczać, spowodowało zapalenie opon. Mamy na myśli przypadki zapalenia w okolicy zatok, ropnie ponadtwardówkowe i wreszcie ropnie mózgowia (Rist Apert, Grossman, Wicart. Cyt. według

*) Przed Widalem jeszcze Stadelmann, Moulder, Gautier przytaczali przypadki ostrego zapalenia opon mózgowych z przebiegiem pomyslnym, które jednak nie mogą być zaliczone do omawianej postaci, gdyż badanie bakterjologiczne nie było przeprowadzone. Natomiast bardziej zbliżony jest do tej postaci obraz kliniczny, przedstawiony przez Payra pod nazwą zapalenia surowiczego pourazowego z płynem bądź przezroczystym, bądź mętnym lub nawet ropnym, który pod mikroskopem zawierał liczne ciałka białe z przewagą limfocytów, przy badaniu zaś bakterjologicznem okazał się jałowy,

Oudarda). Co się tyczy tych ostatnich, to znajdujemy w obszernej monografii Eagltona wzmiankę o tem, że już we wczesnym okresie rozwoju ropnia mózgowia stwierdzić można liczne ciałka ropne w płynie m-rdzeniowym, co bynajmniej nie dowodzi jeszcze zakażenia septycznego.

Ale i w innych jeszcze sprawach, nie mających związku ani z urazem czaszki, ani z ropieniem usznem, znajdowano płyn m-rdzeniowy o wyglądzie, zbliżonym do ropy, z licznymi ciałkami ropnymi i z negatywnym wynikiem badania bakterjologicznego. Do tej grupy należą przypadki, powstałe w następstwie działania promieni słonecznych (Gautier et Chausse, Klink), naświetlań promieniami Roentgena, w następstwie chorób zakaźnych np. grypy (Renic), wietrznej ospy (Kaulbersz-Marynowska) i wreszcie po zastosowaniu znieczulenia rdzeniowego (Oudard).

Jak sobie możemy wytłumaczyć powstanie jałowego ropnego zapalenia opon w podanych powyżej przypadkach?

Niewątpliwie jest ono powodowane bezpośrednio odczynem opon na zadziaływanie czynników drażniących. Czynnikiem tym mogą być w pewnych razach silne promienie bądź słoneczne, bądź inne, które bezpośrednio poprzez czaszkę wywierają wpływ na opony mózgowe. W II ej grupie przypadków podrażnienie opon jest spowodowane wprowadzeniem obcego ciała do przestrzeni podpajęczynówkowej; tu należą przypadki zapalenia ropnego po znieczuleniu rdzeniowym. Jak wielka jest wrażliwość opon w tym względzie, wykazują doświadczenia Flatau i Tarapani, w których zastrzyknięcie do kanału kręgowego 5 cm.³ fizjologicznego roztworu soli już wywoływało znaczną pleocytozę. W III-iej grupie podrażnienie opon jest następstwem działania toksyn, które krążą we krwi, np. w przytoczonych przypadkach zapalenia ropnego w przebiegu chorób zakaźnych.

Do tej grupy w pewnej mierze, być może, należą także i te przypadki zapalenia ropnego opon, które wystąpiły, jako powikłanie ognisk ropnych wewnątrz-czaszkowych pochodzenia usznego i tych najbardziej nas w pracy niniejszej interesujących przypadków ciężkiego urazu czaszki. Być może, że i w tych razach ognisko ropne pochodzenia usznego albo urazowego wytwarza toksyny, które różnymi drogami dosięgają opon i wywołują ich podrażnienie.

Aliści w tych razach warunki zadziaływania ogniska ropnego zakażonego na sąsiadujące z nim opony, jak to szczegółowo wywodzi Oudard, są wyjątkowo pomyslne, ponieważ z jednej strony ognisko ropne wywołuje łatwo oboczny stan zapalny, z drugiej strony zaś w przypadkach złamania czaszki to ostatnie przyczynia się do tem większego podrażnienia opon.

Co się tyczy rokowania w omawianej postaci jałowego zapalenia opon, to jest ono niewątpliwie bardziej pomyslne, aniżeli w zapaleniu pochodzenia bakteryjnego (Ihon et Roman, Munc k, Schmidt), i dlatego nawet postać ta opisywana była, pomimo nieraz groźnych objawów klinicznych, jako postać łagodna.

Wprawdzie w przypadkach pochodzenia usznego, na co wskazuje Aboulker, w tych razach zejście bywa niekiedy śmiertelne, zwłaszcza, gdy ognisko pierwotne nie zostało wcześniej opróżnione. To samo dotyczy także przypadków urazowych, i tu również wszelkie ognisko ropne, powstałe w następstwie urazu, winno być jaknajszwbciej otworzone i usunięte, czego najlepszym dowodem nasz przypadek II-gi

W jakiej mierze wywołanie ropnia fiksacyjnego przyczyniło się do pomyślnego przebiegu, nie możemy orzec z całą pewnością; opierając się jednak na doświadczeniach, zdobytych w ostatnich latach w różnych sprawach zakaźnych, uważamy dodatni wpływ tego rodzaju ropnia na przebieg sprawy za wysoce prawdopodobny.

P I Ś M I E N N I C T W O.

Widal. Revue mens. de med. int. T. I, Nr. 1. Widal et Brissaud. Gaz. des Hopitaux 1909. Froin et Foix. Gaz. des Hopitaux 1908. Tillmans Lehrbuch. 1894. Hueter. Lossen. Lehrbuch 1900. Tietze. Dringliche Operationen. Garré u. Borchardt. Lehrbuch. 1923. Gautier et M-me Chausse Klink. Revue. fr. de Pediatie. 1927. T. III. Oudard. Journal de Chirurgie 1927, Nr. 6. Szenic. Nowiny Lekarskie, 1928, Z. 5. Kaulbersz Marynowska. Pol. Gaz. Lek. 1928, Nr. 28. Wesley C. Bowers. Bacteriological Abstracts, 1922. N. J. State J. Medical. 1922. Cordua. Brl. K. W. 1922. Rist. Société médicale des Hopitaux de Paris 1907. Massary. Ibid. Aboulker. Presse Médicale, 1923. Nr. 30. Gottfryd. Kwartalnik Kl. Szpit. Żyd., T. VI, 211. Payr. Med. Klinik, 1916. Roussy, Bollack, Laborde et Lewy. Revue Neurol, 1924. T. II, Nr. 4. Wells T. Eagleton. Abcès de l'encéphale, 1924. Ihon et Roman. Med. Klinik 1915. Schmidt. Deut. Med. W. 1916. Muncck. Zentr. für die ges. Neur. und Psychiatrie B. 49, H. 8.

Z praktyki prywatnej.

Światłolecznictwo w ropnych zapaleniach ucha środkowego u dzieci.¹⁾

Podał

Leon ZAMENHOF (Warszawa).

Światłolecznictwo, pomimo niezwykle rozległego swego zastosowania w praktyce, do dnia dzisiejszego przeżywa jeszcze okres empiryzmu.

Dotąd pozostaje kwestją otwartą, jakim promieniem właściwie zawdzięczać należy jego wpływ dodatni, czy krótkofalowym, o widmie przerywanem, czy też długofalowym, o widmie ciągłym, odpowiadającym naturalnym promieniom słońca? Do zwolenników ostatniego poglądu należy szkoła duńska z Instytutem Finsena na czele. Stronnikami pierwszego jest szkoła niemiecka i austriacka. obrońcy teorii o nieprzerwanem widmie wytaczają argumenty następujące.

Gdyby istotnie decydującym czynnikiem w światłolecznictwie były promienie krótkie, t. zw. ultrafioletowe, to należałoby oczekiwać ich największego działania w górach w porze letniej, gdyż w tych warunkach wytwarza się *maximum* tych promieni. Z drugiej strony lampy kwarcowe i rtęciowe, które, jak wiadomo, produkują najwięcej tych promieni, powinny byłyby działać skuteczniej, niż słońce naturalne. W rzeczywistości w obu tych wypadkach otrzymujemy wyniki odwrotne.

Wychodząc z tego założenia, szkoła duńska broni aktynoterapii o widmie nieprzerwanem, mianowicie, wytwarzanej przez lampy łukowe.

Ze działanie dodatnie aktynoterapii polega nie tylko na promieniach ultrafioletowych, za dowód mogą służyć również, zdaniem Reyna, spostrzeżenia, dokonane w pobliżu morza, gdzie przeważają promienie długofalowe.

Dodatnie wyniki lecznicze, zdaniem tego autora, zależne są tu niemal wyłącznie od promieni fioletowych, czerwonych i ciepłych, które potęgują

się tu kilkakrotnie przez odbicie od lśniącej powierzchni morza i bieli plażowej.

Tem samem tłumaczy się skuteczniejsze działanie promieni słońca zimą w górach, pokrytych nieskazitelnie białym śniegiem.

Rozbieżność różnych zdań szkół co do działania światłolecznictwa nie tylko dotyczy rodzaju promieni, lecz również ich działania terapeutycznego.

Biologiczne działanie aktynoterapii dotychczas nie znalazło rozwiązania mniej lub więcej naukowego. Istnieje wiele hipotez, lecz żadna z nich nie jest oparta na doświadczeniach ścisłych. Zasadnicze zagadnienie, czy aktynoterapia ma własności specyficzne, działające bezpośrednio, czy też pośrednio, przez wywołanie pewnych przemian w ustroju, pozostaje do dnia dzisiejszego kwestią sporną.

A jest to zagadnienie pierwszorzędnej wagi, albowiem od tego zależy ocena skuteczności światłolecznictwa i jego zastosowanie kliniczne.

Sadząc z opinii, wyrażonej w ostatnim czasie przez większość autorów, aktynoterapia obecnie uważana jest więcej za metodę ogólną, niż specyficzno-lekarską.

Dziś już nikt nie usiłuje bronić bezwzględnie specyficzności działania aktynoterapii w kierunku gruźlicy. Spostrzeżenia, że promienie sztuczne działają na wapń, cholesterynę, cukier, białko a zwłaszcza leukocyty i koagulację krwi, rozszerzyły znacznie poglądy na istotę ich działania i skierowały badania na szeroki dziedziniec patologii ogólnej.

Leicher stawia szereg niezmienne ciekawych hipotez w tym kierunku. Zdaniem jego, wpływ dodatni na gruźlicę bynajmniej nie zależy od bezpośredniego działania na laseczники Kocha, lecz od działania na leukocyty, które ulegają pod wpływem światła pewnej przemianie, umożliwiając im następnie niszczenie otoczki laseczników. Jednocześnie przez powiększenie ilości cholesteryny obniża się żywotność tych laseczników, a przez przyrost wapnia kalcyfikacja nacieków gruźliczych.

Zwolennicy lokalnej, specyficznej terapii nie ustępują ze swych stanowisk i całym szeregiem

¹⁾ Odczyt wygłoszony dnia 26 kwietnia r. b. w Tow. Otolaryngologicznem.

mniej lub więcej pomysłowych aparatów usiłują przekonać swych przeciwników. Rezultaty jednak, otrzymane przez nich, są wciąż mało przekonujące, a jeszcze mniej przekonujące są drogi, którymi starają się oni przeprowadzić swoje poglądy.

Podczas ostatniego Zjazdu otolaryngologów w Kopenhadze, latem roku ubiegłego, dużo miejsca i czasu zupełnie słusznie poświęcono temu niezmiennie aktualnemu tematowi.

Instytut Finsenowski, który, jak już wspomniałem, jest zwolennikiem promieni o nieprzerwanym widmie, w osobie Ove Strandberga bronił również zasady ogólnej terapii. Jedynie tylko w przypadkach ograniczonych, dostępnych dla promieni bezpośrednio, zaleca on lampy Finsena o specjalnej budowie, ale nie jako wyłączny zabieg lokalny, lecz jako dodatkowy do ogólnej terapii.

Dyskusja nad sprawą leczenia gruczycy krtaniowej — tego najsporniejszego punktu aktynoterapii, wywołała wymianę nader sprzecznych poglądów.

Szkoła wiedeńska, uparcie broniąc swego stanowiska przez dwóch swych przedstawicieli — Wesselyego i Cemacha, usiłowała jeszcze raz publicznie zmierzyć się ze swymi przeciwnikami, przedstawiając zjazdowi nowe udoskonalone aparaty swego pomysłu.

Niestety, jeżeli można sądzić z ogólnego wrażenia, autorowie ci nie znaleźli wielu zwolenników.

Aparat Wesselyego posiada tę wadę, że reflektuje światło do krtani, przez co część promieni zostaje bezwzględnie pochłonięta przez przełamującą światło powierzchnię.

Cemach usiłuje usunąć ten brak przez zastosowanie przyrządu, który wytwarza światło *in statu nascendi* przez odpowiednio zbudowany szpatel, kierowany na krtani.

Sposób jednak, w jaki Cemach demonstrował swój przyrząd, i zapewnienie jego, że wystarczy tylko dwusekundowe naświetlenie nim, aby wywołać zdrową bliznę w dotkniętej gruczycą krtani, nie wywołały wielkiego entuzjazmu, i trzeba przypuszczać, że lokalne stosowanie aktynoterapii w przypadkach gruczycy krtani, zaczynając od aparatu Sorgo aż do przyrządu Cemacha, poważniejszych zwolenników nie znajdzie.

Zdaje się, że w dzisiejszym stanie sprawy przeważać zaczyna pogląd, że aktynoterapia winna stać w szeregu czynników, ogólnie działających, jak aëro- i balneo-terapia o znaczeniu higieniczno-biologicznym, a nie specyficzno-terapeutycznym.

Wychodząc z tego założenia, należy uważać aktynoterapię za wskazaną niemal we wszystkich postaciach klinicznych, gdzie podniesienie ogólnego stanu zdrowia może mieć pośrednio wpływ dodatni na przebieg choroby.

Teoretycznie szczególnie do światłolecznictwa nadają się choroby wieku dziecięcego.

To też tak zwana skaza wysiękowa, występująca niezwykle często u dzieci, stała się najczęstszym terenem stosowania aktynoterapii.

Posiadając osobiście względnie duży materiał kliniczny w postaci uporczywych nieżytów nosa i ropień ucha środkowego i opierając się na wyżej przytoczonych przesłankach, zacząłem stosować sy-

stematycznie w tych przypadkach obok terapii lokalnej naświetlania ogólne.¹⁾

Na razie posiadając więcej spostrzeżeń z dziedziny otopatii, zatrzymam się wyłącznie na tym działale.

Ropienia z uszu u dzieci z różnych względów odznaczają się odmienną kliniką i patologią.

W najmłodszym wieku wpływają na nie warunki budowy anatomicznej, w nieco późniejszym właściwość histologiczna błony śluzowej górnych dróg oddechowych, które stanowią najczęstszy ich punkt wyjścia; wreszcie tak często spostrzegana u dzieci, wspomniana już wyżej skaza wysiękowa, którą niektórzy mylnie zaliczają do zołzów.

Skaza wysiękowa przejawia się w wieku dziecięcym całym szeregiem wykwitów bądź na skórze, bądź błonach śluzowych górnych dróg oddechowych, bądź też zaburzeniami odżywiania lub układu nerwowego.

Terapia lokalna w tych przypadkach bardzo często jest zupełnie bezskuteczna. Nie wszystkie ropienia przewlekłe wieku dziecięcego nałaj się do zabiegów operacyjnych; olbrzymia ich liczba traktowana jest metodą konserwatywną, która robi raczej wrażenie postępowania „ut aliquid fieri videatur”.

Niemożliwość zastosowania stałego doglądu lekarskiego, gdyż chorzy tej kategorii przeważnie należą do sfer uboższych, pozostawia te dzieci na zupełnej opiece rodziców, którzy albo nie umieją postępować należycie, albo nie mają na to czasu.

Materiał który poddałem obserwacji, dotyczy 60 dzieci.

Według wieku da się on podzielić na dwie grupy: I grupa do lat 3, druga do lat 10.

Typy ropienia były najrozmaitsze. Przeważał tak zwany typ skazy wysiękowej u dzieci wątłych, u których ropienie wystąpiło bez żadnych poprzedzających chorób wyraźnych. Ropienie przeważnie cuchnące, obfite, z zachowaniem większej części błony bębenkowej. Część tych dzieci czyniła wrażenie skrofulicznych, o powiększonych gruczołach, uporczywych nieżytach nosa i dróg oddechowych.

Wszystkie zabiegi lokalne, nie wyłączając adenotomji, a w niektórych przypadkach nawet usunięcia znacznie przerośniętych migdałków, przeważnie pozostawały bezskuteczne.

Z tej grupy dzieci, która ogółem wynosiła 30, otrzymałem w 8 przypadkach zupełne zagojenie z całkowitem zamknięciem otworu w błonie bębenkowej. W 6 przypadkach ropienie wstrzymało się na okres czasu od 2 do 4 miesięcy; w pozostałych wyraźnej poprawy nie otrzymałem.

Z drugiej grupy dzieci starszych, u których ropienie trwało przeważnie przeszło rok, na 22 przypadki otrzymałem poprawę w 9-iu w postaci znacznego zmniejszenia się ropienia.

Ten niezupełnie zadowalający wynik w grupie drugiej przypisuję temu, że niemal we wszystkich tych przypadkach było znaczne zniszczenie błony, połączone z martwicą kostną.

U 6 dzieci po szkarlatynie w 2-ch przypadkach otrzymałem wyraźną poprawę w postaci odwonienia i zmniejszenia wydzieliny.

¹⁾ Ze względu na lokalne warunki stosowałem lampy kwarcowe i Sollux.

Niezmierznie ciekawy i pouczający wynik otrzymałem w 2-ch przypadkach pooperacyjnych. Jeden dotyczył dziecka 9 letniego po doszczętnej operacji, po której opatrunki trwały przeszło 2 miesiące ze stale narastającą ziarniną, drugi 8 letniej dziewczynki po antrotomji, po której ropienie również bardzo długi czas nie ustępowało ani z rany ani z przewodu. W obu tych przypadkach naświetlania lampą kwarcową dały zupełne zagojenie się ran już po 20 seansach.

Spostrzeżenia te podaję na razie jako tymczasowe, dla tego też nie poddaję szczegółowemu opisowi wszystkich przypadków, a opieram się więcej na uwagach ogólnych.

Liczba chorych na przewlekłe ropienie ucha środkowego, leczonych przezemnie od 2 ch lat, światłem, przekracza znacznie liczby, podane wyżej. Nie przytaczam ich jednak dlatego, że wielu z tych chorych w połowie kuracji znikło mi z ordynacji, dużo zaś przeprowadziło kurację nie systematycznie.

Przypuszczam jednak, że nawet te ogólne spostrzeżenia mają doniosłą wartość terapeutyczną i że

wszech miar mogą zachęcić do dalszych prób w tym kierunku.

Jeżeli służy mi prawo wyprowadzenia jakichś wniosków praktycznych na podstawie moich spostrzeżeń nad wpływem aktynoterapii w ropieniach uszu u dzieci, to zatrzymałbym się na następujących.

1. Światłolecznictwo w terapii ogólnej wieku dziecięcego winno stanąć w pierwszym rzędzie obok aëro i balneoterapii. Ze względu jednak na łatwość jego zastosowania o każdej porze i we wszystkich warunkach, praktyczna wartość jego podnosi znacznie jego znaczenie terapeutyczne.

2. Światłolecznictwo jest niezmiernie cennym środkiem w leczeniu wszystkich postaci skazy wyśiękowej u dzieci, nie wyłączając ropnych spraw zapalnych ucha środkowego.

3. Ze względu na dodatni wpływ aktynoterapii na ogólny stan chorego, należy ją zalecać we wszystkich sprawach lokalnych, których poprawa może być zależna od ogólnego stanu zdrowia. Do tych spraw lokalnych należy przedewszystkiem zaliczyć stany pooperacyjne trudno poddające się postępowaniu wyłącznie miejscowemu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Geneza i Technika Metody Psychanalizy.

Podał

A. DRYJSKI (Poznań).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 27).

§ 2. Fazy metody psychanalizy.

Na poglądy F r e u d a w pierwszej fazie jego działalności naukowej wywarły wpływ decydujący dwa następujące wydarzenia:

a) Przypadkowa obserwacja wiedeńskiego lekarza Józefa Breuera (1880—1882)¹⁾, że objawy histeryczne znikają, jeżeli pacjent przypomni sobie w hipnozie — wśród wzruszenia — w jakich one okolicznościach po raz pierwszy wystąpiły.

b) Sztuczne odtwarzanie przez Ch a r c o t a symptomów histerycznych zapomocą sugestji hipnotycznej.

Fakty tego rodzaju wskazywały dobitnie na ważną rolę, jaką może odegrać hipnotyzm w leczeniu histeryj. Rozumiejąc to, udał się F r e u d do Paryża (1885—1886), aby pod osobistym kierunkiem Ch a r c o t a²⁾ zapoznać się głębiej z działaniem sugestji

w stanach hipnotycznych. Niewiele jednak mógł się nauczyć od Mistrza, który, pomimo że uchodził za wielkiego hipnotyzera, nigdy nikogo nie hipnotyzował³⁾, a prócz tego zjawiska hipnotyczne traktował na wzór fizjologicznych. Natomiast, opuszczając klinikę w Salpêtriére, zdobył jedną wielką prawdę, której pozostał już wierny przez całe życie — że objawy histeryczne powstają wskutek dysocjacji świadomości.

Chcąc poznać gruntownie i przyrodę i technikę sugestji, udał się F r e u d powtórnie do Francji w r. 1889; lecz tym razem już do Nancy, gdzie zasłynął ze swych badań nad sugestją prof. Bernheim. Tutaj — sam o tem mówi w swej biografii — wielkie wrażenie zrobiły na nim eksperymenty B e r n h e i m a, dzięki którym naocznie można było przekonać się o działaniu bezwiednych procesów psychicznych na świadomość jawy.

Były to dwa rodzaje doświadczeń. Eksperyment pierwszy (A) wskazywał, że osobnik po obudzeniu spełniał nakaz, poddany mu w hipnozie, lecz mylił się w ocenie genezy swego czynu: motywy prawdziwe, t. j. sugestję, otrzymane w hipnozie, są zazwyczaj ukry-

Ch a r c o t a zapomocą sugestji, mówi on znowu, "ż w ten sposób „po raz pierwszy został zrozumiany mechanizm zjawiska histeryj". Uwagi, zawarte w § 1, wyjaśniają nam dostatecznie, że o tych rzeczach wiedzano już o wiele dawniej.

³⁾ Potwierdza to wyraźnie jego uczeń Piotr Janet: „Charcot qui était considéré dans le public comme le grand hypnotiseur n'a jamais hypnotisé personne". Les Médications psychologiques. Paris, 1919, t. I, str. 170. Zwyczajem klinik paryskich profesor rzadko kiedy badał sam chorego. Robili to zwykle asystenci i dyrektor kliniki, a profesorowi przedstawiano pacjenta dopiero na wykładach.

¹⁾ Datę powyższą podał F r e u d w pracach późniejszych.

²⁾ F r e u d powiada (art. Ch a r c o t, Medizinische Wochenschrift Nr. 37, 1893), że Ch a r c o t pierwszy nas nauczył, iż wyjaśnienia nerwicy histerycznej należy szukać w psychologii. Z racji odtwarzania symptomów histerycznych przez

te przed jego świadomością. Obserwacji tej nadał Freud w następstwie znaczenie daleko szersze, a mianowicie, że i poza sugestją rzeczywiste motywy naszego postępowania są nam często nieznanne, innymi słowy, ukryte w sferze psychiki nieświadomej. Wniosek ten można było zrobić z tem większą łatwością, że Bernheim używał do swych eksperymentów dużej liczby osób zdrowych.

Eksperyment drugi (B) stwierdzał znowu, że amnezje pohipnotyczne są tylko pozorne. Tak np. osobnik, budząc się z hipnozy, nie pamiętał, co się z nim działo w tym stanie i nie wiedział, że spełniał różne czynności pod wpływem nakazu hipnotyzera. Skoro jednak Bernheim zaczynał nalegać (sugestja), aby sobie wszystko przypominał, przeżycia zapomniane odżywały stopniowo i w końcu uświadamiały się zupełnie. Droga więc nalegania można było przeniknąć do podświadomości i wydobyć stamtąd elementy poszukiwane. Konsekwencje tego odkrycia były dla rozwoju metody psychanalitycznej nadzwyczaj doniosłe. Freud przyszedł bowiem stopniowo do przekonania, że nie inaczej przedstawia się sprawa i z temi przeżyciami urazowymi (kompleksami), które uwarunkowały powstanie symptomów histerycznych, a w następstwie zostały całkiem zapomniane („*idées fixes subconscientes*” Janet’a). Skoro więc pacjent w odtwarzaniu ogniw przyczynowych choroby doszedł do takiego miejsca, kiedy oświadczał, że już nic nie pamięta, Freud, za przykładem Braid’a i Bernheim’a, kładł rękę na jego czole (sugestja dotykowa), zapewniając z całą stanowczością, że jednak sobie przypomni... Tym sposobem wydobywał on z chorego wszystkie (?) wspomnienia, które miały związek przyczynowy z wydarzeniami patogenicznymi a pozostałymi po nich objawami. Wydarzenia owe i związane z nimi wspomnienia były zawsze jakimś urazami psychicznymi. Jako takie, nie mogły one istnieć w świadomości obok innych przeżyć, gdyż stawały się źródłem przykrych konfliktów, od których osobowość chciała się uwolnić. Osiągnąć to można było, zdaniem Freuda, przy pomocy procesu stłumienia, wyparcia intruzów nieznosnych ze sfery świadomej do podświadomości, a w jego terminologii — nieświadomości. (Wyparcie powyższe uważał on za wynik aktu dowolnego ze strony naszej jaźni i wyobrażał je sobie jako swego rodzaju samoobronę, którą porównywał do ucieczki). Elementy usunięte do nieświadomości, nie mogą już powrócić w przypadkach patologicznych — dysocjacja — na powierzchnię życia duchowego. Ich energia zostaje wtedy zużyta nieprawidłowo, bądź jako różnego typu zaburzenia psychiczne (lęki, stany natręctwa i t. p.), bądź pod postacią nienormalnych unerwień cielesnych (tiki przykurczenia, bezwład i t. d.).

„Chorzy na histerję”, powiada Freud wślad za Janet’em, „cierpią na reminiscencję. Ich objawy to pozostałości i pomniki po pewnych (urazowych) przeżyciach: niejako ich symbole”.

Wspomnienia, o których mowa, żyją w nieświadomości i mogą się kojarzyć z innymi wyobrażeniami, lecz tylko jakaś siła ukryta przeszkadza ich uświadomieniu. „Istnienie tej siły można było przyjąć z wszelką pewno-

ścią, bo przy usiłowaniu wprowadzenia tych nieświadomych wspomnień do świadomości chorego dawał się odczuć wysiłek, jakby owej sile odpowiadający, a siłę tę, podtrzymującą stan chorobliwy, odczuwało się wprost jako opór”. Żeby uleczyć chorego, było rzeczą konieczną usunąć opór wspomniany, przyczem „z mechanizmu leczenia można było sobie urobić ściśle wyobrażenie i o mechanizmie zachorzenia. Też same siły, które dziś jako opór przeciwstawiły się uświadomieniu zapomnianego, dokonały ongi niechybnie tego zapomnienia i wyparły odnośne chorobotwórcze zajścia ze świadomości”¹⁾.

Pojęcie wyparcia, oporu a następnie przeniesienia stały się podstawowymi w technice psychanalitycznej. Zrozumienie jednak roli, jaką one odgrywają w całym systemie Freuda, jest możliwe tylko wtedy, gdy się przyjmie istnienie nieświadomej sfery duchowej. Pojęcie nieświadomego jest najogólniejszym postulatem psychanalizy²⁾.

Metoda psychanalityczna w początkach swego istnienia opierała się wyłącznie na hipnozie. Breuer hipnotyzował swoją pacjentkę¹⁾, a następnie podsuwał jej wyrazy, wymawiane przez nią samorzutnie w stanach zamroczenia. Sądził, że tym sposobem zmusi chorą do odtworzenia przed nim pewnych całości przeżyć, których owe słowa były tylko poszczególnymi ogniwami. Domysł jego był słuszny. Okazało się przytem, że gdy pacjentka opowiedziała w hipnozie pewną liczbę takich scen przypomnianych czuła się, wracając do stanu normalnego, wolniejsza mniej przygnębiona.

Breuer spostrzegł — również przypadkowo, — że przez tego rodzaju oczyszczenie duszy (*katharsis* znaczy oczyszczenie, stąd metodę swoją nazwał katarsyczną²⁾), można usuwać nie tylko zaburzenia psychiczne, lecz także i fizyczne, skoro chora w hipnozie przypomni sobie — wśród wzruszenia — w jakich okolicznościach one po raz pierwszy wystąpiły. „Było to w czasie dużych upałów, a pacjentka cierpiała silnie wskutek pragnienia, gdyż bez możności podania powodu nagle nie

¹⁾ Z. Freud. O psychoanalizie (5 odczytów) tł. dr. L. Jekelsa. Lwów, 1911, str. 22 — 23.

²⁾ Freud tak mówi: „Die Unterscheidung des Psychischen in Bewusstes und Unbewusstes ist die Grundvoraussetzung der Psychoanalyse und gibt ihr allein die Möglichkeit die ebenso häufigen als wichtigen pathologischen Vorgänge im Seelenleben zu verstehen, der Wissenschaft anzuordnen. Nochmals und anders gesagt: die Psychoanalyse kann das Wesen des Psychischen nicht ins Bewusstsein verlegen, sondern muss das Bewusstsein als eine Qualität des Psychischen ansehen, die zu anderen Qualitäten hinzukommen oder wegbleiben mag“. Das Ich und das Es. Wien, 1923, str. 8.

¹⁾ Anna O., histeryczka, lat 21, u której oprócz różnych zaburzeń fizjologicznych i ps. tego typu jak: porażenie kończyn, kaszel nerwowy, amnezje, zaburzenia wzrokowe, wodowstręt, i t. p., występowały także stany pomroczone, których cechą charakterystyczną jest mniej lub więcej silne zwięźnienie pola świadomości. W chwilach głębszego jej zwięźnienia występowały różne omamy (wzrokowe, słuchowe, dotykowe i t. p.), dezorientacja i wogóle odseparowanie się chorego od otoczenia. Psychikę jego opanowują wtedy wspomnienia przeżyć bolesnych i łączących się z nimi skojarzeń. Inne skojarzenia donielniające są usunięte, wobec czego myślenie otrzymuje charakter jednostronny, a czynności — automatyczny.

²⁾ Pacjentka nazwała ten sposób leczenia — *talking cure*, a żartobliwie — *chimney sweeping*.

mogła pić. Brała do ręki upragnioną szklankę wody; skoro ją tylko do ust przytknęła, odpychała ją, jak chory na wodowstręt, przyczem znajdowała się widocznie przez parę sekund w stanie zamroczenia. Żywiła się tylko owocami, melonami i t. p., by dęczące pragnienie ułagodzić. Gdy stan ten trwał już koło 6 tygodni, poczęła nagle razu pewnego w hipnozie wygadywać na swoją angielską towarzyszkę, której nie lubiła i opowiedziała potem wśród wyraźnych oznak wstrętu, jak odwiedziwszy raz Angielkę w jej pokoju, ujrzała właśnie jej małego psa, to wstrętne stworzenie, pijące ze szklanki. Nic nie powiedziała wtedy, gdyż chciała być uprzejma³⁾). Dawszy jeszcze wyraz swej podówczas utajonej irytacji, zażądała, by jej dano pić, wypita z łatwością wielką ilość wody i ocknęła się z hipnozy ze szklanką przy ustach: odtąd niemożność picia znikła nawsze" (wszyst. podkreśl. m. ¹⁾).

Metoda katartyczna, według słów samego Freuda, dawała świetne rezultaty, ale jej warunkiem było wprowadzenie chorego w stan głębokiej hipnozy, gdyż tylko wtedy odnajdywał on przeżycia chorobotwórcze, o których normalnie, (wskutek amnezji) nic nie wiedział.

Freud, co podkreślam, nie był dobrym hipnotyzerem, wobec czego hipnoza stała mu się „wkrótce niemiła, jako zawodny i... mistyczny środek posiłkowy”. Okoliczność powyższa skłoniła go do uniezależnienia metody katartycznej od takiego „środka”, lecz zrealizowanie tego planu wydawało mu się z początku niedorzeczne. Jak bowiem można było wydobyć z chorego to, o czym on nic nie wiedział? Z pomocą jednak przyszedł mu eksperyment (B) dr. Bernheima. On to zdecydował o losach techniki psychanalizy. Gdy więc trzeba było odnaleźć wspomnienia zapomniane, brał Freud za punkt wyjścia ostatni szczegół, który osobnik jeszcze pamiętał i starał się odtworzyć łańcuch wspomnień chorobotwórczych w chronologicznym, lecz odwrotnym porządku. Pomagał sobie przytem, podobnie jak Bernheim, sugestją słowną i dotykową. Przy pomocy tego rodzaju skojarzeń wstecznych udawało mu się dotrzeć do urazu poszukiwanego.

Stosując metodę nalegania, zauważył on jednak, że w bardzo wielu przypadkach pacjenci mówili rzeczy, które nie miały żadnego związku widocznego z tematem zadany i które oni sami traktowali jako niedorzeczne. Utrzymując jednak, że wszystkie procesy psychiczne są zdeterminowane, innemi słowy, że nie ma w ścisłym tego słowa znaczeniu skojarzeń wolnych — co starał się już wykazać B. R. Wähle w r. 1883²⁾ — lecz każde ogniwo w procesie kojarzenia jest uwarunkowane wpływami świadomości lub nieświadomości, doszedł stopniowo do przekonania, że tak samo przedstawia się sprawa i z temi myślami niedorzecznymi: mają one jakiś związek z urazami ps., są, jak się wyraża Jung,

³⁾ To zn. wzruszenie przykre nie zostało odreagowane.

¹⁾ Breuer & Freud. Studien über Hysterie, Wien, wyd. 1-sze, 1895, wyd. 2-gie, 1909, str. 26, 30 — 31, 43, 46 i nast. (Cytow. według tłumaczenia Jekelsa). Patrz także Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phaenomene. Neurologisches Centralblatt, 1893, Nr. 1 i 2.

²⁾ B. R. Wähle, Beschreibung und Einteilung der Ideo-assoziaton. Vierteljahrsschr. f. wissen. Philos. Bd. IX.

z niemi „skonstelowane”. Brak więc powiązania był tylko pozorny: pochodził on, zdaniem Freuda, z wpływów bezwiednych, ukrytych przed świadomością osobnika cierpiącego. Okoliczność powyższa, jak i fakt, że pomimo nalegania i sugestji dotykowej wspomnienia chorych były czasami niezupełne (zdarzało się nawet, że pacjent wogóle ust nie otwierał), spowodowały w technice zabiegu skojarzeniowego pewną zmianę. O ile więc z początku punktem wyjścia łańcucha asocjacyjnego były zawsze objawy chorego, to obecnie Freud spostrzegł, że osiągnie lepsze rezultaty, jeżeli pozwoli pacjentowi mówić wszystko, co mu się żywnie podoba. W ten bowiem sposób badanie obejmowało nie tylko symptomy, ale wogóle całą jego osobowość.

Zaznaczam jednak, że w danym razie Freud nie był zupełnie oryginalny, gdyż na wprowadzenie tej zmiany technicznej wpłynęła *primo* praca Ludwika Boerne'a „Sztuka stania się w ciągu trzech dni pisarzem oryginalnym”¹⁾, *secundo* pogląd Bineta²⁾, który utrzymywał, że badanym histerykom (czkom) należy zostawić zupełną swobodę w wypowiedzaniu swych uwag i myśli, które przychodzą im do głowy w związku z chorobą.

Bądź co bądź od tej pory (1895 r.) Freud przestał zupełnie stosować sugestję hipnotyczną i w poszukiwaniu wspomnień traumatycznych posiłkował się tylko kojarzeniem wolnym, swobodnym. W fazie powyższej, od której datuje się nazwa psychanalizy w ścisłym tego słowa znaczeniu, zadaniem naczelnym lekarza było odszukanie zapomocą procesu skojarzeniowego zespołów patogenicznych, pogrzebanych w nieświadomych warstwach psychiki chorego. W trzecim ostatnim stadium ewolucji tej metody, cel główny psychanalizy polega na odnalezieniu wyobrażeń i uczuć, które utrudniają powrót do świadomości wspomnień wypartych, czyli na złamaniu oporu, uniemożliwiającego ich przypomnienie. Wskutek takiego oporu nie mogą one przeniknąć do świadomości w swej szacie właściwej, lecz na swoje miejsce posyłają tam inne „zastępcze” wyobrażenia, w ten lub inny sposób z niemi skojarzone. Są to więc elementy „podstawione”, swojego rodzaju aluzje i, im większa jest siła oporu, tem bardziej będą się one oddalały od wyobrażeń właściwych. Zmusza to lekarza do interpretacji owych „podstawień”, co znowu wymaga z jego strony dużego taktu, wprawy i subtelności wyczucia każdej sytuacji.

Krótko mówiąc, fakty które psychanalizyści wyjaśniają niejednokrotnie w taki dowolny, a nawet powiedziałbym swawolny sposób¹⁾, są jakoby celowym wytworem twórczości nieświadomej. Tą drogą chce ona ukryć przed kontrolą świadomości (cenzura) swoje „życzenia”. W związku z powyższem należy dobrze pamiętać, że według Freuda właściwym

¹⁾ Boerne powiada tak: weź zeszyt i w ciągu trzech następujących po sobie dni pisz wszystko, co ci tylko przyjdzie do głowy. Trzeciego dnia zauważysz, całkiem zdziwiony, że tym sposobem napisałeś dużo nowych zupełnie ci nieznanych rzeczy... Utwory Boerne'a czytywał Freud bardzo chętnie.

²⁾ A. Marie, La psychanalyse et les nouvelles methodes d'investigation de l'inconscient. Paris, Flammarion 1928, str. 111.

¹⁾ Forel nazywa złośliwie tego rodzaju interpretacje „egzegezą talmudyczną”.

sprawcą kojarzenia jest nieświadomość: wybór wyobrażeń przed ich ukazaniem się w polu świadomości zachodzi właśnie w jej sferach. Pod tym względem jest on wiernym uczniem E. Hartmanna, od którego przejął także wiele innych myśli.

Chcąc wejrzeć nieco bliżej w technikę postępowania psychanalizy doświadczonej, musimy wspomnieć przynajmniej o zachowaniu się pacjenta i lekarza, nim skojarzenia, otrzymane podczas seansów leczniczych, zostaną poddane interpretacji.

Chorego umieszcza się wygodnie na kanapie lub szesławku. Lekarz siada tak, żeby go pacjent nie widział. Jest rzeczą dużej wagi, aby psychanalityk był dobrym obserwatorem i zwracał uwagę na wszystko: intonację głosu, przerwy w mówieniu, mimikę, śmiech, jękanie się, gesty i wogóle na całe zachowanie się chorego podczas każdego badania.

Pacjent, po zajęciu pozycji możliwie najwygodniejszej, musi wywołać w sobie stan, zwany dosyć często hipnoicznym. Osiągnąć go można przez zupełne rozluźnienie mięśni układu dowolnego, spokój i bierność umysłową. Stan tego rodzaju, mówią psychanalitycy i to się zgadza z rzeczywistością, ułatwia hipermnezję — czynnik niezmiernie ważny przy poszukiwaniu kompleksów. Znany jest on od bardzo dawna pod różnymi nazwami: charme (L i é b e a u l t), koncentracja (pisarze amerykańscy), autohipnoza (B o n n e t), *reflexion méditative* (P a y c o t), *recuilement* (L e v y), hipotaksja, Halbschlaf i t. d. Posiłowali się nim głównie hipnotyzery, wtedy mianowicie, gdy chodziło o wywołanie snu hipnotycznego albo sugestji na jawie. Jednym z warunków bowiem, które ułatwiają realizację sugestji, jest właśnie bierność umysłowa, półsen, „połowiczne”, jak powiada A b r a m o w s k i, „zawieszenie intelektu”²⁾. Jednym udaje się wywołać stan taki już na pierwszym posiedzeniu psychanalizy, inni muszą się szkolić w tym kierunku. Z ewentualności powyższej nie można jednak wnioskować, jak będzie osobnik w ciągu dalszym reagował. Pierwsi np. cofają się niekiedy w chwilach najważniejszych, t. zn. gdy kompleksy zaczynają już przenikać do świadomości. Drudzy znowu dają niejednokrotnie podczas następnych seansów wyniki bardzo dobre.

Kiedy pacjent przygotowuje się należycie, powinien mówić wszystko, co tylko mu przyjdzie do głowy. Musi on, że się tak wyrażę, f o n o g r a f o w a ć prąd świadomości, innymi słowy, nie dbać zupełnie o skoordynowanie, logiczne powiązanie swych myśli. Nie jest to rzecz łatwa, gdyż przyzwyczajenie do myślenia wiązane go także inne czynniki, jak np. bojaźń, wstręt i t. p., biorą często górę. Z początku osobnik nie umie również wywoływać asocjacji spontanicznych, lecz opowiada mniej lub więcej długie epizody ze swego życia.

Postawa lekarza jest naogół wyczekująca. Nie znaczy to jednak, że milczy on przez cały ciąg badania, które z reguły trwa bardzo długo (kilka miesięcy, rok i dłużej). W wielu razach musi on zając stanowisko aktywne — jego pytania i wyjaśnienia są wprost konieczne. Cała bowiem sztuka

²⁾ Patrz o tem: A b r a m o w s k i, *Prace z psychologii doświadczalnej*, t. II, str. 46, 53 i pas i L. F r a n k a, *Affektstörungen*, Berlin, 1913, str. 20 i następne (*Die Anwendung der Hypnose*).

ka metody psychanalizy polega na tem, żeby wiedzieć, kiedy należy milczeć i czekać, a kiedy zabrać głos. W tym ostatnim znowu przypadku raz trzeba tylko podtrzymać rozmowę, innym razem nią pokierować¹⁾. Niemal każdy przypadek leczenia psychanalizy posiada oblicze własne, i dlatego jest bardzo trudno ustalić zgóry jakieś ogólne zasady postępowania.

Nie ulega wątpliwości, że psychanalityk początkujący jest skłonny w wielu przypadkach zwracać uwagę w opowiadaniu chorego na te rzeczy, które mają pewien związek z jego własnymi kompleksami. Chcąc tego uniknąć, zaleca się, żeby każdy, nim zacznie badać innych, poddał się najpierw sam badaniu psychanalizy i tym sposobem uwolnił osobowość swoją od różnych „przytwierdzeń”.

Psychanaliza „unikająca” sugestji, t. zn., że jej przedstawiciel nie używa świadomie sugestji, jako czynnika terapeutycznego. Jeżeli podczas leczenia, mówią psychanalitycy, zachodzą nawet jakie wypadki sugestji, to posiada ona tylko charakter pośredni. Zważywszy jednak na fakt, że sugestje pośrednie w warunkach zwykłych działają silniej od bezpośrednich²⁾, że stany hipnotyczne specjalnie sprzyjają realizacji podsuwanych sugestji, że psychanalitycy są naogół bardzo mało obznajmieni z terapią sugestyjną i tylko teoretycznie „unikają” sugestji, a praktycznie ją stosują bezwiednie i świadomie (technika aktywna) od samego początku leczenia (dla wzbudzenia np. wiary w skuteczność swej metody), wyznaczyć należy, co następuje: przyjmując, że psychanalitycy leczą niektóre choroby nerwowo-psychiczne³⁾, niepodobieństwem jest ustalić narazie, co jest czynnikiem decydującym w ich terapii; przynajmniej w różnych przypadkach poszczególnych. Freud powiada, że odkrycie Breuera jest do dziś dnia podstawą terapii psychanalizy: „sympomy znikają, jeżeli ich nieświadome związki zostaną uświadomione”... „Nasza terapia działa przez to, że nieświadome przeistacza w świadome”...²⁾ Niestety, ponieważ takie uświadomienie z od-

¹⁾ Oto jak mówi Freud w tej sprawie: „Der Patient spricht, erzählt von vergangenen Erlebnissen und gegenwärtigen Eindrücken, klagt, bekennt seine Wünsche und Gefühlsregungen. Der Arzt hört zu, sucht die Gedankengänge des Patienten zu dirigieren, mahnt, drängt seine Aufmerksamkeit nach gewissen Richtungen, gibt ihm Aufklärungen und beobachtet die Reaktionen von Verständnis oder von Ablehnung, welche er so beim Kranken hervorruft”. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. 1916 — 1917, Leipzig — Wien, str. 4.

²⁾ O działaniu sugestji pośrednich w stanach normalnych patrz Sidis, *Psychology of Suggestion*, New York, 1898, Rozd. V.

³⁾ Niektórzy badacze negują wartość leczniczą psychanalizy. Do nich należą np. C r a i g s (*The fabric of dreams*, London, 1920) i F o x (*The psychopathology of hysteria*, Boston, 1919, str. 437). Inni (L o e w e n f e l d, *Hypnotismus und Medizin*, München, 1922, str. 114) przyznają jej znowu pewne zalety, lecz stawiają wyżej terapię sugestyjną. Są i tacy, którzy uważają za najlepsze kombinować obie metody. Do nich należy F r a n k (dzieło cyt.). Freud w ocenie swej metody jest bardzo skromny (patrz *Studien über Hysterie*, wyd. 3, str. 14) i nigdy nie utrzymywał, że sama tylko psychanaliza prowadzi zawsze do wyleczenia.

²⁾ F r e u d, *Vorlesungen...* str. 318.

reagowaniem niezawsze prowadzi do celu (za przykład niech posłuży Justyna Janet³⁾), a z drugiej strony terapia suggestywna leczy niekiedy tych, których psychanalizyści już opuścili... nasuwa się pytanie, czy w ich lecznictwie suggestja nie jest czynnikiem sta-

³⁾ P. Janet, *Névroses et idées fixes*, t. I, str. 163.

łym, choć kryjącym się pod różnymi postaciami. Piszący te słowa, sądzi, że tak⁴⁾. (D. n.)

⁴⁾ Rezultaty pozytywne, otrzymane drogą psychanalizy, nie dowodzą niczego. O tem wie każdy lekarz doświadczony. Wobec powyższego niektórzy psychanalizyści mówią wyraźnie, że i w danym wypadku czynnik suggestji jest decydujący; nazywają ją tylko „przeniesieniem”... (Stosunek suggestji do psychanalizy rozpatrzę bardziej szczegółowo w innym miejscu).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ WŁ. SZENAJCH. *Z życia wielkiej pielęgniarki*. (Wydanie Biblioteki wydziału opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerstwa P. i O. S.).

Z prawdziwą radością należy podkreślić fakt ukazania się książki prof. Szenajcha o życiu i działalności Florencji Nightingale. Na naszym może zwłaszcza terenie, gdzie racjonalne pielęgniarstwo dopiero od niedawna i to z trudem toruje sobie drogę, książka, ilustrująca dzieło życia tej niezwykłej kobiety, która opiekę nad chorym poprowadziła na drogę Ducha i Wiedzy, jest czynem ważnym i społecznie pożytecznym.

Życie Florencji Nightingale jest prawdziwie uderzającym przykładem konsekwentnego dążenia do celu. Urodzona w r. 1820, córka zamożnej rodziny, wychowywała się w t. zw. „wyższej sferze” angielskiej. Od najmłodszych lat jednak wszystko co cierpiące, budziło w niej litość, ale i głębokie zainteresowanie. Do tego jednak, aby czynem zaznaczyć swoje dążenia i wejść na drogę fachowego pielęgniarstwa, trzeba było zwalczyć gwałtowny opór rodziny. Środowisko i czas, w którym się to działo tłumaczy nam dostatecznie ogrom tego niesłychanego „skandalu”. W walce tej Nightingale zwyciężyła i wyjeżdża na kilkumiesięczny pobyt do Zakładu djakonis w Kaiserwerth. Stamtąd udaje się do Paryża do zgromadzenia sióstr miłosierdzia Św. Wincentego à Paulo.

Po powrocie do Anglii wydaje broszurę z opisem poznanych zakładów. To zwraca na nią uwagę i doprowadza do ofiarowania jej kierownictwa domu zdrowia dla osób niezamożnych, które ze względów towarzyskich nie chcą, względnie nie mogą korzystać ze szpitali publicznych.

W tym czasie wybuchła wojna krymska i Nightingale, na propozycję ministra wojny, wyjeżdża na czele przez siebie dobranej grupy pielęgniarek do szpitala wojskowego w Skutari, jako inspektorka szpitala. Przeobrażenie straszego przybytku nędzy i śmierci we wzorowy szpital, gdzie chory czuje się „jak w kościele”, jest jej wyłączną zasługą, ze względu na pokonane olbrzymie trudności tembardziej niezwykłą. Miarą już nie popularności, lecz sławy, jaką sobie Nightingale zdobyła przez swą działalność podczas wojny, może być to, że po jej powrocie do Anglii złożono na jej ręce fundusz, zebrany drogą dobrowolnych składek wśród całego społeczeństwa, fundusz, który jej pozwolił założyć w Londynie pierwszą szkołę pielęgniarstwa. Szkoła ta, przebudowana i rozszerzona w kilka lat później, jako Home Nightingale, stała się podstawą nowoczesnego naukowego pielęgniarstwa, a reforma kształcenia pielęgniarek, dokonana przez Nightingale, jest oparciem dla wszystkich obecnie istniejących szkół tego rodzaju. Wskazówki swoje i myśli wydała Nightingale w książce „Uwagi o pielęgniarstwie”. Liczne wyjątki z tej książki podaje w swej pracy prof. Szenajch wykazując w ten sposób najlepiej, czem była Nightingale w historii tak doniosłej dziedziny służby społecznej, jaką jest opieka nad chorym.

J. S.

∞ Rheumaprobleme. *Gesammelte Vorträge*. 1929. G. Thieme. Lipsk.

Instytut naukowy zajmujący się wszechstronnie badaniem „cierpień reumatycznych” a istniejący od pewnego czasu przy zakładzie kąpielowym prowincji nadreńskiej w Akwizgranie, podjął w latach ostatnich badania kliniczne i anatomiczno-patologiczne w bardzo szerokim zakresie. W październiku roku ubiegłego w instytucie tym odbył się pierwszy kurs dokształcający dla lekarzy, a wykłady wygłoszone na tym kursie mamy obecnie przed sobą w pięknie wydanym tomie, zawierającym prace dziesięciu przeszło profesorów niemieckich. Książka to prawdziwie pouczająca, streszczająca w sposób wysoce pedagogiczny, treściwy i zajmujący naszą wiedzę obecną o „reumatyzmie”. Nie zapominajmy, że właśnie niedawno temu, w Anglii zwłaszcza i w Niemczech, zadzwoniono na alarm i gromkim głosem obwieszczono, że bodaj więcej niż gruźlica właśnie reumatyzm stanowi zło społeczne, domagające się szybkiego leczenia, zapobiegania i walki najintensywniejszej. Tem bardziej książka zbiorowa, o której wspominamy, bardzo jest na czasie.

Sam przedmiot do niedawna jeszcze bardzo chaotyczny, przedewszystkiem domaga się definicji, klasyfikacji i szczegółowego omówienia klinicznego. Anatomia patologiczna na pierwszy się tu plan wysuwa. Z histologią reumatyzmu zakaźnego zapoznaje nas więc dokładnie prof. Gräff, zaś z anatomią patologiczną chronicznych cierpień stawowych prof. Huebschmann. Etiologia, klinika i terapia chorób stawowych, zarówno ostrych, jak przewlekłych, opracowana jest szczegółowo przez profesorów Gudzena, Krebsa i Schottmüllera. Bardzo zajmującą rozprawę o mialgjach ogłasza Curschmann, a o diagnostyce różniczkowej pomiędzy cierpieniami reumatycznymi a skazą moczanową na podstawie głównie badań anatomicznych mówi Thannhauser. Osobliwości cierpień reumatycznych właściwe wiekowi dzieciennemu opisuje Eckstein. Z dziedziny symptomatologii Fischer w szczególności poświęca jeden wykład zmianom krwi w chorobach reumatycznych. Gdy dodamy jeszcze, że o chirurgicznym leczeniu przewlekłych chorób stawowych rozwodzi się profesor Payr, a ortopedji mówi Schede—wyczerpiemy całą treść książki.

To wszakże ogólnikowe wymienienie tytułów pomieszczonych tu rozpraw nawet w przybliżeniu nie daje pojęcia o ich zawartości i treści, o istotnej ich wartości naukowej, o przystępności wykładu i o znaczeniu dla współczesnej literatury klinicznej. Jedyny zarzut, jaki wymienić trzeba, to nieodłączne od wszelkiej pracy zbiorowej częste powtarzanie się. Natomiast wielką zaletą, że — pomimo udziału tylu współpracowników — prawie że zupełna zgodność poglądów na stronę zarówno teoretyczną, jak i praktyczną omawianego przedmiotu.

Poglądy wogóle dosyć konserwatywne w najlepszym znaczeniu tego wyrazu, nigdzie nie znać uganiania się za nowymi metodami, za nie dosyć wypróbowanymi, noszącymi tylko stempel nowej „mody” lekami. Zgodne wszędzie uznawanie dużych dawek salicylanu sodu jako też piramidonu, odrzucanie — jak dotychczas — wakcynoterapii. Kutiwakcyna Paula

osądzona jest bardzo surowo, gdy tymczasem referent ze swej strony dodać musi, że niedawno temu pomieszczona w Czasopiśmie praca kol. Goldbauma podzielała nań dosyć zachęcająco i przekonywująco. Kilka razy w wymienionych tu pracach spotykamy się też z zarzutem, iż zbyt często stosujemy leki dożylnie, podskórnie i domięśniowo, gdy tymczasem dawne stosowanie doustne bywa często i wygodniejsze i skuteczniejsze. Podkreślamy ten zarzut wobec tego, że i w innych okolicznościach spotykaliśmy się w czasach ostatnich z tym zarzutem stosowanym w szczególności do lekarzy warszawskich.

M. F.

H. PULFER. **Badania nad zawartością białka w ziarnach kakaowych.** (Arch. f. Verd. Krankh. Tom 44, Nr. 1/2, r. 1928).

Badania autora wykazały, że można wprowadzać dość duże ilości białka do ustroju przez podawanie kakao, czekolady oraz podobnych przetworów.

Produkty te, jak wszystkie białka roślinne zresztą, zwiększają bezwzględną masę kału, jednakże, w przeciwieństwie do innych środków roślinnych, ilość białka rzeczywiście zużytego przy tem nie ulega zmniejszeniu.

Nawet przy zastąpieniu dużych ilości mięsa przez czekoladę i „kostki sportowe” bilans azotowy nie staje się ujemny, mimo pokrycia prawie całkowitej ilości białka przez przetwory czekoladowe.

Po części autor skłonny jest do złożenia powyższych danych na karb subtelnej proszki kakaowej i wysokiej wartości zawartych w przetworach węglowodanów, co zmniejsza potrzebę białka.

Autor zauważył także wyraźne wystąpienie przyzwyczajenia przy dłuższym spożywaniu dużych ilości kakao; — przyzwyczajenie to wyrażało się w lepszym wykorzystywaniu tych pokarmów.

Na zasadzie powyższych danych autor skłonny jest do przypuszczenia, że kakao, czekolada oraz t. zw. „kostki sportowe” są dobrym środkiem odżywczym, mogącym zastąpić białko w pożywieniu a nawet niekiedy zmniejszyć zapotrzebowanie białkowe ustroju przez lepsze zużytkowanie węglowodanów.

B. Goldstein.

Higiena.

∞ GROTJAHN, LANGSTEIN, ROTT. **Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge.** Tom I. 1929. G. Thieme, Lipsk.

Oto nowe wydawnictwo tym razem istotnie na czasie będące, potrzebne, o zakresie archiwalnym. Jeżeli przeczytać uważnie choćby taką rozprawę, jak np. o podstawach teoretycznych higieny społecznej (Wolffa) lub o higienie publicznej w liczbach (W. i E. Woytinsky), wystarczy to do zrozumienia celów, jakie przyświecały wydawcom, i zadań, jakie mają przed sobą. Sądząc z treści pierwszego tomu, wydawnictwo obejmować ma całokształt wszystkich problemów higieny społecznej i bynajmniej nie ograniczać się do państwa niemieckiego. Jakże pouczający jest np. wykład o szczepieniu ochronnym błonicy w Stanach Zjednoczonych i o rezultatach już dotychczas na tem polu osiągniętych (prof. Schick). Ile materiału, rzucającego światło na rozrodczość i śmiertelność w rozmaitych okręgach miasta Berlina (Freudenberga). Wiele rozsądnych myśli w artykule o pomocy w wieku starczym (Kieselbach). Jak pouczająco i poglądowo wypadł opis zadań i celów sekcji higieny w Lidze Narodów (Eisenstedt). Nawet tytułów tych wszystkich rozpraw, jakie mieści w sobie ten pierwszy tom, przytaczać tu nie jest naszym zamiarem. Każdy higienista, każdy lekarz bez względu na specjal-

ność, jaką uprawia znajdzie tu dla siebie materiał obfity, zajmujący, doniosły w znaczeniu przedewszystkiem praktycznym.

Strony zewnętrznej wydawnictwa zachwalać w szczególności nie potrzeba. Firma Thieme'go jest dostateczną w tym względzie rękojmią.

M. F.

Lecznictwo.

T. OMORI. **Dożylne stosowanie digifoliny.** (Jikken Iho 1928. Nr. 164).

Podług Gottlieba podskórne lub śródmięśniowe wstrzykiwania przetworów naparstnicy nie stanowią żadnej wyższości w porównaniu z ich doustnym podawaniem, zastrzykiwania zaś dożylne wskazane być mają w nagłych i ciężkich przypadkach.

O. potwierdza ten pogląd i opisuje 3 typowe przypadki, w których miał znakomite wyniki po dożylnej zastosowaniu digifoliny Ciba. W przypadku niedokrewności mózgu po zatruciu aspiryną wstrzyknięto do żyły 1 ccm. digifoliny. Po 5 minutach tętno zaledwie wyczuwalne, poczem podano drugi po dalszych 5 minutach. W 3 minuty potem tętno nagle stało się o wiele silniejsze.

W przypadku ostrego włóknikowego zapalenia płuc po wstrzyknięciu do żyły 2 ccm.³ digifoliny tętno jeszcze pozostawało nieregularne, wzmocniło się jednak. Nazajutrz powtórzone 2 razy wstrzykiwania. Z dnia na dzień zmniejszała się sinica i obrzęk stóp. Stan serca poprawił się również znacznie, a postępowanie to miało w następstwie zupełne wyleczenie. Wreszcie u chorej, dotkniętej gruźlicą płuc, po porodzie stan ogólny i miejscowy znacznie się pogorszył, zwłaszcza niepokojące były objawy ze strony serca. Zastrzykiwanie digifoliny wpłynęło bardzo dodatnio na stan serca.

X.

H. OFFERGELD. **O współczesnym leczeniu przetworami walerjany.** (Ther. d. Gegenw. Nr. 2, 1929).

Wadą nalewek walerjanowych, jest ich względna niestłość. Zawarte w nich estry wyższych alkoholów częściowo się rozkładają i wywiązują wolny kwas izowalerjanowy o nieprzyjemnym zjełczałym zapachu.

Tej ujemnej cechy nie posiadają preparaty suche walerjany, w których rozkład niema miejsca. Do tej kategorii należy właśnie preparat Walerian-dispert, zachwalany przez autora.

B. G.

N. W. JONES i in. **O działaniu krwiotwórczym wyciągów jądrowych.** (An. Int. Med. tom 2, Nr. 7).

Autorzy twierdzą, że czynnik krwiotwórczy, zawarty w rozmaitych tkankach, jest związany z istotą jąder komórkowych, a więc działanie środka krwiotwórczego zależy w pierwszym rzędzie od liczby komórek, w nim zawartych.

Tak, na przykład, wątroba ma silniejsze działanie, aniżeli grasica lub trzustka, słabsze natomiast w porównaniu ze śledzioną. Zaś najsilniejsze działanie krwiotwórcze posiadają przemitye krwinki drobiu.

Wniosek stąd, że u osób, niechętnie przyjmujących wątrobę, można bez wielkiego uszczerbku dla leczenia zastąpić wątrobę przez inne organy mięszone, jak nerki, grasica, śledziona, a szczególnie krwiste befsztyki.

Jest to znacznie tańsze, aniżeli zażywanie kosztownych preparatów lekarskich, a zarazem djeta staje się bardziej urozmaicona.

Wyciągi z substancji, zawierających dużo jąder komórkowych, dają dobre wyniki zarówno w sprawach niedokrewności pierwotnej, jak i wtórnej.

B. Goldstein.

Choroby serca i naczyń.

P. UHLENBRUCK, Niedomoga prawego serca. (Dtsch. Arch. Klin. Med. T. 163, 3 i 4, 1929).

Izolowana niedomoga prawej komory wystąpić może w przebiegu chronicznie przebiegających schorzeń płucnych, utrudniających krążenie małe. Rozwija się ona więc stopniowo w przebiegu przewlekłego nieżyty oskrzeli, bronchektazy, dyshawicy, skrzywień kręgosłupa. Również stany zapalne śród-błonna tętnicy płucnej (np. *endarteritis luetica*) lub stwardnienie tej tętnicy (*sclerosis a. pulmonalis*) mogą wywołać niedomogę prawokomorową pod postacią obrazu klinicznego, zwanego przez francuzów „*cardiaques noirs*”. Do tej grupy należą również przeszkody w krążeniu płucnym, wywołane przez ciągłe zatory i zakrzepy rozgałęzień tętnicy płucnej w związku z nowotworami płuc.

Oslabienie czynności komory prawej występuje również w przebiegu wad zastawki dwudzielnej, zwężenia ujścia lewego żylnego, zwężenia ujścia tętnicy płucnej i t. p.

Wreszcie w przebiegu ropnia płuc, zapalenia płuc włóknikowego i bronchopneumonji wystąpić może ostra niedomoga prawej komory, t. zw. „ostra sinica”. Autor analizuje tylko zespół kardjo-pulmonalny i przypadki wspomnianej „sinicy ostrej”.

Do ich obrazu klinicznego należą:

- 1) b. wybitna sinica, spowodowana mniejszym przepływem krwi przez płuca oraz zastoiną na obwodzie, sprzyjającą daleko posuniętej redukcji krwi zastoinowej.
- 2) wypełnienie b. znacznego stopnia żył głowy i kończyn górnych,
- 3) poliglobulia (do $7\frac{1}{2}$ milj.),
- 4) czyste tony serca,
- 5) tętno miarowe, przyspieszone (około 100 na l'), dobrze wypełnione,
- 6) zmiany w płucach w związku z przewlekłym nieżytem oskrzeli, rozedma,
- 7) krwioplucie (na tle zatorów czy zakrzepów tętnicy płucnej),
- 8) krew w wymiocinach i kale (zastoina bł. śluzowej żołądka),
- 9) bóle w okolicy wątroby (ostra zastoina),
- 10) opukiwanie serca nie daje pewnych wyników,
- 11) w czystych przypadkach niedomogi prawokomorowej brak jest duszności mimo wybitnej sinicy,
- 12) Roentgen wykazuje często rozszerzenie tętnicy płucnej lub jej prawej gałęzi,
- 13) elektrokardiogram zawiera wszystkie cechy przewagi prawokomorowej.

Leczenie: a) upust krwi, który chroni między innymi przed zastoiną w żołądku i krwawymi wymiotami, b) tlen do wdychiwania (co $\frac{1}{2}$ godziny 10 minut). Oprócz olbrzymiego wpływu psychicznego (sinica ulega znacznemu zmniejszeniu) odgrywa tu rolę odżywianie m. sercowego, które szwankuje przy braku O_2 , c) kamfora, kofeina, adrenalina, Naparstnica w tych przypadkach zawodzi.

Rokowanie złe mimo czasami występującej chwilowej poprawy krążenia.

H. Rasolt.

D. P. BARR, Ćwiczenie i wysiłek w cierpieniach serca (J. of the Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 18 r. 1928).

W pracy mięśnia sercowego mogą powstawać dwojakiego rodzaju zaburzenia. Jedne z nich polegają na braku tlenu w tkance mięśnia sercowego, na nadmiernym nagromadzeniu się w nim kwasu mlekowego, wreszcie poprostu na niedokrewności miejscowej.

Mogą powstać u rozmaitych osobników zarówno u zdrowych atletów, jak i u chorych sercowo z niewyrównaną wadą — zależne są tylko od wysiłku, jaki ma do pokonania serce.

Drugiego rodzaju zaburzenia polegają na zaburzeniu równowagi pomiędzy przypływem krwi do serca a odpływem. Jest to objaw, widywany niemal wyłącznie w przypadkach schorzenia mięśnia sercowego. W przypadkach takich, jak np. *stenosis mitralis*, występuje wyraźniej i to znacznie wcześniej.

U osób zdrowych wysiłek może być doprowadzony do tego stopnia, że daje się odczuwać wyraźny brak tlenu. U chorych sercowych wchodzi w grę także inne czynniki, np. stan płuc, które mogą nie wystarczać do wzmożonej wentylacji, a co za tem idzie wcześniej okaże się niewydolność serca.

Jednakże w tych razach zdrowe płuca mogą czasem wyrównać duszność, powstającą na tle sercowym, przynajmniej do pewnego stopnia.

Duszność ta chroni także pacjentów przed niebezpieczeństwem niewydolności zupełnej mięśnia na tle zastoiny krwi.

W gorszym znacznie położeniu znajdują się ci chorzy, którzy duszności wysiłkowej nie mają, jak na przykład to ma miejsce w wadach aortalnych, schorzeniach nerek lub mięśnia sercowego.

U tych chorych nie wolno dopuszczać nigdy do obciążenia mięśnia ze względu na to, że duszność wysiłkowa nie ostrzeże przed zagrażającą zapaścią.

Toteż ćwiczenia u tych chorych nie są na miejscu i najlepiej wobec nich stosować leczenie oszczędzające.

B. G.

GEORGOPULOS, O działaniu ergotaminy na nadciśnienie samoistne. (Dtsch. Arch. Klin. Med. T. 161, z. 5 — 6).

Ergotamina poraża zakończenia n. współczulnego. Stosowana w przypadkach nadciśnienia, dawała wyniki różne: tak więc w okresie przekwitania obniżała ona ciśnienie do normy, ale w kilka dni po przerwaniu podawania ciśnienie wracało do swej patologicznej wysokości. U mężczyzn w wieku podszły ergotamina nie działała.

W przypadkach nadciśnienia tętniczego ze sklerozą naczyń nerkowych erg. żadnego obniżenia nie wywoływała.

W całym szeregu badanych przez autora przypadków nie mógł on stwierdzić działania ergotaminy, czasami po przemijającym nieznacznym obniżeniu ciśnienia krwi wzrastało się (najpierw więc wystąpiło porażenie zakończeń n. współczulnego, następnie zaś bezpośrednie zadziaływanie na ścianę naczyniową).

Różnica efektów po podaniu ergotaminy w różnych przypadkach wskazuje na różne pochodzenie nadciśnienia, i w tych przypadkach, gdzie ono się obniża, mamy t. zw. postać sympatykotoniczną.

W świetle powyższych badań pogląd Kylina, który uważa nadciśnienie za nerwicę układu roślinnego z przewagą wagotonji — nie da się w całej rozciągłości utrzymać.

R-t.

J. ERDELYI, Nowy sposób stwierdzania sprawy sklerotycznej w łuku tętnicy głównej. (Klinische Wochenschrift str. 261 1928).

Neurolog często korzysta w niepewnych przypadkach zaburzenia swoistego, zwłaszcza u tabetyków i paralityków, z pomocy radiologa dla stwierdzenia *aortitis luetica*. Autor budapeszteński, podkreślając, iż sposoby dotychczasowe stwierdzania sklerozy łuku na zasadzie gęstości cienia, formy aorty oraz cech pulsacji są niepewne, gdyż zbyt subiektywne, usiłuje dać inny — nowy.

Opiera się ów sposób na obserwacji, że przy łykaniu łuk, poniekąd okrakiem jadąc na lewym oskrzeli, wykonywa ruchy połykowe, widoczne na ekranie. Wiadomo z fizjologii, iż przy czynności połykania *mm. geniohyoidei, stylohyoidei, mylohyoidei, digastricus* unoszą gnyk czyli kość podjęzykową i krtań o kilka centymetrów, przyczem idą też w górę przełyk i tchawica. Wbrew tym narządom miękki łuk aorty o ścianach elastycznych pozostaje nieruchomy.

Inaczej się natomiast zachowuje twarda ściana jego, ta zostaje pociągana przez sąsiednie tkanki, a ekskursja, przekraczająca nieraz centymetr, daje się dokładnie zmierzyć. Optymalne warunki wywołania tego przedmiotowego zjawiska są następujące: nastawienie dżafagmy rentgenowskiej na łuk aorty u stojącego równo z głową uniesioną pacjenta, który ma zlecenie wykonania ruchu połykowego własnej śliny lub yka wody.

Ciekawa jest uwaga Erdelyiego, że o wiele częściej się stwierdza w tem miejscu stwardnienie u arterjo-sklerotyków, niż u luetyków. (Byłoby wskazane poddać pod tym kątem wzdęcia rewizji te mnożące się w piśmiennictwie przypadki *aortitis luetica*, w których po kuracji swoistej rozszerzenie i stwardnienie łatwo mają się cofać zupełnie. Ref.).

H. Higier.

Wskazówki praktyczne.

— Bauer stosował z powodzeniem *dial i cibalginę w chorobach nerwowych*. Dial w dawce 0,1 działał pomyślnie w bezsenności rozmaitego pochodzenia. W stanach lękowych, w których makowiec pozostawał bez skutku, dial w dawce 15 — 25 kropeł rano i 30 — 50 kropeł wieczorem usuwał objawy lęku i wpływał bardzo dodatnio na somopoczucie chorych. Przeciwnie padacze dial okazał się bezsilny.

Cibalgina wywierała działanie dodatnie w wjadzie rdzenia rwie kulszowej, zapaleniu wielonerwowem i nerwobólu nerwu trójdzielnego.

(Med. Klin. 1929 Nr. 12).

— Kinter i Greene zalecają rozpylanie do nosa 1 ctm³ wyciągu z przysadki w moczówce prostej. Metoda ta jest łatwiejsza do wykonania niż zastrzykiwanie podskórne, a działanie jej nie ustępuje działaniu zastrzykiwań.

(J. americ. med. Assoc. 1928 Nr. 18).

— Luft stosuje w leczeniu reumatycznego porażenia nerwu twarzowego *Radiophan*, połączenie chlorku radu ze sodkiem atofanu (fabr. Radiogen w Berlinie). Zastrzykuje się dożylnie lub

domięśniowo 2 ctm³ co 2 — 3 dni, w sumie do 6 zastrzyknięć. Porażenie ustępuje w ciągu 14 dni.

(Fortschr. d. Ther. 1929 Nr. 5).

— Mc. Clintic zastępuje sympatektomję *zastrzykiwaniami alkoholu* do pochwy okołotętnicznej w ogólnej starczej miażdżycy tętnic, wrzodach żylakowych, owrzodzeniach bezbolesnych o nieznannej etiologii, w zapaleniu tętnic z ich zaczerwienieniem, w chorobie Reynauda i t. d. Technika. Obnażenie tętnicy udowej w dolnych dwóch trzecich kąta Skarpy, zastrzyknięcie 1—2 ctm³ 95% alkoholu do tkanki okołotętnicznej. Następnie natychmiastowa zmiana charakteru tętnic, kończy się staję się ciepła. Nigdy nie dochodzi do zwężenia naczyń. Operacja trwa krótko, technika jest prosta, wyniki trwalsze.

(J. amer. med. Assoc. 1929 Nr. 12).

— *Vulvitis aphthosa* stanowi cierpienie analogiczne do *stomatitis aphthosa* u dzieci. Bardzo dobre wyniki dają *zastrzykiwania podskórne mleka, aolanu i t. d.*

(Monatsschr. f. Kindh. T. 43. Z. 2—3).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie

Posiedzenie z d. 30 stycznia r. 1929.

Zagaił posiedzenie prezes Tow. kol. Rechniowski. Na przewodniczącego zebrania wybrano kol. Weinziehera. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania rocznego.

Sekretarz Tow. kol. Krajewski odczytał sprawozdanie za rok ubiegły. Członków liczyło Tow. 20. Podczas roku sprawozdawczego nikt nie przybył, ani nie ubył. Posiedzeń zarządu odbyło się 2, posiedzeń naukowych 8. Na obchód 50-lecia Tow. Lek. Lwowskiego Tow. posłało depezę gratulacyjną. Na zebraniach naukowych dokonywali pokazów chorych i preparatów oraz wygłosili krótkie komunikaty i dłuższe wykłady: kol. Rechniowski, Szokalski, Tennenbaum, Szymon i Tennenbaum, Zygmunt.

Skarbnik Tow. kol. Kowalczewski odczytał sprawozdanie kasowe za rok ubiegły. Wykazało ono w przychodach zł. 322, w wydatkach — zł. 199 gr. 15. Remanent za rok 1929 wynosi zł. 122 gr. 35.

Przedstawiony następnie przez skarbnika projekt budżetu na rok 1929 przyjęto, postanawiając przytem znieść uchwałę, powziętą w r. 1925 co do przeznaczania 2 złotych od składki rocznej każdego członka Tow. na Koło Medyków Uniwersytetu Warszawskiego, a to dlatego, że pomimo zwracania się w tej sprawie Towarzystwa Koło Medyków nie przysłało dotąd pokwitowania z otrzymanej od Tow. sumy za rok 1926.

Bibliotekarz Tow. kol. Rechniowski odczytał sprawozdanie biblioteczne. W roku sprawozdawczym Tow. prenumerowało 4 pisma polskie: 1) Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 2) Polską Gazetę Lekarską, 3) Nowiny Lekarskie, 4) Gruźlicę.

Pozatem Tow. otrzymywało bezpłatnie: 1) Lekarza Wojskowego, 2) Kwartalnik kliniczny szpitala Starozakonnych

w Warszawie, 3) Biuletyn Sekcji Sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. Z biblioteki korzystał zaledwie 1 członek Towarzystwa.

Przystąpiono do wyborów prezesa Towarzystwa, członków Zarządu i komisji Rewizyjnej na następne lat 3.

Prezsem wybrano kol. Rechniowskiego, członkami Zarządu kol. Krajewskiego, Kowalczewskiego, Szymona, Tennenbauma i Kobosę, członkami Komisji Rewizyjnej kol. Lewitę, Truszkowskiego i Hartmana.

Posiedzenie z d. 27 lutego 1929.

Szorr pokazuje szereg zdjęć rentgenowskich, a mianowicie: 1) przypadek skręcenia serca o 90° około osi pionowej. Skręt ten — pochodzenia niejasnego; 2) przypadek zębra szynnego całego; 3) przypadek Assmanowskich ognisk w gruczycy płuc; 4) 2 przypadki tętniaka tętnicy głównej; 5) przypadek świeżego wrzodu żołądka; 6) przypadek wrzodu żołądka i dwunastnicy; 7) przypadek żołądka kłępsdrowatego.

W dyskusji kol. Sz. Tennenbaum zaznacza, że kilkakrotnie zwracał już uwagę na to, że pierwotne ognisko grucznicze w płucach, może być pod obojczykiem. W razie podejrzenia co do gruczycy płuc przy braku wyraźnych objawów fizykalnych należy zawsze dokonać prześwietlenia klatki piersiowej.

Truszkowski komunikuje o przypadku surowiczego zapalenia opon mózgowych u dziecka, jako powikłania, powstałego po śwince; zejście pomyślne.

W dyskusji Sz. Tennenbaum oznajmia, że w literaturze z czasów ostatnich znalazł ogłoszone 3 przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych po śwince.

Sz. Tennenbaum porusza sprawę trudności w rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy wrzodem dwunastnicy a kamicą żółciową. W przypadkach tych zawsze winno być dokonane badania treści żołądkowej i kału a także zdjęcie rentgenowskie.

Rechniowski omawia następujący przypadek spostrzegany w szpitalu św. Trójcy.

Mężczyzna 37-letni wstąpił do szpitala d. 21/XI r. 1928. Od 9 tygodni ból w pośladkach, zwłaszcza — prawym, od 3-ch tygodni — tak dotkliwy, że chory wskutek bólu przestał chodzić. W domu leczony przez lekarza na reumatyzm. Chory bledy, robi wrażenie chorego ciężko; C—38,8, T—140, miękkie; oddech przyspieszony; w płucach, sercu i narządach jamy brzusznej — nic wyraznego. Mocz — zmian nie wykazuje. Chodzi, utykając na nogę prawą; ruchy przy zmianie położenia z leżącego na siedzące — b. bolesne i wskutek tego — utrudnione. Siła mięśniowa kończyny dolnej prawej — cokolwiek osłabiona; odruchy kolannowe — wzmożone, zwłaszcza po stronie prawej; osłabienie czucia bólowego skórno-tytu po stronie prawej w pasie od poziomu 10 kręgu lędźwiowego do prawej fałdy pośladkowej; w pasie tym — ból rwący, połączony z mrowieniem; to ostatnie w okolicy odbytnicy — specjalnie silnie wyrażone. Okolica krzyża i pośladków — przy oglądaniu śladu jakichkolwiek zmian nie wykazuje. Przy obmacywaniu — silna bolesność uciskowa w okolicy *massae lateralis dextrae ossis sacri* — zarówno od tyłu, jak i od przodu przy badaniu przez odbytnicę. Zdjęcie rentgenowskie okolicy krzyża, pośladka prawego i prawego stawu udowego, daje wynik ujemny. Rozpoznanie — trudne — waha się pomiędzy *osteomyelitis ossis sacri acuta* (stan ogólny septyczny, bolesność uciskowa *massae lateralis*) i nowotworem złośliwym kanału krzyżowego z punktem wyjścia bądź w kości bądź w częściach składowych ogona końskiego (osłabienie mięśniowe kończyny dolnej prawej; bóle strzelające, osłabienie czucia i parastezje w pasie, ściśle ograniczonym do rozgałęzień korzonka krzyżowego 3-ciego, ujemny co do *osteomyelitis* wynik badania rentgenowskiego i brak po 9 tygodniach śladów ropnia podokostnowego).

Leczenie skierowano przeciwko objawom zakażenia: 26/XI, 29/XI, 2/XII — iniekcje domięśniowe propidonu bez żadnego efektu. Tak samo bez efektu — 2 iniekcje dożylnie 10% roztworu chininy 22/XII — objawy niewielkiego zawału płuc. Od 3/I do 13/I 1929 — 5 iniekcji podskórnych elektraigentolu z niewielkim przejściowym obniżeniem ciepłoty; 10/I lekkie obrzmienie pośladka prawego ku górze i ku tyłowi od krętaża wielkiego. 16/I ponowne zdjęcie rentgenowskie z wynikiem ujemnym. 20/I część górną-zewnętrzną pośladka prawego wykazuje obrzmienie, bolesność i chębotanie głębokie; 24/I nacięcie ropnia w uspieniu eterem, opróżniono około szklanki ropy gęstej, nie cuchnącej, barwy zielonej; na dzień rany operacyjnej — kość *massae lateralis ossis sacri* — obnażona i chropawa na przestrzeni przeszło 6 cm². Wynik zabiegu — żaden. Dalszy rozwój ropnicy przy silnych wahaniach ciepłoty, słabnącem z dnia na dzień tętnie i ogólnym upadku sił. 13/II 1929 r. *Exitus letalis*.

Epicrisis. Przypadek *osteomyelitis ossis sacri* o przebiegu powolnym, bardzo długo zamaskowanym objawami korzonkowo-rdzeniowymi, który, zanim ujawnił swe właściwe oblicze, zdążył drogą naczyń krwionośnych żylnych rozsiać zakażenie po całym ustroju, wobec czego leczenie stosowane było bezsilne.

W łączności z komunikowanym przypadkiem Rechniowski wygłasza krótki wykład „o zapaleniu szpiku kości krzyżowej i o zapaleniu szpiku kości kręgosłupa wogóle“.

Osteomyelitis ossis sacri należy do cierpień rzadkich: Hahn w r. 1899 naliczył 5 przypadków w literaturze; Steinthal — w r. 1907 — wspomina tylko o pojedynczych przypadkach znanych.

Rozpoznanie, jak wogóle rozpoznanie zap. szp. kostn. kręgosłupa, jest nieraz b. trudne, zwłaszcza w początku choroby, gdy objawy kardynalne, jak stan ogólnie-zakaźny i ból samoistny kręgosłupa, mogą być interpretowane rozmaicie, dając rozległe pole do pomyłek. Trzeci objaw kardynalny — bolesność uciskowa schorzałego odcinka kości — wobec głęboko w trzonie kręgu nieraz znajdującego się ogniska — niezawsze jest dostępny i sam jeden bez towarzyszącego mu obrzmienia zapalnego nie może być uważany za objaw patognomoniczny. Dopiero wytworzenie się ropnia podokostnowego, dostępnego dla badania, a więc położonego od tyłu, rozstrzyga o rozpoznaniu. Ropień ten zaczyna się wytwarzać pod koniec pierwszego tygodnia choroby. W przypadku, przedstawionym wyżej, dopiero w 4-tych miesiącu choroby zaczął się ujawniać ropień podokostnowy; nie dziwnego, że tak długo rozpoznanie było w zawieszeniu. Nawet Roentgen w przypadkach tych nie rozstrzyga wątpliwości, gdyż obraz rentgenowski w świeżych sprawach zapalnych kości daje bardzo niewyraźne odcienie, tak, że niektórzy autorowie,

jak Paterson Brown uważają radiografię w przypadkach tych za środek rozpoznawczy bezwartościowy. Przypadek, wyżej przedstawiony, również stanowi tego jaskrawy przykład. Utрудnia rozpoznanie i to, że *osteomyelitis* kręgosłupa występuje nieraz pod maską schorzeń opłucny, narządów jamy brzusznej, rdzenia i opon rdzeniowych. *Osteomyelitis* kości krzyżowej jak wogóle — całego kręgosłupa, należy do schorzeń b. ciężkich, b. często kończących się śmiercią. Momentem decydującym w tych razach jest z jednej strony siła zakażenia, z drugiej — umiejscowienie sprawy chorobowej w sensie bliskości i łatwego zakażenia opon rdzeniowych i rdzenia. Dwa te czynniki — zdaniem Leibovici — odgrywają daleko większą rolę w pogarszaniu rokowania, niż późne zastosowanie leczenia operacyjnego mia-wobec częstych trudności rozpoznawczych jest nieraz rzeczą nieuniknioną. Teoretycznie — wczesne leczenie operacyjne mia-łoby rację bytu jako przerwy przeciwko wybuchowi ropnicy która, gdy raz się rozpocznie, nie daje nigdy pardonu i zawsze zabija chorego, nawet po miesiącach trwania (*exemplum* — przypadek przedstawiony). Praktyka jednak wykazuje, że nawet eporacja wczesna nie jest w stanie uratować chorego, 3 przypadki Dehlera zap. szp. kostn. kości krzyżowej, wszystkie 3 operowane wczesnie, zakończyły się śmiercią. Również — żaden z 5 przypadków Hahna nie był uratowany. Dlatego też z wielką rezerwą należy się zachować względem tezy Laborde: „wyczekiwanie w zap. szp. kostn. kręgosłupa jest najgorszym sposobem postępowania; z reguły należy nacinać jaknajwcześniej“ ogniska ropne, nacinać wszystkie i nacinać jaknajwcześniej. Zdaje się jednak, że rozwiązanie problemu leczenia zap. szp. kostn. kręgosłupa szukać raczej należy w płaszczyźnie udoskonalenia sposobów walki z zakażeniem ogólnym ropniczo-podokostnowym.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu lek. szpitaln. w Brukseli 25 maja 1929 Haibe omawiał *patogenezę i leczenie astmy oskrzelowej*. Jest on zdania, że u drobnych dzieci prawie zawsze idzie o czynnik alimentarny, u starszych dzieci i dorosłych o jady drobnoustrojów, w pierwszym rzędzie o paciorkowca hemolizującego i gronkowca. Gruźlica odgrywa w jego materiale małą rolę. Leczenie szczepionkami z paciorkowca hemolizującego i gronkowca, otrzymanych od pacjenta, stosowanymi w dużych dawkach, wraz z jednoczesnym stosowaniem *antivirius* na śluzówkach nosa (o ile jest cierpienie nosa) ma dawać w znacznym odsetku przypadków poprawę.

(Pr. Méd. Nr. 51).

W Tow. lek. wiedeńsk. Moszkowicz demonstrując trzech pacjentów, zaleca swój od siedmiu lat stosowany sposób *leczenia czaryłów twarzy i wargi*. Polega ono na nakłuwaniu nacieku z pomocą żegadła w odstępach 6 — 10 mm. W ten sposób ograniczać się ma naciek za pomocą wału podobnie, jak to się czyni, zastrzykując krew.

Blizenki są niewielkie i mało widoczne, efekt zaś ma być doskonały. Stosowanie leczenia konserwatywnego w tych razach jest ryzykowne, na zabieg zaś operacyjny lekarze często się nie decydują. W dyskusji Sgalitzer chwali dodatnie działanie słabych dawek Roentgena, co stosują w klinice Eiselsberga.

(W. med. W. Nr. 19 — 1929).

Priesel demonstrował w tow. pediatrycz. wiedeńsk. w lutym przypadek *prosówki płuc i miękkiego podniebienia u dziecka 11-miesięcznego*. Źródłem zarażenia był ojciec, mający otwartą gruźlicę płuc.

(W. m. W. Nr. 19).

Mändli Kornitzer zalecają *pneumolizę* według Jacobäusa (pos. tow. lek. wiedeńsk. w kwietniu r. b.), zwracając uwagę na to, by nie ruszać nigdy zrostów, w których na zasadzie tętnienia można podejrzewać obecność naczyń, lub które robią wrażenie uchyłków płucnych. Zrosty łącznotkankowe są natomiast wdzięcznym obiektem do torakoskopii i pneumolizy.

(W. m. W. Nr. 19 r. 1929).

Z j a z d y.

Zjazd psychiatrów niemieckich w Gdańsku.

(23 - 25 maja 1929 r.)

W auli politechniki gdańskiej odbył się doroczny zjazd psychiatrów niemieckich pod przewodnictwem Prof. Bonhoefera. Zjazd ten obfitował w szereg ciekawych odczytów, jak n. p. prof. Thilego i prof. Spielmayera: o zaburzeniach cyrkulacyjnych i psychozach, prof. Weygandta: o *Pubertas praecox*, prof. Georgiego, o wzajemnej zależności konstytucji, czynników afektywnych i przeobrażeniu składnika lipidowego, prof. Forstera: o wartości rozpoznawczej ulepszonej metody badania płynu mózgowo-rdzeniowego — i wiele innych.

Na tem miejscu chciałbym tylko zreferować dwa główne tematy tego zjazdu, które również w dyskusjach naszych psychiatrów zajmują miejsce centralne i nie są obojętne dla szerszych kół lekarskich.

Pierwszy z tych tematów pod tytułem: Przyszły rozwój zakładów psychiatrycznych, z szczególnym uwzględnieniem opieki otwartej, otwartych oddziałów dla chorób nerwowych i oddziałów dla narkomanów wygłosił Dr. G. Kolbe, Dyrektor zakładu psychiatrycznego w Erlangen, znany propagator opieki otwartej dla chorych umysłowych w Niemczech.

W powyższym odczycie wychodzi Kolbe z założenia, że wobec rosnącego zapotrzebowania na zamkniętą opiekę psychiatryczną zachodzi konieczność omówienia przyszłego rozwoju szpitalnictwa psychiatrycznego.

Jego zdaniem, bezwarunkowo wszędzie należy unikać przepełnienia w zakładach psychiatrycznych, ostrzega jednak przed wszelkimi próbami usuwania tego przepełnienia za pomocą ograniczenia przyjmowania chorych. Sądzi on, że nadmierne obciążenie zakładów zamkniętych można skutecznie zwalczać za pomocą rozbudowy opieki otwartej nad umysłowo chorymi, pochodzącymi z zakładu.

Następujące zadania zakładu psychiatrycznego: leczenie chorych uleczalnych, zaopiekowanie się nieuleczalnymi i potrzebującymi opieki zakładowej — doznały dzięki opiece otwartej znacznego rozszerzenia, a mianowicie: nastąpiło ześrodkowanie wszystkich sił czynnych przy opiekowaniu się tak umysłowo — chorymi, jakoteż znajdującymi się na pograniczu. Celowe segregowanie chorych w zakładach i poza nimi, zapoczątkowanie higieny psychicznej.

Rozszerzając w ten sposób zakres działania, osiąga się ułatwienie w przyjmowaniu chorych. Dzięki otwartej opiece poszczególny zakład psychiatryczny staje się naturalnym ośrodkiem praktycznej psychiatrii danej dzielnicy, podobnie jak klinika psychiatryczna w swoim zakresie tworzy ośrodek psychiatrii naukowej. Jak najściślejszy kontakt między zakładem a kliniką jest bowiem pożądanym.

O ile się przystępuje do budowy nowych zakładów psychiatrycznych, należy kłaść więcej wagi na dogodnym połączeniu z głównym miastem, dostarczającym chorych, aniżeli na ładne położenie wiejskie, które obecnie wskutek rozwoju opieki domowej i otwartej staje się zbędne. Do każdego zakładu należy zasadniczo przyjmować wszelkie stopnie i formy zaburzeń psychicznych. Dobry lekarz jest ważniejszy, niż najdoskonalsze urządzenia techniczne. Na szczególną uwagę zasługuje terapia czynna podług Simona, która daje możność przekształcenia zakładów dla umysłowo-chorych w siedzibę prawie normalną, a która szczególnie nadaje się do utrzymywania zdolności do pracy chorego i do podniesienia jego poczucia odpowiedzialności.

Tam, gdzie pełna rozbudowa opieki otwartej z ramienia zakładu jest niemożliwa, należałoby przynajmniej roztoczyć opiekę zakładu nad urlopowanymi chorymi, przyczem należy dążyć do jaknajściślejszej współpracy komunalnego urzędu dobroczynnego z zakładem dzielnicowym.

Coraz częstsze korzystanie z zakładów psychiatrycznych dla chorych, dotkniętych wrodzonym niedorozwojem, padaczką i uwięciem starczym, świadczy o konieczności powiększenia ze względów finansowych liczby miejsc w specjalnych zakładach o charakterze przytułkowym, o ile opieka domowa i otwarta nie będą mogły zaspokoić wszystkich chorych tego rodzaju.

Zakłady psychiatryczne nie powinny zatem odmawiać przyjmowania psychopatów, zwłaszcza takich, którzy znajdują się w stanie reaktywnym.

Potrzeba dłuższego przebywania takich psychopatów w zakładach zamkniętych zachodzi tylko w wyjątkowych przypadkach. Naogół nie jest ono wskazane, a nieraz nawet wręcz szkodliwe.

Otwarta opieka nad psychopatami winna być ograniczona głównie do możliwego uniknięcia tarć i dążyć do powiększenia zdolności do pracy, chęci do niej i poczucia odpowiedzialności.

Psychopaci o skłonnościach antysocjalnych winni być umieszczani w zamkniętych zakładach w tym tylko wypadku, kiedy wszystkie inne możliwości, jak n. p. zarządzenia karne i otwarta opieka, zostały wyczerpane, i ew. kiedy leczenie w takich zakładach rokuje dobre wyniki.

Rosnąca ciasnota mieszkaniowa zmusza bardzo często do oddawania do zakładów nawet chorych, dotkniętych lżejszą formą uwięciem starczego i zaburzeń poopiekacyjnych.

Przynajmniej w bliskości wielkich miast należałoby stworzyć specjalne domy starców, nadając im charakter oddziałów specjalnych zakładów psychiatrycznych.

Wobec tego, że liczba dzieci umysłowo niedorozwiniętych i psychopatycznych, potrzebujących opieki zakładowej, jak również otwartej, stale wzrasta, wyłania się potrzeba urządzenia przynajmniej przy zakładach dużych miast specjalnych oddziałów dla powyższej kategorii dzieci, oddziałów, wyposażonych w specjalne szkoły z odpowiednim personelem pedagogicznym.

Wszystkie te rozumowania doprowadzają Kolbego do wniosku, że na każde $\frac{1}{2}$ miliona mieszkańców powinien przypadać przeciętnie 1 publiczny zakład psychiatryczny, do którego mają być przydzielone opieka domowa, opieka otwarta i w miarę potrzeby specjalne oddziały dla narkomanów, oddziały dla defektywnych dzieci ze szkołą i domy starców.

Drugim głównym tematem było wczesne zwolnienie schizofreników. Na ten temat wygłosili odczyty prof. H. W. Maier, następca prof. Bleulera w Zurichu, i Dyr. Römer z Illenau.

W swoim nader ciekawym referacie prof. Maier jeszcze raz podniósł sprawę wczesnego zwolnienia schizofreników, którą to metodę pierwszy zapoczątkował i wprowadził w życie Bleuler.

Leczenie zakładowe umysłowo-chorych jest, jego zdaniem, o tyle tylko usprawiedliwione, o ile tego wymagają względy indywidualne lub społeczne.

Z chwilą, kiedy ustępują najsilniejsze objawy, które spowodowały konieczność umieszczenia chorego w zakładzie, należy go jaknajwcześniej zwolnić, by umożliwić mu powrót do wolnego życia.

Wczesne zwolnienie schizofreników działa, jako czynnik psycho-terapeutyczny, w sensie wprowadzenia chorego z powrotem do środowiska społecznego oraz zwalczania autyzmu i kompleksów schizofrenicznych.

Warunkiem praktycznego przeprowadzenia wczesnego zwalniania schizofreników jest terapeutyczno - psychologiczne nastawienie, zmierzające do indywidualizowania każdego poszczególnego przypadku.

Przyjmując chorego do zakładu, należy uświadomić jego rodzinie o konieczności możliwie wczesnego zabrania go do domu. Na powyższą ewentualność należy też odrazu nastawić leczenie w samym zakładzie (czynna terapia pracy.)

W tych przypadkach, kiedy wczesne zwolnienie nie jest możliwe należy w myśl Bleulera, spróbować zastosowania translokacji do innego, chociażby mniejszego zakładu otwartego, (t. z. etap przejściowy do opieki domowej.)

O ile powyższa metoda znajduje zastosowanie na podstawie należytego wskazania psychologicznego, to szkody społeczne, z niej wynikające, są minimalne.

Jakiegokolwiek obawy ze strony rasowo-higienicznej nie są usprawiedliwione, gdyż przeważająca większość schizofreników i tak pozostaje na wolności. W przypadkach szczególnie niebezpiecznych można poprzednio przeprowadzić sterylizację.

Niemniej ważną rzeczą też jest wczesne zwolnienie schizofreników jako doskonały środek przeciwko przepełnieniu zakładów.

Prelegent uważa nawet, że bynajmniej nie wszyscy zwolnieni z zakładu chorzy wymagają dalszej opieki i obserwacji, gdyż nie ulega wątpliwości, że w niektórych przypadkach opieka ta może tylko szkodzić.

Koreferat do powyższego tematu wygłosił Dyr. Römer. Twierdzi on, że w Niemczech rozwój psychiatrii dotychczas naogół nie sprzyjał rozpowszechnieniu metody wczesnego zwalniania schizofreników.

Metoda zastosowana przez Bleulera przed wojną, w Niemczech nie znalazła należytego oddźwięku. Dopiero po wojnie dał się zauważyć przyspieszony obrót chorych w zakładach.

Ankieta, przeprowadzona w tej sprawie w zakładach psychiatrycznych i klinikach, dała wyniki następujące:

1) Wczesne zwalnianie schizofreników znajduje obecnie zastosowanie we wszystkich prawie instytucjach psychiatrycznych.

2) Niepożądanych następstw prawie nigdy nie zauważono, pewne wątpliwości powstają tylko pod względem rasowo higienicznym.

3) Zaledwie drobna część instytucji psychiatrycznych robiła przed wojną użytek ze wczesnych zwalniania.

Większość ich natomiast zaczęła stosować tę metodę dopiero pod koniec wojny.

4) Metoda, która była pierwotnie wprowadzona pod wpływem skrajnej ciasnoty w zakładach, obecnie stała się poważnym czynnikiem leczniczym w właściwych przypadkach, zwłaszcza, jako środek przeciwko autyzmowi.

Referent uważa, że wczesne zwolnienie schizofreników leży w interesie chorego jak ze względów zdrowotnych, tak i humanitarno-prawnych i gospodarczych.

Pozatem przyczynia się ono do podniesienia sprawności techniczno-administracyjnej zakładu jako też jego powagi moralnej. Wreszcie służy interesom finansowym organizacji opieki nad umysłowo-chorymi.

Obok wymienionych stron dodatnich tej metody nie można oczywiście przeoczyć tej strony ujemnej pod względem zasowo higienicznym; nie należy jej jednak i przeceniać.

Niebezpieczeństwa tego rodzaju można do pewnego stopnia zapobiec za pomocą uświadczenia psycho-profilaktycznego szerokich warstw społeczeństwa, porad przy zawieraniu małżeństw i w razie konieczności przy pomocy sterylizacji.

Ponieważ istotą metody powyższej jest indywidualizacja chorego, wymaga ona dostatecznej liczby lekarzy specjalistów i wykwalifikowanego personelu pomocniczego; związane z tym wydatki bezwzględnie się opłacają.

Tak przedstawiają się w skróceniu tezy zasadnicze tych ciekawych referatów. Zawarte w nich myśli obecnie nie są zupełnie nowe; stopniowo stają się one ogólnym dorobkiem nowoczesnej psychjatrii.

Również i u nas w Polsce idee te zdobyły prawo obywatelstwa i stały się przedmiotem dyskusji i nawet akcji psychjatrycznej.

Dr. Rafał Becker (Otwock)

Przegląd terapeutyczny.

Z Przychodni Przeciwgruźliczej na Żoliborzu w Warszawie.
(Kierownik Przychodni: Dr. KOKALJ-KOWALEWSKA).

Wyniki stosowania „Biocalcolu-Klawe“

Podał

Dr. Bożenna KOKALJ-KOWALEWSKA (Warszawa).

Zagadnienie przemiany mineralnej, a zwłaszcza wapniowej, zostało skierowane na nowe tory z chwilą wykrycia wpływu witamin na przyswajalność soli nieorganicznych.

Z szeregu prac zarówno doświadczalnych, jak i klinicznych, które ukazały się w ciągu ostatnich kilku lat, wynika, że rodzaj pożywienia ma wpływ decydujący na asymilację wapnia przez ustrój¹⁾. Wiadomo ogólnie, jak wielką rolę grają związki wapniowe w leczeniu wszelkich postaci gruźlicy, a przytem w ostatnich czasach, dzięki pracom Sauerbrucha i jego szkoły traktowanie tego schorzenia znowu stało się bardziej aktualne.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa w tej nowej terapii djetetycznej idzie również przede wszystkim o działanie dopełniających składników pokarmowych. Wobec tego wydaje się celowe połączenie dwóch tych czynników djetetyczno-leczniczych, t. j. wapnia i witamin.

Mając do rozporządzenia w Przychodni Przeciwgruźliczej na Żoliborzu dość znaczny materiał kliniczny, który ze względu na fatalne warunki odżywiania nadawał się szczególnie do wypróbowania nowej metody leczniczej, postanowiłam ją częściowo zastosować.

Materiał w Przychodni wyłącza możliwość całkowitego stosowania metody djetetycznej, propagowanej przez Sauerbrucha i jego współpracownika. Ograniczyć się przeto musiałam do podawania pacjentom (dzieciom od lat 4 do 14) przetworu farmaceutycznego, który łączy w sobie sole wapniowe z witaminami. Preparat taki w postaci „Biocalcolu” został mi łaskawie dostarczony przez firmę Mag. Klawe.

¹⁾ por. Dr. S. Kramsztyk: „O stosunku witamin do przemiany mineralnej osobliwie wapniowej” Warsz. Czas. Lekarskie 1929 10 i 11.

Wyniki, jakie osiągnęłam w ciągu krótkiego stosunkowo czasu, okazały się tak zadawalające, iż uważam za stosowne podać je do wiadomości.

W Warszawskiej Przychodni Przeciwgruźliczej na Żoliborzu zastosowaliśmy Biocalcol Klawego u 12 dzieci, z czego 9 przypadków przytaczamy poniżej. W przychodni przeciwwgruźliczej, jako w Instytucji o charakterze ambulatoryjnym, nie poddaliśmy chorych, używających Biocalcolu-Klawe skomplikowanym próbom klinicznym i biologicznym. Opieraliśmy się na najprostrzych kryteriach, jakimi posługujemy się zazwyczaj w przychodni: ciepłota, tętno, waga, wygląd i łaknienie chorego. Wszystkie dzieci były źle odżywiane oraz nieotrzymywały w okresie naszych badań (styczeń, luty, marzec 1929 r.) w pożywieniu codziennem dostatecznej ilości witamin. Dzieci zażywały po 3 miarki Biocalcolu dziennie na wodzie lub mleku, co wynosiło mniej więcej 100 gr. Biocalcolu tygodniowo.

Przyp. 1) C. Józef, lat 9, ze schroniska miejskiego dla bezdomnych na Żoliborzu. Chłopiec jest wątły, blade, klatka piersiowa wykazuje zmiany krzywicze. Zęby Hutchinsona. Na szyi rozległe pakiety powiększonych gruczołów chłonnych. Obraz rentgenologiczny wykazuje intensywne zaciemnienie i rozszerzenie obu wnęk. Odczyn Pirqueta dodatni. Waga ciała wynosiła dnia 10. I. 29 r. 26 kg. 200 gr. Od dnia 10. I. 29 r. do dnia 14. II. 29 r. otrzymywał chory Biocalcol-Klawego, razem 400 gr. Waga jego wynosiła w odstępach tygodniowych 27,6 kg; 29,5 kg; 29,4 kg; 30,2 kg; 30,4 kg. W ciągu miesiąca więc przybyło choremu 4 kg. 200 gr.

Przyp. 2) C. Feliks, lat 8, z baraków dla bezdomnych na Żoliborzu. Dziecko jest blade, na twarzy wyprysk. Moczenie nocne. Wzdłuż brzegów m. mostkowo-sutkowo-obojęczykowych wyczuwamy paciorki stwardniałych gruczołów chłonnych. Klinicznie stwierdzamy zaostrenie oddechu pęcherzykowego w okolicy lewej wnęki. Prześwietlenie wykazuje intensywne zaciemnienie obu wnęk. Wnęki zawierają drobne, ciemne ogniska (Dr. Werkenthin). Odczyn Pirqueta dodatni. Ciepłota ciała normalna lub podgorączkowa, tętno 75 do 85 na minutę. Na początku leczenia Biocalcolem waga chorego wynosiła 24 kg. 500 gr., po miesięcznym używaniu tego przetworu 26 kg. 100 gr.

Przyp. 3) Sz. Irena, lat 14, Żoliborz, baraki dla bezdomnych. Podżółtaczkowe zabarwienie powłok skórnych. Stan podgorączkowy. Brak apetytu. Częste bóle głowy. Odczyn

Wassermann i Sachs-Georgiego ujemny. Waga 33 kg. 500 gr. Hb. 53%. Na szyi liczne powiększone gruczoły chłonne. W płucach osłuchowo zmian nie stwierdzamy. Rentgenologicznie mamy mierne powiększenie i zagęszczenie wnęk, bardziej lewej. Wątroba sięga do pępka, śledziona 2 palce powyżej pępka — *megalosplenía*. Chora w ciągu 4 tygodni zażywała Biocalcol Klawago. Dnia 1. III. 29 r. waga ciała wynosiła 35,5 kg. Hb. 66%, apetyt polepszył się znacznie. Chora w dalszym ciągu zażywa Biocalcol-Klawe.

Przyp. 4) F. Zofja, lat 7, mieszkanka schroniska dla bezdomnych. Dziecko jest blade, twarz pokryta licznymi strupami i krostami. Waga 24 kg. 100 gr., T^0 36^o,5 do 37^o,5. Apetytu brak. Adenopatja gruczołów szyjnych. W płucach zaostrenie oddechu pęcherzykowego w okolicy obu wnęk. Odczyn Pirqueta występuje wyraźnie. Prześwietlenie wykazuje dość liczne gruczoły wętkowe, częściowo zwapniałe. Cień wnęki prawej jest wyraźniej zaznaczony od lewej. Po 5 tygodniowym używaniu Biocalcolu-Klawe przbyło chorej 1,5 kg., łaknienie poprawiło się. Dziewczynka nadal jest blade, lecz wysypka skórna znikła doszczętnie.

Przyp. 5) G. Zbigniew, lat 8, rodzice bezrobotni. Cera blade, pęknięcia dokoła ust. Odczyn Pirqueta niewyraźny. Stan podgorączkowy. Waga 19 kg. 200 gr. *Lymphadenitis colli*. Osłuchowo stwierdzamy furczenie w okolicy prawej wnęki. Rentgenologicznie stwierdzamy w szczytce lewym ognisko wielkości orzecha włoskiego, częściowo zwapniałe. Wnęka lewa jest bardzo duża, zawiera gruczoł wielkości fasoli. Wnęka prawa jest również bardzo duża, posiada liczne wypustki (nacieczona).

Po 6 tygodniowym zażywaniu Biocalcolu waga chłopca wynosiła 20,5 kg; cera różowa, apetyt dobry. Odczyn Pirqueta bardzo żywy.

Przyp. 6) B. Jadwiga, lat 11, Żoliborz. Stan po tyfusie brzuszny. T^0 37^o do 37^o,8^o; tętno 75 — 80'. Pirquet $\pm$. Zupełny brak łaknienia. Waga 31,6 kg. Pakiety powiększonych gruczołów chłonnych w jamach nadobojczykowych. Rentgenologicznie szczyt lewy wyjaśnia się przy kaszlu gorzej od prawego. Cienie wnęk są obustronnie powiększone. Chora zażywa Biocalcol w ciągu miesiąca. Przyrost wagi w tymże czasie wyniósł 1,2 kg., apetyt zaczął powracać. Odczyn Pirqueta dodatni.

Przyp. 7) E. Norbert, lat 9, Żoliborz — baraki miejskie. Chłopiec jest blade, podściółka tłuszczowa wiotka, zęby półksiężycowate, apetyt dobry. Odczyn Pirqueta słabo dodatni. Gorączka 37 — 37^o,8. Waga 23 kg. Adenopatja gruczołów szyjnych. Badanie płuc wykazuje zaostrenie oddechu pęcherzykowego oraz świsty w okolicy lewej wnęki. Na zdjęciu rentgenowskim widać drobne zwapnienia około tchawicy, wnęki po-

większone. Waga chorego powiększyła się po 5 tygodniowym stosowaniu Biocalcolu o 0,7 kg., ciało dziecka stało się jędrniejsze, cera nabrała kolorów.

Przyp. 8) M. Adela, lat 4, również z baraków Żoliborskich. Dziewczynka jest blade, apetyt ma niezły, waży 14 kg., temperatura przeważnie normalna. Odczyn Pirqueta wyraźnie dodatni. *Keratitis scrophulosa dextra*. *Lymphadenitis colli*. W płucach dosyć liczne furczenie i świsty. Roentgen wykazuje nieznaczne powiększenie cieniów wnękowych. Po 6 tygodniowym używaniu Biocalcolu waga dziewczynki wzrosła co prawda tylko o 0,3 kg., lecz zauważyliśmy wyraźne zmniejszenie się nacieku na prawej rogówce.

Przyp. 9) M. Jerzy, lat 5, ze schroniska miejskiego na Żoliborzu. Chłopiec jest blade, nie chce jeść, ciągle płacze. Waga 21 kg. Stany podgorączkowe. Odczyn Pirqueta niezbyt wyraźny. Skaza wysiękowa z powiększeniem gruczołów szyjnych. Obustronne przewlekłe zapalenie ucha środkowego z obfitą wydzieliną ropną. Osłuchowo stwierdzamy w płucach dosyć liczne furczenia, pod lewą łopatką zaś znajdujemy pojedyncze trzeszczenia. Roentgen wykazał w prawym płucu tuż nad przeponą zwapniałe ognisko wielkości ziarna pieprzu. We wnęcie prawej szereg ognisk. Cienie wętkowe powiększone i zagęszczone, bardziej prawy (Dr. Werkenthin). Po 5 tygodniach zażywania Biocalcolu osiągnięto u dziecka przyrost wagi tylko o 0,2 kg. Natomiast samopoczucie chorego poprawiło się znacznie, nie płacze już, chętnie przyjmuje pokarmy. Wyciek ropny z uszu znacznie się zmniejszył bez leczenia miejscowego, gdyż matka chorego z powodu braku ciepłej odzieży nie chciała prowadzić dziecka w duże mrozy zimowe do przychodni chorób usznych.

Wbrew małemu zaufaniu, jakim naogół darzymy przetwory wapniowe w przychodniach przeciwegruczliczych, nie możemy jednak zaprzeczyć dodatniego wpływu Biocalcolu-Klawe na przyrost wagi nawet u chorych, tak upośledzonych pod względem odżywiania, jakimi są dzieci bezdomnych na Żoliborzu. Wpływ Biocalcolu na łaknienie i samopoczucie chorego jest wybitny, a również stwierdzić można działanie tego preparatu na wzmożenie ogólnej odporności. Działania Biocalcolu na ciepłotę ciała i objawy w płucach natomiast niezaawazaliśmy, co by przemawiało za niespecyficznym działaniem Biocalcolu w gruźlicy gruczołowej. Dodać należy, iż większość dzieci bardzo chętnie przyjmowała Biocalcol-Klawe, używając go niemal z równą przyjemnością jak łakoci.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

Walka z alkoholizmem.

I. Działalność towarzystw przeciwalkoholowych.

a) Organizacji, prowadzących akcję przeciwalkoholową na terenie Państwa Polskiego, było w roku 1928 — 44, w tem specjalnie przeciwalkoholowych 20, a współdziałających 24.

Dane, przytoczone niżej, obejmują 26 organizacji, gdyż w chwili obecnej wpłynęło tylko tyle szczegółowych sprawozdań.

b) Placówek stałych jako to: gospód bezałkoholowych, ognisk, herbaciarni, świetlic, domów ludowych, wystaw i t. p. w roku ubiegłym było 782.

c) Kół abstynenckich, grupujących 73,269 członków było 2,297.

Organizacje społeczne, zwalczające alkoholizm.

Województwa	Organizacje, mające siedzibę na terenie danego województwa		Organizacje, działające na terenie danego województwa	
	abstynencje i przeciwalkoholowe	współdziałające	abstynencje i przeciwalkoholowe	współdziałające
m. st. Warszawa	4	14	10	15
woj. Warszawskie	—	1	10	10
" Łódzkie	—	3	10	12
" Kieleckie	—	—	10	9
" Lubelskie	2	1	12	9
" Białostockie	1	—	12	8
" Poleskie	—	—	12	8
" Wołyńskie	—	—	10	8
" Nowogródzkie	—	—	11	9
" Wileńskie	2	—	12	8
" Krakowskie	1	3	9	11
" Lwowskie	2	1	10	8
" Tarnopolskie	—	—	9	7
" Stanisławowskie	—	—	9	7
" Pomorskie	—	—	11	7
" Poznańskie	8	1	13	8
" Śląskie	—	—	11	8

II. Działalność przychodni przeciwalkoholowych.

Przychodni w roku sprawozdawczym było czynnych 5.

Wzrost według lat:

w 1925 r. — 1 (Poznań)
 „ 1926 r. — 2 („ i Warszawa)
 „ 1927 r. — 3 („ „ i Wilno)
 „ 1928 r. — 5 („ „ „ Katowice i Warszawa VI)

W r. 1928 lekarzy było 7, pielęgniarek 5. Zgłoszono chorych 1865, leczono 927. Udzielono porad chorym 3,492, ich otoczeniu 1,149; dokonano wywiadów w domach 1,456, w instytucjach 275; do szpitali skierowano 34 osoby.

III. Liczba gmin, w których przeprowadzono głosowania do dnia 1. I. 1929 r.

Województwo	Przeprowadzono głosowanie	Wprowadzono zakaz	Odrzucono zakaz
Woj. Kieleckie	3	2	1
" Białostockie	1	1	—
" Krakowskie	41	7	1
" Lubelskie	2	—	2
" Lwowskie	147	108	25
" Pomorskie	8	4	4
" Poznańskie	2	—	1
" Stanisławowskie	50	38	5
" Tarnopolskie	15	4	3
" Warszawskie	3	1	1
	272	165	43

W reszcie gmin, t. j. w 64, sprawy są w toku z powodu wniesionych odwołań.

IV. Fundusz państwowy, zużyty na walkę z alkoholizmem.

Wydano zł.

1925 — 138,930. —
 1926/27 — 295,045. —
 1927/28 — 368,996. —
 1928/29 — 546,975. —

Sprawy zawodowe.

Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1928.

W roku sprawozdawczym odbyło się jedno zwyczajne posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, jedna konferencja Naczelników Izb Lekarskich i Przewodniczących Sądów Izb, jedno posiedzenie Zarządu w całkowitym składzie i 31 posiedzenie Zarządu w małym składzie.

W początku roku w składzie Naczelnej Izby Lekarskiej zaszły następujące zmiany: Dr. Władysław Brykner zrzekł się mandatu członka Naczelnej Izby Lekarskiej na jego miejsce wszedł Dr. Adam Brzeziński z Lublina. Na członka Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej został powołany Dr. Franciszek Miłaszewski z Łucka na miejsce Dra Drożdża z Lublina, który zgłosił swoje ustąpienie. Wice-prezesami Naczelnej Izby Lekarskiej zamiast ś. p. D-ra Papeć'go i Jerzykowskiego zostali wybrani D-rzy Krzyczkowski i Wajgiel.

Zainicjowana przed kilku laty przez lekarzy Polaków na Śląsku sprawa utworzenia Izby Śląskiej posunęła się o tyle naprzód, że zainteresowane zostały bliżej tą sprawą władze rządowe.

Zgodnie z art. 4-tym Ustawy Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zatwierdził:

1. Uchwałę Rady Izby Lwowskiej o nadaniu funduszowi emerytalnemu nazwy „funduszu emerytalnego im. D-ra Papeć'go celem uczczenia pamięci ś. p. D-ra Papeć'go.

2. Regulamin Izby Lwowskiej wraz z instrukcją wyborczą
 3. Zmiany w statucie Kasy Pomocy Koleżeńskej przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej, uchwalone na posiedzeniu Rady Izby Lubelskiej w dniu 12. II. 1928.

4. Zmiany statutu „Kasy Wzajemnego Ubezpieczenia Lekarzy" przy Izbie Krakowskiej, uchwalone na zebraniu Rady Izby w dniu 17 marca 1928 r.

5. Statut Kasy Pogrzebowej Izby Warszawsko-Białostockiej, przyjęty na posiedzeniu Rady Izby w dniu 20 maja 1928 r.

6. Wniosek Rady Izby Lwowskiej, zmieniający brzmienie art. 10-go Regulaminu Kasy Ubezpieczeń członków Izby Lekarskiej Lwowskiej.

7. Wniosek Rady Izby Lwowskiej o zmianie zakresu działania Kasy emerytalnej im. ś. p. Jana Papeć'go.

Zgodnie z brzmieniem Ustawy Naczelna Izba Lekarska rozpatrywała projekty ustaw, przesyłane jej przez Departament V-ty Służby Zdrowia. Niestety, nie wszystkie projekty ustaw z tej dziedziny były jej przesyłane do opinii przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych Naczelna Izba Lekarska zwróciła się do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z przedstawieniem, aby członkowie Izb byli powoływani do współdziałania w Wojewódzkich Urzędach Zdrowia, do Marszałka zaś Sejmu z prośbą o powoływanie delegatów Naczelnej Izby Lekarskiej do podkomisji Sejmu, w których mają być rozpatrywane projekty ustaw, dotyczących zdrowia publicznego.

W zakresie prac w dziedzinie prawodawstwa sanitarnego

Naczelna Izba Lekarska zajmowała się następującymi projektami ustaw:

1. Projektem ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. W sprawie tego projektu Naczelna Izba Lekarska, po zasięgnięciu opinii Towarzystw Wenerologicznych Duńskiego i Szwedzkiego o skutkach prawa o przymusowym leczeniu chorych wenerycznych, stanęła na stanowisku, że tego rodzaju przymus mógłby być wprowadzony jedynie z warunkiem zapewnienia bezpłatnego leczenia każdemu choremu.

2. Do projektu ustawy o zwalczaniu jaglicy otracowano krytyczne uwagi, w szczególności wystąpiono przeciw tworzeniu przychodni specjalnie przeciwjagliczych, a za tworzeniem przychodni ogólnych.

3. Opracowano uwagi do projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych.

4. Wydano opinię o projekcie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej „O ratownictwie lekarskim w wypadkach niebezpiecznych”.

5. Przesłano do Departamentu V go wnioski w przedmiocie zmian w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zapatrywaniu ludności w wodę i usuwaniu nieczystości.

6. Opracowano i przedstawiono Ministrowi Spraw Wewnętrznych na audjencji uwagi w sprawie projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

7. Opracowano i przesłano do Departamentu V-go uwagi w sprawie projektu rozporządzenia o detalicznej sprzedaży substancji i przetworów odurzających.

8. Z powodu złożonego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych przez hurtowych sprzedawców artykułów leczniczych wykazu zagranicznych niedozwolonych do obrotu specyfików farmaceutycznych z prośbą o zezwolenie na ich obrót, Naczelna Izba Lekarska wydała opinię, które z wyszczególnionych w tym spisie specyfików powinny być uznane za niezbędne dla lecznictwa.

9. Poczyniono uwagi w sprawie projektu rozporządzenia P. Prezydenta w sprawie iniekcji i wydawania z aptek środków leczniczych.

10. Wydano na zapytanie Departamentu opinię w sprawie stosowania w lecznictwie środków odurzających in substantia. Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej brali udział w pracy Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

W zakresie prawodawstwa, mającego łączność z bytem stanu lekarskiego:

1. Opracowano projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ogłoszeniach treści lekarskiej.

2. Poczyniono prace przygotowawcze do wydania kodeksu deontologii lekarskiej, obowiązującego na całym obszarze Państwa. W tym celu wybrano Komisję Deontologiczną, w której skład wchodzi Prezydium Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Komisja kierowała się w pracy materiałami, przedstawionymi na konferencji Naczelników Izb i Przewodniczących Sądów i projektami kodeksu poszczególnych Izb. Jako materiał w tej sprawie mają również posłużyć ogłoszone drukiem wyjątki sentencji wyroków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej i ich uzasadnienie. Na wydrukowanie wyasygnowano 1000 złotych. Naczelna Izba niejednokrotnie występowała przed władzami w sprawach, dotyczących bytu stanu lekarskiego. Jak w roku 1927, tak też w roku 1928 Naczelna Izba Lekarska zwróciła się z przedstawieniem do Departamentu V-go w sprawie organizowania przez sejmiki bezpłatnych przychodni dla całej ludności powiatu. W odezwie podkreślono, że sejmiki w ten sposób podkopują byt materialny lekarzy tam osiadłych, pauperyzując jednocześnie zakontraktowanych przez siebie lekarzy przez bardzo niskie uposażenie za czynności, przekraczające ich możność fizyczną. Taki stan rzeczy spowoduje niewątpliwie upadek wiedzy lekarskiej, szerzenie się znochorstwa i wytwarza niebezpieczeństwo, że, w razie wybuchu epidemii trudno by ją było opanować. Pismo to Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przesłało do Wojewody w Kielcach z nadmienieniem, że należałoby dążyć, aby w statutach przychodni słuszne postulaty Naczelnej Izby Lekarskiej były dostatecznie uwzględnione.

Sprawę pokrzywdzenia lekarzy przez bardzo niskie wynagrodzenie za ekspertyzy sądowo-lekarskie przypominano Ministrowi Sprawiedliwości, powołując się na memoriał Naczelnej Izby Lekarskiej z ubiegłego roku i na przychylną odpowiedź Ministerstwa. Na skutek tej odezwy Minister zwołał naradę z udziałem przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej. W rezultacie uwagi Naczelnej Izby Lekarskiej w tej sprawie uwzględniono i opłaty zostały znacznie podwyższone.

Naczelna Izba Lekarska przesłała do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych otrzymane od Izby Poznańsko - Pomorskiej odezwę, w których Izba zawiadamia, że w powiecie Kępickim w pasie pogranicznym po stronie polskiej zajmują się praktyką prywatną lekarze — obywatele niemieccy i zapytuje, czy istnieje między rządami polskim i niemieckim umowa, zezwalająca lekarzom niemieckim na wyjazd i wykonywanie praktyki lekarskiej na terytorjum Rzeczypospolitej. Odpowiedzi dotychczas nie otrzymano.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— D. 4 b. m. poświęcone zostało ambulatorjum Kasy Chorych m. Warszawy przy ulicy Wolskiej Nr. 54. Okazały ten 3 piętrowy gmach, wybudowany kosztem 3½ miliona złotych, mieści w sobie wszystko, czego od instytucji tego rodzaju wymagać można. A więc, prócz siedemdziesięciu kilku gabinetów, w których jednocześnie przyjmować może tyluż lekarzy, znajdujemy tu doskonale, a nawet z przepychem urządzone hydro-mechano-i fototerapie oraz wielką pływalnię z ciągłym odpływem i przypływem świeżej wody chlorowanej. Przed wejściem do basenu mająca z niego korzystać publiczność myje się gruntownie w urządzonych po bokach umywalniach. W korytarzach i obszernych poczekalniach ustawione są spluwaczki na odpowiedniej wysokości. Szczególnie bogato urządzone jest dział dentystyki, rozporządzający 10 gabinetami. — Dzielnicy Wolskiej przybyła przeto instytucja pierwszorzędного znaczenia, w której 3000 ubezpieczonych może codziennie znaleźć skuteczną pomoc lekarską.

— VII Zjazd Powszechny Higienistów Polskich w Inowrocławiu.

Program tymczasowy

Zjazd poświęcony będzie całkowicie i wyłącznie spra-

wom, dotyczącym zdrojowisk i uzdrowisk polskich w najszerszym zakresie.

Zjazd odbędzie się w Inowrocławiu, zdrojowisku wielkopolskiem, położonem pomiędzy miastami: Toruniem i Poznaniem.

Obrady zjazdowe odbywać się będą w Inowrocławiu w d. 4 i 5 września r. b.

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Powszechnego Higienistów Polskich przyjął zaproszenie Komitetu Organizacyjnego II Kursu Lekarskiego kształcącego w Ciechocinku do odwiedzenia Ciechocinka w d. 3 września przez udających się na Zjazd do Inowrocławia uczestników tego Zjazdu i obejrzenia, prócz źródła termalnego, najnowszych inwestycji odwodniających zdrojowisko.

Bezpośrednio po zakończeniu obrad zjazdowych, Komitet Gospodarczy Zjazdu w Inowrocławiu w d. 6 września zorganizuje wycieczkę, która pojedzie t. zw. szlakiem lechickim i zwiedzi bliskie miejscowości historyczne, jako to: Kruszwica (Mysia Wieża, Gopło, Katedra), Strzelno, Prokop (prastary kościół), Trzemeszno (klasztor, ciekawe pamiątki), Gniezno. Wycieczka zakończy się wieczorem przyjazdem do Poznania.

W d. 7 września prof. uniw. Dr. P. Gantkowski zorganizuje dla uczestników Zjazdu 1, 2, 3 dniowe zwiedzenie

Powszechnej Wystawy Krajowej i zapewni wszelkie możliwe ułatwienia na czas pobytu w Poznaniu.

Wreszcie organizatorzy Zjazdu Lekarzy Sanitarnych, z okazji 10 lecia niepodległości Państwa Polskiego, w porozumieniu z Prezydentem Warsz. Tow. Higienicznego, ustalili, że Zjazd ten odbędzie się w Poznaniu bezpośrednio po Zjeździe w Inowrocławiu, mianowicie w d. 7 i 8 września. W ten sposób uczestnicy VII Powszechnego Zjazdu Higienistów Polskich w ciągu 6 dni będą mogli wziąć udział w dwóch Zjazdach i zwiedzić dwa zdrojowiska.

W zależności od ilości referatów, jaka będzie zgłoszona na Zjazd, posiedzeń Zjazdowych w d. 4 i 5 września będzie trzy lub cztery, z których pierwsze plenarne obejmie:

1. Uroczystości związane z otwarciem Zjazdu.

2. 3 referaty ogólnej treści mianowicie:

a) „Cośmy zdziałali w pierwszym dziesięcioleciu odrodzonej Polski dla przyszłości zdrowisk polskich w świetle przeszłości i teraźniejszości“ wygłosi Prof. Uniw. Poznańskiego Dr. Paweł Gantkowski.

b) „Zadania społeczne uzdrowisk polskich“ wygłosi b. minister — Dyr. Szkoły Państw. Dr. Witold Chodźko.

c) „Higiena w zdrojowiskach i uzdrowiskach i ich najbliższych okolicach. oraz najniższa norma wymagań higienicznych, jakim zdrojowiska winny odpowiadać“ na głównego referenta tego tematu prawdopodobnie uda się uzyskać Rektora Politechniki Lwowskiej Inż. Nadolskiego.

Komitet Gospodarczy w Inowrocławiu wyłonił już następujące Komisje:

Komisję kwaterunkową, Biuro Informacyjne, Komisję Wystawową, Rozrywkową, oraz Komitet Pań.

Komitet Organizacyjny Warszawski zwraca się do całej inteligencji polskiej we wszystkich zawodach jako to: lekarskim, technicznym, pedagogicznym, literackim, duchownym i t. p., o jaknajliczniejsze przyjęcie udziału w Zjeździe, który ma na celu zadokumentować przed opinią publiczną bogactwo, jakie Polska posiada w swych zdrojowiskach i spowodować podniesienie ich wartości dla kraju.

Ze względu na spodziewany liczny udział w zjeździe pożądanym jest wcześniejsze zapisywanie się na uczestników z wyrażeniem życzenia zwiedzenia Ciechocinka, lub nie.

Zapisy należy zgłaszać do kancelarii Warszawskiego Tow. Higienicznego: Warszawa Karowa 31, tel. 63-46.

Wyciąg z Regulaminu Zjazdów.

Zjazdy Powszechne Higienistów Polskich powstały i odbywają się z inicjatywy Warszawskiego Tow. Higienicznego.

Zarządowi głównemu W. T. H. każdy Zjazd powszechny przekazuje mandat do wykonania powziętych na Zjeździe uchwał, oraz zorganizowanie i określanie miejsca i czasu odbyć się mającego następnego Zjazdu.

Zgodnie z decyzją powziętą z okazji poprzednich Zjazdów, ogłoszoną w Nr. 4 roku 1927 m. Zdrowie (w artykule od Redakcji), wszystkie referaty zgłoszone i przyjęte na Zjazd oraz wnioski referentów w całości, lub w dokładnem streszczeniu muszą być przed Zjazdem ogłoszone drukiem w m. Zdrowie. Na posiedzeniach zjazdowych referenci mogą wygłaszać jedynie krótkie 10 minutowe streszczenia swych referatów, przez co oszczędzi się czas na wyczerpującą dyskusję.

Termin ostatecznego nadsyłania referatów wyznaczony został na d. 31 lipca.

Referaty nadesłane przed terminem i przyjęte wyjdą w druku w zeszycie wrześniowym m. Zdrowie, który ukaże się przed zjazdem.

Składka uczestnictwa w Zjeździe wynosi Zł. 15.

TRZĘŚĆ: L. ENDELMAN. Zażma starcza i jej leczenie nieoperacyjne. (Dok.) — L. E. BREGMAN i G. KRUKOWSKI. O postaciach uleczalnych ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia urazowego. — L. ZAMENHOF. Światłolecznictwo w ropnych zapaleniach ucha środkowego u dzieci. — A. DRYJSKI. Geneza i Technika Metody Psychanalitycznej (Str. zbior., c. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — B. KOKALJ-KOWALEWSKA. Wyniki stosowania „Biocalcolu-Klawe“. — Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Walka z alkoholizmem. — Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1928. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ENDELMAN. La cataracte sénile et son traitement non-opératoire. (Fin.) — L. E. BREGMAN et G. KRUKOWSKI. Sur les formes curables de méningite purulente d'origine traumatique. — L. ZAMENHOF. La photothérapie dans les otites moyennes purulentes chez les enfants. — A. DRYJSKI. Genèse et technique de la méthode psychanalytique (Rev. gén. Suite). — B. KOKALJ-KOWALEWSKA. Les résultats du traitement par „Biocalcol-Klawe“. — L'action du Département de Santé. La lutte contre l'alcoolisme. — Comptes rendus de la Chambre médicale centrale pour l'année 1928.

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.

— Komunikat Zjazdowy. W dniach 26—29 września r. b. odbędzie się w Wilnie Zjazd Okulistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Tematy główne:

1) Hidrostatyka i Hydrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowo-rdzeniowej.

Referuje Prof. D-r K. Noiszewski

2) Operacyjne leczenie jaskry przewlekłej.

Referuje Prof. D-r J. Szymański

Zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe, proszę o zgłaszanie tematów wykładów i referatów wraz z streszczeniem pod adresem Kliniki Ocznej U. S. B. Wilno — (Antokol) do dnia 15 września 1929.

Wilno, w maju 1929 r. Prezes Sekcji Okulistycznej

J. Szymański.

— Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przeznaczyło 2 stypendja w wysokości około 350 zł. miesięcznie dla lekarzy, pragnących zapisać się na 9-cio miesięczny kurs higieny publicznej w Państwowej Szkole Higieny, od 2 września 1929 r. do 31 maja 1930 r.

Kandydaci winni posiadać prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, mieć uregulowany stosunek do wojskowi i złożyć zobowiązanie odbycia na żądanie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej conajmniej dwuletniej służby w inspekcji pracy na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej. Stypendiści mają prawo korzystania z bursy Szkoły.

Zgłoszenia przyjmuje sekretariat Państwowej Szkoły Higieny. Warszawa, Chocimska 24, do 1-go sierpnia 1929 r.

— W roku bieżącym odbędzie się 6 wycieczka naukowa, organizowana przez włoskie biuro turystyczne E. N. I. T. dla lekarzy cudzoziemskich. Program wycieczki podaliśmy przed kilku tygodniami.

Obecnie notujemy z zadowoleniem, że nasze Ministerstwo Skarbu na skutek starań wymienionego biura turystycznego zgodziło się na wydawanie pasportów ulgowych wszystkim uczestnikom wycieczki do Italji, gdy jeszcze w roku zeszłym odmówiło około stu lekarzom pasportu ulgowego na Zjazd przeciwgruźliczy w Rzymie. Nie będziemy się wdawali w bliższą ocenę tych zarządzeń, trudno nam jednak zrozumieć, dlaczego lekarz, pragnący zwiedzić włoskie miejscowości kąpielowe, dostaje pasport ulgowy tylko wtedy, gdy bierze udział w wycieczce, organizowanej przez biuro turystyczne, nie dostaje go zaś, gdyby pragnął na własną rękę podróż podobną odbyć.

— Wyjeżdżając na wywczasy letnie, nie zapominajcie o tych nieszczęśliwych, którzy gniją w wilgotnych suterynach lub duszą się na poddaszach. Zasilajcie fundusze „Rodziny Lekarskiej“ przez wpisywanie się na jej członków.

Ofiary i zapisy przyjmuje Sekretariat, Podwale 18 (lokal Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej) w godzinach biurowych. Konto czekowe 15922.

— Numer 12-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi na wstępie artykuł M. Jacynówny „Przejście od mowy egocentrycznej do społecznej u dziecka“, M. Beniśławska analizuje sprawę rozstrzygania sporów społeczności dziecięcej w artykule „Matka jako sędzia“. Psychologię dziecka na wsi znajdujemy w noweli „Urwis“ L. Krzemienieckiej. Numer uzupełniają artykuły J. Prażmowskiej „Czem zająć dzieci w czasie deszczu“, M. Wąsowicz-Sopoćkowej „Motyw drzewa w wycinankach“, M. Morzkowskiej „Odżywianie dziecka w 2-im roku życia“, Dr. M. Kłosińskiej „Kąpiele morskie“ oraz „Zakaźne schorzenia skóry“ Dr. M. U. Niepokoyczyckiej.