

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. 29

WARSZAWA, 18 LIPCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie
i z pracowni neuro-biologicznej T-wa Nauk. Warsz.

(Kierownik: E. FLATAU).

O glejakach. *)

Podał

J. MACKIEWICZ (Warszawa).

Szereg faktów przemawia za tem, że liczba osób, zapadających na nowotwory mózgu, w ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu stale wzrasta. Czterdzieści kilka lat temu Allan Star w znanej swej monografii zebrał z całego piśmiennictwa ogółem 600 przypadków nowotworów mózgu, podczas gdy przed 7 laty statystyka własna Cushinga przekraczała liczbę 1600 przypadków tegoż cierpienia. Statystyka oddziału Flatau (rozpoznanie kliniczne) wykazuje liczby następujące:

1917—1919 na ogólną liczbę chor.	1204	było 18 guzów mózgu	=1,5%
1920—1922	1354	50	=3,7%
1923—1925	1894	162	=8,5%
1926—1928	1626	143	=8,9%

Podobnie wzrosła i liczba przypadków sekcyjnych guzów mózgu na tymże oddziale:

1914—1918	—	19	przypadków sekcyjnych nowotworów mózgu
1919—1923	—	30	" " " "
1924—1928	—	38	" " " "

Najprawdopodobniej stoi to w ścisłym związku ze spostrzeganiem przez cały szereg autorów zwiększaniem się liczby guzów i w innych narządach, co z punktu widzenia eugenicznego nie jest pozbawione znaczenia.

Dalej podkreślić należy, że spostrzega się jednocześnie stale zwiększanie się odsetka glejaków pośród rozmaitych guzów mózgu (według

Allan Stara, Bruns, Oppenheima i in. glejaki stanowiły $\frac{1}{6}$ ogólnej liczby przypadków guzów mózgu, według zaś statystyki Cushinga, jak również doświadczenia własnego, stanowią one 40% ogólnej liczby guzów mózgu). Jednak przyczyny tego zjawiska są zgoła odmienne.

Począwszy od Virchowa, który pierwszy wprowadził określenie „glioma” dla pewnego rodzaju pierwotnych guzów mózgu, składających się z komórek o zasadniczej budowie glejowej — aż do ostatnich lat — tysiące prac, poświęconych glejakom, rozpatrywały zagadnienie to wyłącznie ze stanowiska morfologicznego. Możemy powiedzieć, że część morfologiczną zagadnienia glejaków prace te dokładnie zbadały, lecz już klasyfikacja guzów tych: *glioma molle*, *durum*, *parvocellulare*, *gigantocellulare*, *neuromatosum*, *neuro-epithelioma*, *astrocytoma* i t. d. nie wystarczała dla olbrzymiej liczby glejaków, której nadano nazwę *gliosarcoma* z powodu znacznej liczby komórek, wielokształtności elementów i pewnych cech złośliwości samego guza. Została utworzona bardzo obfita nomenklatura, uwzględniająca rozmaite cechy zewnętrzne komórek, wchodzących w skład rozmaitych glejaków. Klasyfikacja ta nie uwzględniała natomiast ani rokowania w każdym z tych rodzajów glejaków, ani też nie dotyczyła sprawy najskuteczniejszego sposobu walki w tym lub innym rodzaju guza. A jednak codzienne fakty kliniczne świadczą o tem, że t. zw. glejaki mogą przebiegać w zadziwiająco rozmaity sposób. Znany glejaki, które, niezależnie od miejsca usadowienia, prowadzą do zejścia śmiertelnego już w 5—6 tygodni, licząc od pierwszych objawów chorobowych, podczas gdy zdarzają się przypadki, w których od początkowych objawów do zejścia śmiertelnego upływa cały szereg lat. Wreszcie natykamy pośród glejaków takie przypadki, w których istnieje wybitna skłonność do zupełnego rozpadu i tworzenia się torbieli włóknisto-glejowej. W przypadkach tych, nawet przy bardzo skrupulatnym badaniu drobnowidzowem, z trudem udaje się wykazać w ścianie torbieli znikomą liczbę ko-

*) Streszczenie odczytu, wygłoszonego na I dorocznym zebraniu Tow. Neurologicznego w Warszawie 24/III 1929 r.

mórek glejakowatych. Rozmaicie też znoszą choroby z glejakami mózgu zabieg chirurgiczny: niekiedy żyją długie lata, nawet po częściowem zaleczeniu usunięciu guza, niekiedy zaś — wręcz przeciwnie, giną bardzo szybko po operacji, która zasadniczo przeszła szczęśliwie. To samo widzimy w stosunku do leczenia promieniami R. W niektórych glejakach otrzymujemy wynik szybki, efektowny i dość długotrwały, w innych zaś promienie R. nie są w stanie powstrzymać szybkiego narastania objawów. Również i stosunek glejaków do otaczającej tkanki nerwowej bywa rozmaity: jedne z nich są ostro odgraniczone i mogą być podczas operacji całkowicie wyluszczone, inne znowu, zajmując nieraz olbrzymią przestrzeń, zlewają się tak całkowicie z tkanką nerwową, że gołem okiem niepodobna ich częstokroć wykryć. Niemniej zmienne i różnoraki bywa stosunek glejaków do opon mózgowych, ich zdolność do tworzenia przerzutów, skłonność do daleko posuniętych zmian zwyrodnieniowych, zwapnienia, wywoływanie rozmaitych reakcyj ze strony elementów ektodermalnych i mezodermalnych tkanki, graniczącej z guzem itd.

Z punktu widzenia wyżej wymienionych zagadnień stosunki w rozmaitych glejakach wykazują więc wybitną niejednorodność. Otóż na wszystkie te zagadnienia klasyfikacja morfologiczna, która faktycznie nie posunęła się dalej, niż podział na glejaki zarodniowe, włókniste i glejako-mięsaki z dodatkiem rozmaitych przymiotników — odpowiedzi nie dawała i nie daje. To też w latach ostatnich zaczęto odrywać od tej zbyt ogólnie ujętej grupy glejaków postacie poszczególne, w których wykrywano pewną odrębność zarazem morfologiczną, jak i bio-patologiczną. W roku 1924 niemal jednocześnie Ribbert w Niemczech, Globus i Straus w Ameryce wyodrębnili jednostkę histopatologiczną, której nadano nazwę „*spongioblastoma*” podkreślając pochodzenie komórek nowotworowych z embrjonalnego okresu rozwoju glejowego — ze spongioblastów, a w 3 lata później Bailey i Cushing przystąpili do przejrzenia swego wyjątkowo bogatego materiału operacyjnego i sekcyjnego z punktu widzenia kliniczno-prognostycznego. Na zasadzie nader szczegółowej analizy morfologicznej oraz rozumowań embrjogenetycznych, badacze ci podzielili cały swój materiał na 14 grup, odpowiadających znanym dotychczas poszczególnym etapom rozwoju glejaków oraz postaciom gleju dojrzałego.

6 grup odpowiada etapom embrjonalnym rozwoju glejaków (*medullo-epithelioma*, *medulloblastoma*, *pinealoblastoma*, *ependymblastoma*, *spongioblastoma*, *astroblastoma*), trzy grupy odpowiadają dojrzałym elementom glejowym (*ependymoma*, *astrocytoma*, *oligodendroglioma*), wreszcie 5 grup, uwzględniających elementy ektodermalne wogóle (*neuroblastoma*, *papilloma chorioideum*, *pinzalomia*, *neuro-epithelioma*, *ganglioneuroma*). Ostatnia z tych grup nie należy, ściśle biorąc, do grupy guzów glejopochodnych. Jednak z całego rozumowania B. i C., ze stałego podkreślenia w opisach poszczególnych grup obecności tych lub innych postaci gleju embrjonalnego z zasadniczymi jednostkami „*medulloblastami*”, gdzie obok medulloblastów znajdują się spongioblasty i neuroblasty, widać, że autorzy ci bez zastrzeżeń uważają ten lub ów typ napotykanych elementów za określoną

fazę embrjonalnego rozwoju gleju. Potwierdza to również fakt, że wspomniani autorzy histogenezę całej pierwszej grupy (embrjon.) usiłują wytłómaczyć teorią embrjon. resztek (Cohnheim). Jednakże w listopadzie r. ub. Bailey uważał za odpowiednie, odpierając zarzuty Roussyego, zaznaczyć: „*Ma classification repose uniquement sur l'idée de ressemblance*” i w całym szeregu punktów ustępuje z zajętego pierwotnie, zupełnie apodyktycznego stanowiska.

Uwzględniając klasyfikację embrjogenetyczną Baileya i Cushinga, następnie klasyfikację Roussyego, Lhermittea i Cornila oraz Marburga, dochodzimy do wniosków następujących: 1) rozmaite etapy rozwoju embrjonalnego gleju u człowieka nie są jeszcze dostatecznie ustalone (naprz. to, co Schaper w r. 1895 uważał za „obojętne” komórki embrjonalne, obecnie, na zasadzie prac Hortegi, musimy najprawdopodobniej zaliczyć do elementów dojrzałych (mikro-i oligodendrogliu); 2) obecność w jednym i tym samym guzie najrozmaitszych (niekiedy 5—6—7) elementów glejowych nie da się wytłómaczyć teorią embrjogenetyczną; 3) Bailey i Cushing podają sami, że 56 przypadków (14%) nie zdołali rozmieścić pośród 14 grup ich własnej klasyfikacji; 4) grupa *spongioblastoma multiforme* (prawie $\frac{1}{3}$ wszystkich rozklasyfikowanych przypadków) stanowi, zdaniem naszym, nową grupę zbiorową, z której można wydzielić inne, zgola odrębne jednostki patologiczne. Zgodzić się musimy z Roussym, że — przeciwnie — *spongioblastoma multiforme* jest dość rzadko spostrzeganym glejakiem; 5) w pracach Baileya został niedostatecznie uwzględniony bio-mechanizm rozrostu poszczególnych typów glejaków, jeszcze zaś mniej poświęcono uwagi oddziaływaniu otaczającej tkanki mózgowej; 6) pojęcie złośliwości lub łagodności tego lub owego typu glejaka autorzy czerpią raczej z danych klinicznych (długotrwały lub krótki przebieg choroby i t. p.), aniżeli z pogłębionej analizy histologicznej każdego poszczególnego typu glejaka; 7) sprawa złośliwego zwyrodnienia początkowo łagodnego glejaka zupełnie nie została uwzględniona z punktu widzenia histologicznego.

Pomimo tej krytyki winniśmy podnieść cały szereg zasług B. i C.:

1. Punktem wyjścia tej nowej klasyfikacji były w pierwszym rzędzie potrzeby czysto kliniczne: w całym też ich rozumowaniu, obok histopatologa, przemawia jednocześnie klinicysta, przyczem materiał kliniczny, spostrzeżenia oraz analiza faktów wychodzą z pod pióra takiego mistrza neurochirurgji, jak Cushing, posiadającego obecnie największe doświadczenie zarówno w dziedzinie materiału operacyjnego, jakoteż w kierunku leczenia promieniami R..

2. Autorzy po raz pierwszy usiłowali ustalić „rokowanie” każdego poszczególnego gatunku glejaka. W klasyfikacji tej, z biegiem czasu, jak pozwalają nam wnioskować własne nasze badania (wprawdzie nad znacznie skromniejszym materiałem) — będzie poczyniony szereg zmian. Niektóre jednostki, być może, zupełnie odpadną, inne zaś grupy (jak naprz. *spongioblastoma*) będą rozczłonkowane. Podział zasadniczy, być może, z mniej-

szym naciskiem na ścisłą embriogenezę, stanowi jednak niewątpliwie wielki krok naprzód.

3. Autorzy poddali ścisłej krytyce pojęcie o „glejo-mięsakach”, które do niedawna jeszcze zajmowały miejsce czołowe w rozdziale o glejakach.

4. Główną zasługą B. i C. pozostanie fakt, że ustalili wskazania lecznicze dla poszczególnych typów glejaków, a mianowicie, wyodrębnili typy guzów, które mogą być naświetlane z powodzeniem, wzgl. usunięte częściowo na drodze chirurgicznej, a następnie energicznie naświetlane.

Bailey i Cushing, rozpatrując zagadnienie rokowania poszczególnych typów glejaków, uznają niektóre z nich za złośliwe, inne znów za łagodne, przyczem autorzy ci biorą pod uwagę przy opisie typów poszczególnych zarówno obecność i liczbę mitoz, jak i przejścia medulloblastomatów na opony mózgowe; wreszcie jest tutaj mowa o „wyglądzie wyłuszczałnym” spongioblastomatów. W jednym miejscu znajdujemy pozatem wzmiankę o tem, że włókna nerwowe mogą być zachowane wewnątrz t. zw. *astrocytoma plasmaticum*. Główne kryterjum złośliwości B. i C. upatrują jednak w przeciętnym okresie życia chorych, licząc od wystąpienia pierwszych objawów (osobna rubryka dla objawów ogólnych mózgowych, osobna zaś dla objawów miejscowych). Na plan pierwszy zostaje więc wysunięte kryterjum kliniczne, a mianowicie, jaki odsetek chorych z tym lub innym glejakiem pozostaje przy życiu w ciągu 18 miesięcy od czasu dokonanej operacji. Została ułożona tablica śmiertelności stosownie do złośliwości lub łagodności glejaków. Te „tablice rang” posiadają dużą wartość praktyczną, choćby już z tego względu, że jest to pierwsza próba przeprowadzenia paraleli między przebiegiem klinicznym a typem histologicznym glejaków. Jednakże wyniki tych badań niezupełnie są wolne od zarzutu. Przedewszystkiem, w statystyce śmiertelności wskutek guzów mózgu rolę niepoślednią odgrywa umiejscowienie guza. W materiale własnym posiadamy przypadki meningiomatów, t. j. guzów wyjątkowo łagodnych, lecz usadowionych w pobliżu bardzo ważnych dla życia okolic mózgu, w których dość szybko następowała śmierć w każdym razie szybciej, niż u innych chorych z rozległymi glejakami o cechach złośliwych, lecz umiejscowionych w punktach, oddalonych od ważnych dla życia ośrodków. Jesteśmy tego zdania, że znaczna część chorych na guzy mózgu ginie raczej wskutek wytwarzającego się wodogłowia, obrzęku tkanki mózgowej, sąsiadującej z glejakiem, i że ten obrzęk, niekiedy bardzo rozległy, staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Samo przeto krótsze lub dłuższe trwanie cierpienia nie może być absolutnym wskaźnikiem złośliwości lub łagodności danego rodzaju nowotworu.

Wszystkie te momenty skłoniły nas do podjęcia prób zanalizowania czynników histologicznych łagodności i złośliwości poszczególnych typów glejaków. Materiał nasz poddaliśmy badaniu ze stanowiska klasyfikacji B. i C., przyczem okazało się, że cały szereg guzów w podanym przez nich podziale bez większej trudności da się umieścić. Dotyczy to medulloblastomatów, spongioblastomatów, astrocytomatów zarodkowych i włóknienkowych. Natomiast wśród naszego mater-

jału nie zdołaliśmy wyodrębnić ani jednego przypadku, któryby odpowiadał następującym grupom Bailey i Cushinga: pinealomatu, ependymoblastomatu, jednobiegunowego spongioblastomatu i neuroepiteliomatu. Co się zaś tyczy oligodendrogliomatu, to jeden przypadek był wprawdzie zbliżony morfologicznie do opisu B. i C., lecz ponieważ był to mózg, który bardzo długo przeleżał w formalinie, przeto nie nadawał się do preparatów elektrycznych na oligodendroglię podług metod Hortegi. Z tego powodu przypadek ten pozostał pod znakiem zapytania. Okoliczność, że powyżej wymienionych typów glejaków nie stwierdziliśmy na materiale własnym, bynajmniej nie może i nie powinna wpłynąć na kwestjonowanie tych jednostek, ponieważ materiał nasz jest 6-krotnie uboższy od materiału B. i C. Zresztą, jednostki patologiczne, o których mowa, wynoszą również u tych autorów niewielki tylko odsetek.

Z drugiej strony napotkaliśmy dwa przypadki, które zarówno pod względem osobliwości topograficznych, jak i morfologii elementów nie odpowiadały żadnej z grup, objętych przez klasyfikację B. i C. Przypadki te omówimy tutaj pokrótce.

Jeden z tych przypadków dotyczył chorego, który zmarł w trzy miesiące od wystąpienia pierwszych objawów (ból głowy), drugi zaś w $4\frac{1}{2}$ miesiąca, licząc od tejże chwili. W przypadku pierwszym bardzo wczesnie wystąpiły objawy psychiczne, parezy były słabo zaznaczone, i stwierdzono nieznaczne zatarcie granic tarcz wzrokowych. Ścisłejsze umiejscowienie guza okazało się niemożliwe. Po śmierci stwierdzono obecność bardzo małego guzka w okolicy przedniego bieguna po stronie prawej, zrosniętego z oponą miękką. Natomiast na całym szeregu przekrojów poprzez nieutralne świeże półkule mózgowe nie zdołano nigdzie wykryć gołym okiem mas nowotworowych. Przy dokładnem jednak badaniu drobnowidzkiem — na serji skrawków półkuli mózgowych — okazało się co następuje:

W prawej półkuli mózgowej nowotwór zajmował niemal $\frac{2}{3}$ całej istoty białej, licząc od przedniego tylnego bieguna, i przechodził poprzez wielkie spoidło mózgu na istotę białą półkuli lewej. Można się było przekonać, że masy nowotworowe, zajmując olbrzymie przestrzenie istoty białej, zatrzymywały się prawie zupełnie ostro u dolnej granicy warstwy najgłębszej kory mózgowej.

Prócz tej olbrzymiej głównej masy nowotworowej widać było w rozmaitych okolicach zarówno prawej jak i lewej półkuli, tuż pod korą mózgową, odosobnione wysypki nowotworowe o kształtach bardzo różnorodnych. O ile masy nowotworowe istoty białej, jak gdyby ulegając wpływom jakiegoś wyjątkowego prawa, oszczędzały z absolutną ścisłością istotę szarą i ani razu nie przekroczyły od dołu tajemniczej przegrody, to z drugiej strony sama kora mózgowa również była siedliskiem rozrzuconych mas guzowatych. Usadowienie się tych gniazd i grup komórek nowotworowych było znowu jakoby planowe w stosunku do cytoarchitektoniki kory mózgowej, a mianowicie, w całym szeregu zawojów mózgowych obu półkól gniazda te o wielkości mikroskopowej, składające się niekiedy z kilku dziesięciu komórek nowotworowych, były usadowione wyłącznie w pierwszej warstwie istoty szarej kory mózgowej bez skłonności do rozprzestrzeniania się ku dółowi. Tutaj znowu w całym szeregu gniazd, prawie zawsze wydłużonych w kierunku poziomym (t. j. równoległe do opony miękkiej), granica między masą nowotworową a warstwą drugą kory była niemal zupełnie ostra. W jednym tylko miejscu, tam właśnie, gdzie już gołym okiem spostrzeżono guzek, masy no-

wotworowe zajmowały całą istotę szarą i wrastały (mikroskopowo) w oponę miękką.

Przy badaniu drobnowidzowym okazało się, że mamy tu do czynienia z glejakiem. Metody elektywne barwienia Weigerta i Hortegi na włókna glejowe wykazały obecność sporej liczby włókien glejowych. Zasadniczo nowotwór ten składał się z komórek glejakowatych, dość blisko obok siebie umieszczonych. Morfologia komórek była dość wielopostaciowa: jądra wykazywały bądź kształt wydłużony z zaokrąglonymi końcami, pousunięte obrazy podziałów amitotycznych, przypominających meduzy. Niekiedy jądro było podzielone na kilkanaście odcinków, ułożonych promieniście i połączonych w środku cienką nitką substancji chromatynowej. Jednocześnie zrzadka występowały również mitozy, niekiedy stypowe.

Jeśli dodać do tego jeszcze skłonność komórek nowotworowych do układania się w specjalne skupienia dookoła drobnych naczyń i tworzenie się w konglomeratów z jąder, najprawdopodobniej po świeżo ukończonym, dzieleniu się bezpośredniem powstawanie pakietów naczyńniowych, to powstanie słabe pojęcie o niezmiernie złożonej budowie morfologicznej guza w tym przypadku. Jednoczesne występowanie dużej liczby gniazd gu-

zowatych, wyjątkowa topografia rozprzestrzeniania się mas nowotworowych, zarówno w istocie białej, jak i w I warstwie kory mózgowej, przewaga obrazów podziału amitotycznego — oto są cechy, które uniemożliwiają zaliczenie tego przypadku do jakiegokolwiek grupy tablicy klasyfikacyjnej Baileya i Cushinga.

Przypadek drugi niczem się prawie nie różni pod względem morfologii elementów od pierwszego i tak samo był usadowiony w istocie białej i tak samo ostro odcinał się od kory, lecz guz był usadowiony tylko w jednym miejscu.

Narazie ograniczamy się do krótkiej wzmianki o tym typie glejaka, nie czyniąc żadnych prób segregacyjnych, jak również powstrzymując się od nadania tej jednostce patologicznej specjalnej nazwy, aczkolwiek nasuwa się tu określenie „multicentralny, amitotycznie szybko rosnący glejak złośliwy“, w odróżnieniu od astrocytów, które też rosną amitotycznie, lecz bardziej powoli, i w których nigdy się tych obrazów nie spostrzega.

(C. d. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze Szpitala Starozałonnych fundacji małżonków Poznańskich w Łodzi

Cukrzyca wśród żydów¹⁾.

Podał

Dr. L. SZYFMAN (Łódź).

W ciągu ostatnich lat 40 liczba stwierdzanych przypadków cukrzycy stale wzrasta. Czem się to tłumaczy, odpowiedzieć trudno. Rzecz możliwa, że dawniej więcej przypadków cukrzycy zostawało nierozpoznanych. Niezależnie od przyczyn stwierdzić jednak musimy, że liczba chorych na cukrzycę w ciągu lat ostatnich jest tak pokaźna, że walka z tą chorobą staje się aktualnym problemem społecznym. Szczególnie aktualna jest ta sprawa dla żydów ze względu na częstotść tego schorzenia wśród ludności żydowskiej. Wszyscy prawie autorzy zgodnie podkreślają, że cukrzycę stwierdza się u żydów znacznie częściej, niż wśród innych narodowości. Oto kilka przykładów: w Prusach w r. 1890 zmarło z powodu cukrzycy 405 mężczyzn, z nich 29 żydów, 251 kobiet — z nich 22 żydówki, tak, że śmiertelność wśród żydów wskutek cukrzycy, przyjąwszy pod uwagę stosunek liczebny ludności żydowskiej do chrześcijańskiej, była $6\frac{1}{2}$ razy większa, niż wśród chrześcijan; we Frankfurcie nad Menem, według statystyki Wallacha, w okresie od roku 1876 — 1890 śmiertelność wśród żydów z powodu cukrzycy była sześciokrotnie większa, niż wśród nie-żydów; taki sam stosunek liczebny stwierdzono w r. 1906 w Budapeszcie.

Noorden zwraca uwagę na tę okoliczność, że cukrzycę spostrzega się przeważnie wśród żydów zamożniejszych, a że uboga ludność żydowska

zapada na cukrzycę rzadziej, niż bogata. Stern, na podstawie szczegółowych badań statystycznych wśród zamożnej i ubogiej ludności żydowskiej N-Jorku, przyszedł do wniosku, że tylko wśród zamożnych sfer żydowskich stwierdza się cukrzycę częściej, niż wśród chrześcijan, a że natomiast wśród proletariatu żydowskiego spostrzega się cukrzycę nie częściej, niż wśród chrześcijańskiego. Jest to zgodne z wywodami Williamsona, który na podstawie pokaźnego materiału szpitala Londyńskiego stwierdza, że wśród ubogich emigrantów żydowskich z Galicji nie spostrzegał cukrzycę częściej, niż wśród rdzennych robotników angielskich. Stąd nasuwa się wniosek, że, mimo częstszego na ogół występowania cukrzycy u żydów, nie możemy uważać skłonności do cukrzycy za cechę rasową żydów, a że muszą tu wchodzić w grę inne czynniki. Różne wysuwano przyczyny dla wytłumaczenia częstotści cukrzycy wśród żydów, mianowicie: 1) ujemny wpływ na czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym nerwowego życia żydów, zwłaszcza ze sfer handlowo-przemysłowych; 2) nadmierne odżywianie się żydów zamożniejszych; 3) wreszcie częste dziedziczne przekazywanie skłonności do cukrzycy wskutek zawierania małżeństw między osobnikami, dziedzicznie obciążenymi cukrzycą, otyłością, dną lub niedomogą gruczołów wkrewnych.

Najczęstszą postać cukrzycy u żydów stanowi t. zw. „diabete gras“ autorów francuskich — cukrzyca otyłych. Jest to postać o przewlekłym, łagodnym przebiegu, występująca zazwyczaj u ludzi starszych, między 45 — 55 rokiem życia; idzie ona często w parze z dną. Jako objaw współistniejący występuje często hipertensja (*diabetes sthenicus* według podziału Rud. Schmidta). Z powikłań spostrzega się najczęściej te, które zależą od miażdżycy naczyń, a więc: nefrosklerozę, martwicę kończyn i t. p.; powikłania te występują u żydów

¹⁾ Referat, wygłoszony na I krajowym zjeździe lekarskim T. O. Z-u w Warszawie w czerwcu r. 1928.

znacznie częściej, niż u chrześcijan; w naszym materiale szpitalnym (p. tablicę) spostrzegaliśmy u żydów diabetyków na ogólną liczbę 75 — w 7 przypadkach zgorzel kończyn, a u chrześcijan na 29 przypadków tylko w jednym.

W okresie przedinsulinowym zwrócono uwagę w Ameryce na częstsze jakoby występowanie śpiączki u żydów; ze statystyki naszej, zebranej już w okresie stosowania insuliny (p. tablicę), wynika natomiast, że żydzi rzadziej padają ofiarą śpiączki, niż chrześcijanie, prawdopodobnie dzięki temu, że się więcej leczą i więcej korzystają ze zbawionego działania insuliny. Doświadczenie nasze, oparte na materiale szpitalnym, jak i na przypadkach z praktyki prywatnej, przemawia za tem, że żydzi diabetycy ze sfer zamożniejszych umierają zazwyczaj w wieku starszym, najczęściej wskutek zmian miażdżycowych w naczyniach mózgowych, sercowych, nerkowych, rzadziej — dzięki stosowaniu insuliny — bezpośrednio wskutek śpiączki; natomiast chorzy niezamożni giną względnie szybko, bo w ciągu kilku lat z powodu złośliwej gruźlicy, wklajającej cukrzycę. W statystyce naszej szpitalnej zwraca na się uwagę częstsze występowanie gruźlicy u diabetyków-żydów, niż u chrześcijan: na 75 diabetyków-żydów stwierdziliśmy gruźlicę u 14, a na 29 chrześcijan — u 3. Jest to zgodne ze spostrzeżeniami Noordena, który podkreśla „zastraszająco” częste występowanie gruźlicy u diabetyków-żydów: podczas gdy odsetek gruźlicy u diabetyków w jego statystyce szpitalnej waha się między 15 a 27%, wynosi on u żydów 60%.

Ruch chorych na cukrzycę w szpitalu małż. Pozańskich w Łodzi.

od r. 1923 do lipca 1928 roku. *)

	Liczba chorych na cukrzycę	zmarło	stwierdzono gruźlicę	z nich zmarło	zgorzel kończyn	zmarło z powodu diab.
Żydów	75	10	14	2	7	2
Chrześcijan	29	3	3	0	1	3
Ogółem	104	13	17	2	8	5

Cechę charakterystyczną „diabète gras” stanowi powolny początek i stopniowy rozwój choroby. W przebiegu tej postaci cukrzycy odróżnić można dwa okresy: późniejszy — jawny — ze znanymi objawami klinicznymi i wcześniejszy — okres utajony, zw. przez Maranona *status praediabeticus*. Rzecz jasna, że leczenie jest tem łatwiejsze, a rokowanie tem lepsze, im wcześniej cukrzyca została rozpoznana. Już dlatego rozpoznanie cukrzycy w okresie utajonym ma doniosłe znaczenie praktyczne. Szczególnie ważne jest wykrywanie stanów przedcukrzyczych ze względów zapobiegawczych w poradniach eugenicznych T. O. Z.-u. Dlatego też uważam za wskazane szersze omówienie sympto-

matologii i praktycznych metod rozpoznawczych stanów przedcukrzyczych.

Jeśli zgłasza się do nas osobnik ze skargami na uporczywą furunkulozę, ciężką neuralgię, dokuczliwe swędzenie ciała, zaćmę lub ropotok zębołowy, to wśród innych przyczyn, mogących wywołać wymienione dolegliwości, należy pamiętać i o cukrzycy. Mogą to być pierwsze przejawy choroby przy braku jeszcze cukru w moczu i normoglikemji. Podejrzenie nasze co do utajonej cukrzycy jest w takim przypadku tem bardziej uzasadnione, jeśli chodzi o osobnika otyłego, albowiem otyłość często prowadzi do cukrzycy, prawdopodobnie wskutek wyczerpania trzustki. Do obrazu klinicznego stanu przedcukrzyczego należy, według Maranona, jeszcze jeden objaw — *hypertensio*. Potain był pierwszy, który zwrócił uwagę na to, że ze wszystkich stanów chorobowych najczęściej spotykamy wysokie ciśnienie w chorobach nerek i cukrzycy. Według Maranona istnieje taka kolejność w rozwoju objawów chorobowych cukrzycy: *hypertensio* typu *essentialis*, *hyperglycaemia*, *glycosuria*. Dla Maranona zarówno *hypertensio* jak i *hyperglycaemia* są przejawami sympatykotonji. Uważa on, że stwierdzenie hipertensji przy braku innych momentów etiologicznych powinno nas zmusić do poszukiwania cukrzycy utajonej. We wszystkich takich przypadkach konieczne są szczegółowe wywiady co do dziedzicznego obarczenia cukrzycą. Wiadomo wszak, jak wielką rolę odgrywa w cukrzycy dziedziczność. Według danych statystycznych licznych autorów 20% diabetyków, czyli każdy piąty chory pochodzi z rodziny, dziedzicznie obciążonej cukrzycą, a według prof. H. Straussa u żydów — diabetyków w 40% przypadków stwierdza się obciążenie dziedziczne.

Przechodzę do badań laboratoryjnych, mogących się przyczynić do rozpoznania stanu przedcukrzyczego i dziedzicznego obarczenia cukrzycą.

Bergell pierwszy zwrócił uwagę na to, że w moczu osobników, dziedzicznie obciążonych cukrzycą, stwierdza się często zwiększoną ilość substancji redukujących, i uważał to za przejaw niewydolności aparatu, regulującego gospodarkę wodoru węgla w organizmie. Pamiętać przeto należy, że stale utrzymujący się wysoki ciężar gatunkowy moczu przy zwiększonej ilości substancji redukujących powinien nasunąć podejrzenie co do cukrzycy. Na oddziale naszym szpitalnym od kilku lat zwracamy uwagę na te dwie cechy moczu, co nas już niejednokrotnie naprowadziło na właściwe rozpoznanie. We wszystkich takich przypadkach konieczne jest określenie poziomu cukru we krwi. Zastrzec się jednak trzeba, że jednorazowe, a nawet kilkorazowe badanie naczno cukru we krwi w niektórych przypadkach nie może jeszcze zdecydować o rozpoznaniu, a to ze względu na zbyt wielkie wahania poziomu cukru we krwi, uważane jeszcze za normę; musielibyśmy znać normę dla danego osobnika, by móc określić, czy stwierdzona na przykład liczba 1,2% jest w konkretnym przypadku górną granicą normy, czy też już hiperglikemją. Prócz tego u dzieci i ludzi młodych nawet w pewnej klinicznie cukrzycy możemy stwierdzić naczno we krwi niski poziom cukru, na co zwraca uwagę Noorden.

Oto dlaczego konieczne są inne jeszcze ba-

*) Ogólna liczba chorych szpitalnych żydów i chrześcijan jest przeciętnie jednakowa.

dania dla wykrycia zakłócenia gospodarki wodoru węgla w organizmie; mam na myśli określanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu wodanami węgla. Obciążenie musi być dokonywane za pomocą glukozy (jednorazowego lub dwukrotnego z godziną przerwą podawania 20 — 50 gr. glukozy) lub, jak to ostatnio proponuje Noorden, za pomocą podawania z godzinnymi przerwami porcji cieleba: 25, 50, 75, 100 gramów. Analiza otrzymanej krzywej przecukrzenia rzuca światło na stan gospodarki wodoru węgla w organizmie. Przy wszystkich tych próbach obciążenia zostaje jednocześnie badany w tychże odstępach czasu mocz na cukier celem wykrycia cukromoczu pokarmowego (*glycosuria alimentaria*). Według L. Orlanda i innych autorów u dzieci, pochodzących od rodziców diabetyków, często stwierdza się cukromocz pokarmowy, co może być wykorzystywane do wykrywania dziedzicznego obciążenia cukrzycą. Doświadczenie własne przekonało nas, że szczegółowe wywiady w połączeniu z objawami klinicznymi i wyżej wyłuszczonej badaniami laboratoryjnymi dają nam możliwość rozpoznawania cukrzycy w jej stanie utajonym (*status praediabeticus*) i ujawniania niewydolności aparatu, regulującego gospodarkę wodoru węgla w organizmie u osobników, dziedzicznie obciążonych cukrzycą. O tem powinien, zdaniem naszym, wiedzieć i pamiętać lekarz, pra-

cujący w poradni eugenicznej, i każdy przypadek podejrzany co do dziedzicznego obciążenia cukrzycą lub istnienia już objawów utajonej cukrzycy poddać szczegółowemu badaniu. W ten sposób udałoby się w poradniach eugenicznych nieraz wykryć stany przedcukrzycze i dziedziczne obciążenie cukrzycą, a dzięki temu zapobiec zawieraniu małżeństw między osobnikami choremu lub klinicznie jeszcze zdrowemu, lecz dziedzicznie obciążonymi, co w przyszłości przyczyniłoby się mogło wielce do zmniejszenia liczby chorych na cukrzycę.

Na podstawie powyższego pozwalamy sobie wysnuć wnioski następujące:

1) skłonność do cukrzycy nie stanowi cechy rasowej żydów;

2) zawieranie małżeństw między osobnikami, dziedzicznie obciążonymi cukrzycą, otyłością i innymi schorzeniami gruczołów wkręwnych, sprzyja podtrzymywaniu cukrzycy wśród żydów;

3) wykrywanie dziedzicznego obciążenia cukrzycą, rozpoznawanie stanów przedcukrzyczych stanowić powinno jedno z zadań poradni eugenicznych T. O. Z.-u., a to w celu zapobiegania związkom małżeńskim między osobnikami choremu i dziedzicznie obciążonymi.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Geneza i Technika Metody Psychanalizy.

Podał

A. DRYJSKI (Poznań).

(Ciąg dalszy p. — Nr. 27 i 28).

§ 3. Diagnostyka asocjacyjna.

Badanie stanu psychicznego metodą skojarzeniową opiera się na fakcie, że wszelkiego rodzaju silniejsze przeżycia wzruszeniowe wykazują dążność do zaznaczenia się w skojarzeniach. Dotyczy to także i popędów tłumionych, które usiłują posłać do świadomości swe przedstawicielstwo wyobrazeniowe i w tem dążeniu korzystają z różnych, nawet najdalej asocjacji.

Kiedy osobnik zaczyna kojarzyć, w jasny punkt jego świadomości może wejść tylko jedno — zśród bardzo licznych — wyobrażeń. U progu jej odbywa się więc walka o byt chwilowy w tym punkcie. „Zwycięża ten stan, który jest najsilniejszy w danym momencie, który zdoła przemóc całą ciżbę swych współzawodników i pierwszy przekroczyć zdobywany próg świadomości. Szanse zwycięstwa są rozmaite: stan wzruszeniowy przeważa nad obojętnymi, większe

natężenie uczuciowe przeważa nad słabszym i t. d., i t. d.... Wszystkie te warunki współdziałają razem i wypadkowa ich decyduje o tem, jaki ze stanów podświadomości... cisnących się do progu zwycięży i próg ten przestąpi, stając się na chwilę przedmiotem uwagi i podstawą wypowiedzenia słowa reakcji”¹⁾.

Zasadę, na której opiera się diagnostyka skojarzeniowa psychanalizy, można sformułować w sposób następujący: wszelkie wyobrażenie, które się przedostaje do świadomości, jest uwarunkowane określonymi wpływami nieświadomości. Metoda psychanalizy odnajduje jakoby te wpływy z „pewnością, niepodlegającą żadnym wątpliwościom”...

Posługuje się ona zazwyczaj dwiema odmianami procesu asocjacyjnego, a mianowicie: skojarzeniami wolnymi (zwanglozes Assoziiren) i parzystymi. Badanie skojarzeń wolnych posiada znowu dwie postaci: automatyzm skojarzeniowy ogólny lub stosowany względem poszczególnych objawów, czynności (t. zw. omyłkowych) i elementów marzeń sennych. W tym ostatnim np. wypadku, gdy pacjent opowie swój sen, psychanalizy dzieli go na pewne fragmenty, z których każdy jest punktem wyjścia łańcucha skojarzeniowego.

¹⁾ Abramowski, dzieło cyt., str. 160.

Dla ilustracji zacytuję przykład Maedera:

Panna B., histeryczka, lat 30, obok innych kompleksów, cierpi także na wyrzuty sumienia. Opowiada następujący sen: „widzę w naczyniu mnóstwo robaków ziemnych, a wśród nich rybę. Jest to naczynie, w którym zwykle znajdują się kwiaty. We śnie doznaję uczucia wstrętu... Wszystkie okna w domu zostały rozbite przez kometę (w tem miejscu p. B. wybucha śmiechem); Pan był także obecny (odnosi się to do lekarza) i opowiadał o kupnie domów”.

Lekarz prosi p. B., żeby powiedziała wszystko, co jej przychodzi na myśl z powodu „robaków ziemnych”. Oto skojarzenia (wolne), które się jej nasuwają: „Robak ziemny, wstrętny, jak wszystko, co pełza i ma ten sam kształt (tutaj p. B. wzdycha kilkakrotnie), coś niskiego, wulgarnego; węgorze, nie mogę ich jeść; to śliskie, błyszczące, pełzać, robak, robak ziemny; kraje się je na kawałki i wkłada na haczyk, jako przynętę dla ryb; zbliżać się, dotykać, posiąść, zdobyć, środki dla zdobycia celu, cel uświęca środki... Przypominam sobie czas, kiedy uczyłam się pływać; rzucalam się, jak ryba, pochwycona na haczyk, Le Chant de la truite Schuberta, czy też Schumanna, przychodzi mi na myśl; jest to opowiadanie o złowieniu nimfy. Prawdziwy tytuł jest to ta, która została oszukana. Jest się, jak ryba, jest się wziętą. Przechadzka z moją siostrą i szwagrem w dolinie A. Wieczór, kiedy było dużo gwiazd spadających; to spadają ułamki gwiazd. Opowiadanie, w którym gwiazdy spadają pod postacią monet srebrnych do fartuszka młodej dziewczyny i przynoszą jej szczęście; podarek, dar, przyjać, począć... Deszcz gwiazd, deszcz złota... To jest kwiat, trucizna (tutaj wzdycha); to jest w nas, co jest złe; nasze instynkty...

Skoro otrzymaliśmy już dostateczną liczbę skojarzeń, należy je wyjaśnić, interpretować (Deutungskunst). Do interpretacji snów Freud przywiązuje bardzo wielką wagę: jest ona „naczelna droga, wiodąca do poznania nieświadomego, najpewniejszą podwaliną psychoanalizy, a zarazem ową dziedziną, w której każdy pracownik zdobywa swe przekonanie i swe wyszkolenie”. Interpretacja skojarzeń jest dlatego potrzebna, że, jak była mowa, opór uniemożliwia przenikanie do świadomości kompleksów, wypartych w ich szacie właściwej, a twory zastępcze, które się na ich miejsce zjawiają, muszą być wyjaśnione, gdyż zawierają pewne obrazy, symbolizujące przeżycia osobnika. W przypadku p. B. jest to rzecz łatwa, gdyż uraz psychiczny jest tutaj świadomy, stał się nawet pod postacią wyrzutów sumienia swojego rodzaju ideą napastniczą. Otóż w jej skojarzeniach odnajdujemy kilka momentów, wysuwających się na plan pierwszy: mówi ona o rybie, złowionej na haczyk, nimfie, pochwyconej w sidła i oszukanej; wzdychając, powiada o czymś wstrętnem, niskim, wulgarnem, co służy do łapania ryb. W końcu łańcucha następują słowa — „jest się wziętą”, „oszukana”, „począć”, „instynkty”... Towarzyszą im znowu głębokie westchnienia.

Nasuwa się odrazu przypuszczenie, że momenty powyższe kryją w sobie jakieś przeżycia, które w obrazach alegorycznych — ryby, złowionej na haczyk, nimfy, pochwyconej w sidła i t. p. usiłują przedostać się do świadomości. Zapytana przez Maedera, czy nie była ofiarą uwiedzenia, odpowiedziała po dłuższej walce wewnętrznej, że „dwa razy połączyła haczyk”, że zbłądziła dwa razy¹⁾.

Psychanalitycy próbowali już od dawna oprzeć swe poszukiwania kompleksów (normalnych i patologicznych) na eksperymencie skojarzeniowym (Assoziationsexperiment, Assoziationsversuch). Posiada

on zazwyczaj charakter skojarzeń parzystych, polegających na tem, że eksperymentator wymawia kolejno przygotowane zawczasu słowa (słowa wywołujące, od 50 — 100), a osobnik musi odpowiedzieć na każde z nich wyrazem (reakcją), który się bezpośrednio zjawi w polu świadomości.

Prace Kräpelin¹⁾, Aschaffenburga²⁾, Férégo, Mayera i Ortha, Weygandta i t. p. wykazały, że zarówno czas reakcji skojarzeniowej, jak i jej charakter jakościowy zależą często od nasilenia czynnika wzruszeniowego, który budzi słowo wywołujące. Tak np. Férégo³⁾ stwierdził przedłużenie czasu reakcji w zależności od wzruszeń przykrych i wpływ ich na charakter słowa-reakcji, t. zn., że, jeżeli osobnik jest przygnębiony, reakcje skojarzeniowe będą posiadały zabarwienie smutne, i naodwrot. Mayer i Orth⁴⁾ wykazali, że reakcje tego rodzaju są szybsze, gdy im towarzyszą uczucia przyjemne, i wolniejsze — skoro słowa wywołujące budzą wzruszenia przykre.

Badania powyższe, nasunęły niektórym psychanalitikom przypuszczenie, że zapomocą tego rodzaju eksperymentów można dotrzeć do ognisk uczuciowych, jakie w danym czasie istnieją w krytopsychice badanego osobnika. Pierwsze systematyczne próby w tym kierunku były wykonane przez Bleulera i Junga⁵⁾, szczególnie tego ostatniego. Jung powiada, że kompleksy, które każdy człowiek posiada, dążą do zmanifestowania swej obecności w procesie skojarzeniowym. Podświadomość nasza (Der Hintergrund unseres Bewusstseins oder das Unbewusste) składa się z takich kompleksów, które gromadzą koło siebie cały materiał wspomnieniowy i wpływają konstelując na nasze myślenie i postępowanie. Skoro więc słowo wywołujące zahaczy o jakiś kompleks, powoduje on zaraz w procesie asocjacji różne zaburzenia, które można nazwać objawami, znakami kompleksu (Komplexmerkmale). Na kongresie psychiatrów szwajcarskich w r. 1904 podał on kilka takich znaków, wskazujących na zależność reakcji skojarzeniowej od kompleksu. Są to mianowicie: 1) przedłużenie czasu reakcji lub jej brak; 2) persewacje i kilkakrotne powtarzanie jednego i tego samego słowa-odpowiedzi; 3) tłumaczenia, cytaty, wyrazy silne (Kraftausdrücke), pomyłki językowe i t. p.

W chwili obecnej ustalono następujące główne znaki obiektywne:

1. Przedłużenie czasu reakcji, jako zjawisko zachodzące najczęściej, przyczem w niektórych przypadkach poszczególnych czas ten dochodzi do 5 — 10'. Oczywiście, należy brać pod uwagę,

¹⁾ Kräpelin, Psychologische Arbeiten Bd. I — 8 (1896 — 1925).

²⁾ Aschaffenburg G. Experimentelle Studien über Associationen. Psychologische Ar. t. I i II.

³⁾ Féré, La pathologie des émotions, Paris, 1898.

⁴⁾ Mayer i Orth, Zur qualitativen Untersuchung d. Association. Zeitschr. f. Psychologie, 1901, t. 26. Patrz także Claparède'a, L'Association des idées 1903. Doin, str. 285.

⁵⁾ Diagnostische Assoziationsstudien Bd. I i II, 1906 i 1910. Herausgegeben von Dr. C. G. Jung. Jest to zbiór rozpraw różnych autorów, w tem głównie Bleulera (Ueber die Bedeutung von Assoziationsversuchen, Bewusstsein und Assoziation) i Junga (Ueber das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment, Psychoanalyse u. Assoziationsexperiment i t. p.).

¹⁾ Maeder, Sur le mouvement psychoanalytique. Année psychologique, XVIII, 1912, str. 394 — 395. Patrz także jego Ueber das Traumproblem. Wien, 1910.

że czas przeciętny¹⁾ zmienia się w zależności od stopnia inteligencji, ciśnienia krwi w mózgu, anemji mózgu (Münsterberg), zatrucia alkoholem (Aschaffenburg); że jest on krótszy w skojarzeniach zewnętrznych, niż wewnętrznych (Aschaffenburg), że pojęcia abstrakcyjne i czasowniki mają czas reakcji dłuższy, niż rzeczowniki konkretne i przymiotniki (Jung) i t. d. i t. d. Jung wykazał nadto, że na długość tego czasu wpływają słowa „krytyczne”, t. zn. będące w związku z kompleksem. Słowa te przedłużają również i czas asocjacji pary następnej.

2. Perseweracja²⁾, którą Aschaffenburg określa, jako kojarzenie do podniet poprzednich, zamiast do ostatniego słowa usłyszanego. Np. zima — lżywy; morze — lód. Wyobrażenie lodu kojarzy się w danym razie z wyobrażeniem zimy i morza.

3. Powracanie tego samego wyrazu przy różnych słowach wywołujących. Zarówno perseweracja, jak i powracanie słowa, dowodzą pewnego zwężenia pola wyboru, monoideizacji uwagi, co znowu wskazuje na istnienie silnego czynnika uczuciowego, o który potrafiło słowo wywołujące.

4. Milczenie dłuższe albo zupełne przerwanie procesu kojarzenia po usłyszaniu słowa wywołującego. Milczenie jest wywołane swojego rodzaju pustką myślową, której towarzyszy niekiedy mniej lub więcej silne zdenerwowanie, płacz lub uczucie znużenia. Pustka ta jest czasami do tego stopnia męcząca, że osobnik zupełnie przerywa doświadczenie. W przypadkach patologicznych wstrzymaniu procesów kojarzenia towarzyszy ból (psychiczny lub fizyczny), uczucie duszności, spazmy i t. p. silne reakcje organiczne. Są one dowodem, że zbliżamy się do głównego ogniska patologicznego.

5. Skojarzenia czysto zewnętrzne, dźwiękowe, powtarzanie słowa usłyszanego. Jung sądzi, że skojarzenia dźwiękowe, automatyczne są wynikiem roztargnienia wewnętrznego, spowodowanego poruszeniem kompleksu. Jest to swojego rodzaju „reakcja zastępcza” dla przerywania milczenia kłopotliwego. Osobnik musi jakoś zareagować, ratuje więc sytuację, tworząc naprędce jednobrzmiące wyrazy (zdrowa — połowa, chowa), albo artykułowane dźwięki bezsensowne (kościół — pościół) i t. d.

6. Zboczenia w reprodukcji skojarzeń³⁾, które polegają na tem, że przy powtarzaniu tego samego wyrazu reprodukcja odpowiedzi, danej po raz pierwszy, wypada inaczej. Robi się dwie serie skojarzeń parzystych, z temi samemi słowami wywołującemi. Reprodukcje odpowiedzi na słowa krytyczne są najczęściej odmienne, gdyż wskutek amnezji, jaką wywołuje kompleks swem działaniem wzruszeniowem, ulegają one łatwiej zmianie, niż odpowiedzi na słowa obojętne.

¹⁾ Według F. Galtona, który zainaugurował badania nad reakcją skojarzeniową, czas przeciętny wynosi — 1,3", Férégó — 0,83", Junga — 1,8".

²⁾ Jestto termin Müllera i Pilzckera, którzy używali go dla oznaczenia przedłużonego trwania wyobrażenia jakiegś podniety, co oczywiście wpływa na charakter kojarzenia bodźców następnych.

³⁾ Patrz o reprodukcji i jej znaczeniu: Jung, Experimentelle Beobachtungen über das Erinnerungsvermögen. Centralbl. für Nervenheilk. u. Psych. 28 Jahrgang, a także Über die Reproduktionsstörungen beim Assoziationsexperiment. Diagnostische Assoziationsstudien, t. II, 67 — 76.

Wyjaśnimy to na przykładzie Junga, uwzględniając także i przedłużenie czasu reakcji.

Słowa wywołujące	Reakcja	Czas reakcji w sekundach	Reprodukcja
1. Głowa	włosy	1,4	+
2. Zielony	łaka	1,6	+
3. Woda	głęboka	5,0	pływać
4. Kij	nóż	1,6	+
5. Długi	stół	1,2	+
6. Okręt	tonąć	3,4	parowiec
7. Pytać	odpowiadać	1,6	+
8. Wełna	tkać	1,6	+
9. Zły	uprzejmy	1,4	+
10. Jezioro	woda	4,0	niebieski
11. Chory	zdrowy	1,8	+
12. Atrament	czarny	1,2	+
13. Pływać	umiem pływać	3,8	woda

Z powyższego widzimy, że słowa: woda, okręt, jezioro i pływać — są krytyczne, gdyż posiadają wydłużony czas reakcji i reprodukcja odpowiedzi na nie jest inna (pływać, parowiec, niebieski, woda), niż reakcji pierwotnej (głęboka, tonąć, woda, umiem pływać).

7. Tłumaczenie, omawianie, niezrozumienie słowa w.; wyrazy silne, dobitne, pomyłki językowe Versprechen) i t. p.

Omawianie, szczególnie lekceważące, słowa, które na pierwszy rzut oka wydaje się obojętne, lub naodwrot — silne jego akcentowanie a także pomyłki językowe w wymawianiu słowa skojarzonego, zachodzą w eksperymentach dosyć często. Wszelkie uchylenia od czynnościowania normalnego (usterki życia codziennego — mowy, pisma i t. d.) uważa Freud za wyraz „pobudek i zamiarów, które chcemy odsunąć, ukryć przed świadomością naszą”. Są to, jak mówi, „pochodne tych samych stłumionych życzeń i zespółów, które... mogą tworzyć objawy i marzenia senne. Uchylenia te, zasługują więc, by je oceniano jako objawy, a zważanie na nie może nam, podobnie jak marzenia senne, odsłonić to, co w życiu psychicznym jest ukryte. Z ich pomocą zdradza człowiek zazwyczaj swe najgłębsze tajemnice”⁴⁾. (podkreśl. m.)

8. Reakcje organiczne w sferze kardjo-naczyniowej, oddechowej, wydzielniczej, w czynnościowaniu dowolnego układu mięśniowego (mimika, gesty, bezwiedne poruszenia kończyn i t. p.). Najczęściej w danym przypadku powstają: śmiech, nieuzasadniony okolicznościami zewnętrznymi, rumieńce i ruchy bezwiedne lub poprostu automatyczne.

Reakcje, o których mowa, są uwarunkowane faktem, że słowo wywołujące potrafiło o silnie zabarwione wzruszeniowo wspomnienie (świadome lub bezwiedne), dzięki czemu wzruszenie stara się wyrazić w odpowiednich zaburzeniach różnych funkcji organicznych.

9. Reakcja psychogalwanometryczna. Osobnika włącza się w obieg prądu, a następnie mówi się kolejno (w odstępach mniej więcej 10") słowa wywołujące, prosząc, żeby po wymówieniu każdego z nich skupił się na ich treści. Jednocześnie eksperymentator notuje odchylenia galwanometru.

⁴⁾ Freud, O psychoanalizie, st. 44. Patrz głównie jego Zur Psychopathologie der Alltagslebens (1901 — 1904) wyd. 9, 1923 r. Jest polskie tłumaczenie — Jekelsa i H. Ivánka.

Odruchy psychogalwanometryczne (psychoelektryczne) są jakoby uwarunkowane zmianami chemicznymi płynów organizmu — co, oczywiście, stwarza nowy opór dla prądu, — które to zmiany powstają w związku z wywołaniami przez skojarzenia wzruszeniami. Stąd możliwość odnalezienia tą drogą kompleksów utajonych lub świadomie ukrywanych.

Nie mogąc wdawać się tutaj w szczegółową analizę wyliczonych przed chwilą „znaków”, zaznaczę krótko: żaden z nich nie jest w ścisłym tego słowa znaczeniu sprawdzianem obiektywnym, czy mamy do czynienia z rzeczywistym kompleksem, czy też symulacją lub innymi czynnikami psychofizjologicznymi, które wpływają na zmianę reakcji skojarzeniowej. Jeżeli weźmiemy dla przykładu przedłużenie czasu reakcji, to bardziej dokładne badania wykazują, że przedłużenie to występuje pod wpływem różnych okoliczności: niezwykłości, dziwaczności słowa w., uczucia zdziwienia, zakłopotania i t. p. czynników, nie mających związku z kompleksami (w moich eksperymentach opóźnienie tego rodzaju wynosiło niekiedy 40" i dłużej). Menzera¹⁾ utrzymuje, że bywają także przypadki, kiedy przedłużenie czasu r. jest właśnie znakiem braku kompleksu¹⁾. Skoro znowu weźmiemy drugi, równie często wymieniany znak obiektywny — reakcję psychogalwanometryczną, to sytuacja, jaka nam się przedstawi z powodu eksperymentu asocjacyjnego, jest jeszcze trudniejsza do rozwiązania: w z r u s z e n i o w e p o c h o-

¹⁾ Menzera¹⁾, Contribution à la psychanalyse. Archives de psychologie, 1912, Nr. 48.

dzenie reakcji psychogalwanometrycznej wcale nie jest faktem ustalonym, jak sądzi Abramowski i wielu innych badaczy.

Streszczając się, stwierdzam, że wszystkie wymienione znaki obiektywne są po większej części wartościowe dopiero wtedy, gdy znaczenie ich uzupełni badanie introspekcyjne.

Materiał otrzymany drogą kojarzeń (szczególnie wolnych), jest po większej części dla psychanalityka rudą, „z której on przez swą sztukę interpretacyjną wydobywa zawarty w niej kruszec szlachetny”, przyczem, jak już była mowa „do tegoż samego celu dążymy jeszcze dwiema innymi drogami, mianowicie przez interpretację marzeń sennych pacjenta, tudzież przez zżytkowanie jego uchył i t. zw. czynności przypadkowych”.

Najważniejsza rola w odkrywaniu kompleksów utajonych przypada właśnie technice interpretacyjnej. Dzięki niej jednak psychanalitycy mogą odnaleźć wszystko, czego szukają. Cechą charakterystyczną ich metody, powiada Fr. Lymann Wells w Critic of impure reason¹⁾, jest symbolizm, dzięki któremu każde wydarzenie — o ile to jest potrzebne dla teorii — może być rozpatrywane jako symbol drugiego. Tym sposobem każdy fakt może oznaczać wszystko, co zechcemy. Jest to dosyć naiwna koncepcja determinizmu psychologicznego... (Dok. nast.)

¹⁾ Patrz Journal of abnormal psychology, czerwiec, lipiec 1912.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ Immunität. Allergie und Infektionskrankheiten. (Wydawnictwo miesięczne Otto Gmelinn. Monachium. 1929).

Przed 2-oma laty zaczęło wychodzić w Niemczech pod auspicjami poważnych uczonych i redakcją prof. Günthera z Erlangen czasopismo poświęcone zachorzeniom dokrewnym, pod tytułem „Endokrinologie“ (wyd. J. A. Barth w Lipsku), w którym koncentruje się cały dobytek odnośny międzynarodowy (między innymi piśmiennictwo polskie referuje niżej podpisany).

Widocznie nie nasycyła do potrzeby czytelników, skoro poważna firma wydawnicza Otto Gmelina w Monachium uważa za wskazane pod redakcją znanych fizjologów, bakterjologów i klinicystów (Degkwitz, Schlossberger, Leschke, Schröder) puścić w świat pozornie pokrewne — w istocie odrębne — wydawnictwo pod powyższym nagłówkiem.

Jeśli się bierze pod uwagę, że posiadamy oprócz endokrynologicznego specjalne pismo hematologiczne, omawiające wyłącznie biologię i patologię krwi, to, zaiste, przypomina się przysłówie ludowe: Trzeba mieć psa, a kij nań się znajdzie. Trzeba mieć wydawcę i współpracowników, a wskazania i czytelnicy się znajdują, grunt to credo redakcyjne, hasło i platforma!

Jasno i wyraźnie brzmi w przedmowie wskazanie: „Postępy teoretyczne i wyniki praktyczne w dziedzinie biologii uodpornienia, alergii, chemodjagnostyki i immunoterapii przedłożyć przed forum lekarzy-praktyków w wycinkach i przeglądach zbiorowych oraz podkreślić umiejętnie, co dlań nowe i dla praktyki dojrzałe, oto jest wskazanie i potrzeba lekarza, zwłaszcza wobec niezwyklej częstości chorób zakaźnych i anafilaktyczno-alergetycznych i wobec ich znaczenia społecznego i ekonomicznego”. Quod erat demonstrandum.

Czasopismo miesięczne daje za 20 R Mk. rocznie 32 strony w *in octavo* tekstu co miesiąc. Przyznać wypada, że pierwsze 2 zeszyty prezentują się bardzo poważnie (zwłaszcza praca 1, 4 i 5 oraz referat zbiorowy), jak wykazują tytuły i treści 1). R Degkwitz. Endemiologia i profilaktyka chorób zakaźnych u dzieci 2). A. Seitz. Przesączalne organizmy chorobotwórcze i ich znaczenie praktyczne 3). L. E. Walbum. Terapia solami nieorganicznymi 4). H. R. Sins. O znaczeniu powszechnego uodpornienia szczepionką dla epidemiologii ospy 5). De Rudder. Zapobieganie i leczenie immunobiologiczne płonicy 6). L. Farmer Loeb. Leczenie odczulające gorączki siennej 7). M. I. Gutmann. Streszczenie zbiorowe farmakoterapii dychawicy oskrzelowej.

Drobne wiadomości bieżące z dziedziny programowej uzupełniają dwuzeszytowy wstępny numer.

H. Higier.

M. LEMERIC i N. ROTGOLC. Znaczenie pomidorów dla diety. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 44, N 3/4).

Pomidory mają dość doniosłe znaczenie w diecie ze względu na szereg właściwości leczniczych.

Surowe pomidory, względnie ich sok wyciśnięty pobudzają dość znacznie wydzielanie soku żołądkowego. Gotowane działają mniej wyraźnie.

Na sok dwunastniczy i jego wydzielanie pomidory wpływu nie wywierają. Są natomiast dobrym środkiem wywołującym wypróżnienie, działają łagodnie i zaburzeń nie wywołują, przyspieszają natomiast wydalanie treści jelitowej.

Pomidory są także lekkim środkiem moczopędnym, zwiększają bowiem ilość moczu, chlorku sodu i mocznika w moczu. Szkodliwych własności nie stwierdzono. Pomidory wywołują wy-

rażną alkalizację. Co do działania ujemnego w przypadkach dny moczanowej i szczawianowej to jest ono bardzo wątpliwe ze względu na małe ilości tych substancji w pomidorach.

B. Goldstein.

Higjena.

∞ Arno ARNOLD. *Bibliographie des 1927 erschienenen Schrifttums über Sportmedizin*. Nakład G. Thieme. Lipsk. Cena 7 RM.

Broszura ta na 112 stronicach obejmuje tytuły prac z dziedziny sportu, ułożone według rozdziałów. Obok nazwiska autora podane jest źródło. Jeżeli źródło jest trudno dostępne, to broszurka powołuje się na streszczenie pracy, podane w czasopiśmie i centralblattach Springera. Całość stanowi doskonały przewodnik bibliograficzny dla interesujących się stroną medyczną sportu.

S.

Choroby narządów trawienia.

E. N. GAITHER. *Wpływ zabiegów chirurgicznych na czynność ruchowo-wydzielniczą żołądka*. (J. A. M. A. Tom 91, N. 15 r. 1928).

Przypuszczenia wielu lekarzy co do wpływu regurgitacji treści dwunastniczej (zasadowej) do żołądka na stopień kwasowości okazały się słuszne. Kwasota zmniejsza się wyraźnie przy powrotnym odpływie treści dwunastniczej w dostatecznej ilości do żołądka. Czy jednak mamy do czynienia ze zwykłym zubożeniem, czy też z zahamowaniem wydzielania żołądkowego, nie można rozstrzygnąć.

Natomiast zwracanie niedużych ilości treści dwunastniczej w dużych odstępach czasu nie ma znaczenia. Jednakże jedna smuga złocistej treści żółciowej może zubożyć treść żołądkową na przeciąg 10—30 minut.

Usunięcie zmiany chorobowej istniejącej w żołądku nie zawsze przywraca normalne warunki czynnościowe.

Objawy chorobowe niekoniecznie muszą zależeć od grubszych zmian organicznych.

Co się dotyczy objawów bólowych, to, jak wykazują badania rentgenologiczne autora, zależą one przede wszystkim od czynności ruchowej.

W niepowikłanych przypadkach, w których uskutecznilo piloroplastykę, czas opróżnienia żołądka nie jest taki krótki, jak w przypadkach założenia zespolenia, jednakże czynność ruchowa żołądka pozostaje w granicach normalnych.

U pacjentów, którzy niedawno przebyli zabieg operacyjny (2—3 tygodnie), regurgitacja treści dwunastniczej ma znacznie mniejszy wpływ na wydzielanie żołądkowe, aniżeli u tych, którzy operację tę przebyli już dawno.

Zabiegi chirurgiczne na żołądku zazwyczaj prowadzą do zmniejszenia wydzielania żołądkowego. Wyjątkowo tylko wywołać mogą nadkwaśność, (zwykle obszycie przedziurawionego wrzodu, niekiedy zespolenie), raczej jest to nadkwaśność, która istniała przedtem, a nie została usunięta przez operację.

Czynność ruchowa żołądka zazwyczaj poprawia się naszkutek operacji.

Czynność żołądka zależna jest od całego szeregu czynników, jak: zmęczenie, podniecenie, przygnębienie, dieta, które to czynniki mogą wywołać zaburzenia w funkcjonowaniu żołądka pod względem ruchowym lub wydzielniczym, przyczem zaburzenia te mogą występować okresowo.

Autor podkreśla wreszcie doniosłe znaczenie badań kontrolnych przez dłuższy czas po operacji, nawet w przypadkach, przebiegających bez żadnych objawów.

Można w ten sposób zawczasu zapobiec niepożądanym skutkom i powikłaniom.

B. Goldstein.

P. E. TRUESDALE. *O operacji pilorektomji*. (J. of the Am. Med. Ass. Tom 91, N. 14 r. 1928).

Zestawiając dane współczesne co do operacji wycięcia odźwiernika, autor stwierdza, że pilorektomia jest najlepszą operacją we wczesnych okresach raka przyodźwiernikowego oraz wrzodu części przyodźwiernikowej.

Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze, o ile było wykonane w czasie właściwym, jest zabiegiem bezpiecznym. Natomiast, o ile zostało wykonane w tkance bliznowatej lub w sąsiedztwie miejsca, objętego świeżym jeszcze zapaleniem, bezpieczeństwo pooperacyjne jest o wiele mniejsze.

Po zespoleniu żołądkowo-dwunastniczym zgłębnik żołądkowy winien być założony już przy najmniejszym objawie ostrego rozszerzenia.

Zpśród rozmaitych metod postępowania operacyjnego autor uważa za najlepszą — operację podług Billrotha II.

Statystyka własnych kilkudziesięciu przypadków operowanych już to metodą Billrotha II (30), już to zespoleniem żołądkowo-dwunastniczym (6), już to wreszcie metodą Polya (4). Przypadków śmiertelnych było 2, z tych 1 po zespoleniu, i 1 po operacji Polya. Po operacjach pilorektomji autor przypadków śmierci nie spostrzegł.

B. Goldstein.

J. H. CASCAO de ANCIAES. *Insulina, a czynność żołądka*. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 42, zes. 4—5. 1928).

Autor przekonał się, że insulina ma działanie pobudzające nie tylko na czynność wydzielniczą żołądka, lecz także na czynność wydalniczą, na czas trwania wydzielania oraz na ilość soku żołądkowego wydzielonego jakoteż na zawartość zczynów.

B. Goldstein.

KUTTNER. *Co oznacza t. zw. „Riegelsymptom“ Fraenkla w rozpoznawaniu wrzodu żołądka*. (Arch. f. Vrdgkrh. T. 42, 4.)

Rozróżniamy 3 grupy wyników rentgenowskich w przypadkach wrzodów żołądka 1) pewne rozpoznanie wrzodu na zasadzie niszy, 2) mniej lub bardziej prawdopodobne — na zasadzie obj. względnych, 3) w trzeciej grupie brak jest wszelkich danych rentgenowskich, wskazujących na istnienie wrzodu.

W dość licznych przypadkach rozpoznanie kliniczne jest pewne, a badanie radiologiczne nie daje żadnego dodatniego wyniku. Sprawa przedstawia się gorzej, gdy badanie kliniczne zezwala jedynie na podejrzenie wrzodu. Autor ostrzega przed rozpoznawaniem nerwicy żołądka, gdyż bardzo często krył się za tem wrzód. Chcąc mieć dobre wyniki, należy leczenie rozpoczynać możliwie jaknajwcześniej, jeszcze w okresie t. zw. *Ulcus simplex*, zanim dojdzie do komplikacji. Brak jednak wówczas jeszcze typowych objawów radiologicznych.

Pomocą stał się t. zw. „Riegelsymptom“. Jest to brak perystaltyki na krzywiźnie małej na przestrzeni mniej więcej 8 mm. Daje się on stwierdzić na kinograficznym diagramie (nałożone na siebie kontury wielu zdjęć).

Objaw ten jest wyrazem zmian czynnościowych w mięśniówce. O ile niszę uważać za anatomiczny dowód wrzodu, objaw Fraenkla jest jego dowodem dynamicznym. Nisza jest objawem późnym, podczas gdy Riegelsymptom występuje już we wczesnych okresach. W miarę jak t. zw. *Ulcus simplex* w rozwoju swym postępuje, przyjmując z owrzodzenia powierzchownego postać wrzodu drążącego — zamiast przedtem stwierdzanego objawu Fraenkla wystąpi nisza. Mimo to pozostaje jeszcze pewna liczba wrzodów, kt. rentgenologicznie stwierdzić się nie da.

Józef Nusbaum.

C. L. GIBSON. *O ostrych przedziurawieniach żołądka i dwunastnicy*. (J. of the Am. Med. Ass. N. 14 Tom 91, r. 1928).

Omawiając swoje wyniki operacyjne, oparte na 123 przypadkach, autor podkreśla doniosłość wczesnego rozpoznania sprawy dla leczenia.

Te oznaki, których ogół lekarzy się doszukuje, często zawodzą, jak np. wzdęcie brzucha, zniknięcie tępości wątroby, czasem brak zupełny anamnezy żołądkowej.

Brzuch niejednokrotnie jest twardy, jak deska, tępość wątroby nie znika z powodu małej ilości powietrza i małej stosunkowo jadowitości treści pokarmowej.

Dość cenną wskazówką np. jest ból silny w klatce piersiowej, najczęściej w lewym dole nadobojczykowym.

W przypadkach podejrzanych zaleca się otwarcie otrzewny pod wodą, by dojrzeć ewent. bańkę powietrza.

Przedziurawienia najczęściej się zdarzają w okolicy odźwiernika, gdzie też należy szukać otworu.

Należy usunąć cały płyn z jamy otrzewny ewentualnie za pomocą odsysacza. We wczesnych przypadkach drenowanie jest zbyt czyste.

Większość chorych po przedziurawieniu poprawia się zupełnie i nawet stosunkowo rzadko narzeka na skutki zrostów po przebytej sprawie, tak, że nawet założenie zespolenia wydaje się autorowi zbyt czyste.

Dokładne obserwowanie chorego przez dłuższy okres czasu po operacji i ewent. nowy zabieg w razie potrzeby prowadzą w większości przypadków do uzdrowienia chorego.

B. Goldstein.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

∞ A. C. GUILLAUME. *L'endocrinologie et les états endocrino-symphathiques* (str. 300, 1929, wyd. Gaston Doin. Paryż, 25 frs.)

Serja prac, ogłaszanych pod tytułem „Consultations Journalieres” przez różnych autorów, została wzbogacona przez monografię dwutomową pod tytułem *L'endocrinologie* napisaną przez Guillaume'a, autora niejednej pracy wartościowej z tej dziedziny, zwłaszcza układu współczulnego. Narazie ukazała się I-a część z podtytułem: *L'endocrines dans la physiopathologie clinique*.

W części tej, zawierającej 10 rozdziałów, znajdują bliższe omówienie: uwagi i rozmyślenia nad endokrynologią w praktyce lekarskiej, układ dokrewny, czynność fizjologiczna, ogólna i szczegółowa, gruczołów wewnątrzwydzielniczych, fizjopatologia zaburzeń dokrewnych, gruczoły i czynność nerwowa, pobudzająca ruchy i wydzielanie, rola gruczołów w normalnym i patologicznym stawianiu się istoty fizycznej i duchowej, wpływ gruczołów na gospodarkę i autoregulację ustroju w stanie normalnym i chorobowym, znaczenie endokrynizmu dla spraw seksualnych w ogóle, a menstruacyjnych i rozrodczych w szczególności.

Jak widzimy, różni się ta część ogólna w swoim rozkładzie zasadniczo od innych w podręcznikach endokrynologii, że nie rozpatruje po kolei wszystkich gruczołów dokrewnych, lecz bierze kierunek i punkt wyjścia odwrotny, analizując poszczególne zasadnicze czynności ustrojowe, jak rozwój osobnika, charakter psychiczny i fizyczny, odżywianie, rozrastanie, termoregulację, seksualizm w związku z gruczołami.

Klinikę ściśłą rozpatrzeć zamierza autor w 2-m tomie, który ma się ukazać w najbliższej przyszłości w tychże „Consultations”. Nie bez słuszności Crouzon w bibliografii rzeka się przytoczenia odnośnego, nie dającego się prawie objąć piśmiennictwa, odsyłając czytelnika do zasadniczych źródeł monograficznych, między innymi: Biedla, Schoferz, Gleya, Weila, Guillaume'a oraz Lucien Parisot-Richarda.

H. Higier.

DRESEL KURT. *W sprawie choroby Basedowa.* (D. m. W. N. 7 1929)

Autor podaje cały szereg spostrzeżeń z kliniki choroby Basedowa.

Ustaliwszy, iż wzmoczenie przemiany materji w chorobie Basedowa, za pomocą badania kwasu mlekowego we krwi pracującej kończyny, zależy od pierwotnie wzmoczonych procesów utleniania w mięśniach, stara się określić wpływ tyroksyny na różnego rodzaju tkanki. Pracowano za pomocą metody Warburga. Okazało się, że wpływ tyroksyny najwybitniej ujawniał się w wątrobie, jądrach i siatkówce, przy czem tyroksyna wywierała działanie pośrednie; najwyższy poziom wzmoczonej przemiany ujawniał się dopiero po 2 — 3 dniach. Podobne działanie pośrednie ze wzmoczeniem procesów utleniania w wątrobie i nerkach, stwierdzono przy stosowaniu tyroksyny podskórnie.

Dla wyjaśnienia mechanizmu tego działania przeprowadzono szereg badań nad przemianą białkową u szczurów. W wyniku tych badań okazało się, iż tyroksyna sprzyja powstawaniu zwiększonej ilości kwasów aminowych w wątrobie, z których największy wpływ na procesy utleniania wykazała tyrozyna, wzmagając jednocześnie działanie tyroksyny w tym kierunku. Tyrozyna sprzyja w obecności jodu odbudowie tyroksyny w gruczole tarczowym.

W dalszym ciągu dla stwierdzenia obecności tyroksyny we krwi chorych na Basedow'a posługiwano się metodą Reid-Hunta. Podobnie jak tyroksyna, surowica chorych na chorobę Basedow'a wywoływała utratę glikogenu w wątrobie myszy. Takie same działanie ma surowica dotkniętych Basedowoidem i innymi poronnymi postaciami.

Na zasadzie obliczeń, wynikających z tych doświadczeń, autor wyprowadza wniosek, że we krwi chorych na chorobę Basedow'a jest jakieś ciało, które działanie tyroksyny niepomniernie zwiększa.

St. Luxemburg.

ZONDEK i KOEHLER. *O wyniszczeniu pochodzenia mózgowo-przysadkowego.* (Wraczebn. Obozrenje, 1928 N. 10).

Główne znaczenie w powstawaniu wyniszczeń na tle zaburzeń wydzielania wewnętrznego autorzy przypisują tarczycy i przysadce, gruczoły płciowe mają znikomą rolę. Hormony tarczycy i przysadki grają rolę katalizatorów w procesach utleniania wewnątrzkomórkowego. Wyniszczenie pochodzenia przysadkowego zależy może bądź od niedomogi czynnościowej samej przysadki, bądź od rozkojarzenia związku między nią a ośrodkami przemiany materji w podwzgórzu (*hypothalamus*). Wyniszczeniom tego pochodzenia towarzyszą zawsze zaburzenia w przemianie wodnej i soli, a odpowiednie odżywianie chorego nie wpływa na poprawę jego stanu. Jednym z czynników, działających regulująco na wspomniane ośrodki, jest ciśnienie wewnątrzczaszkowe (konieczność dalszych badań). Wahania w przebiegu wyniszczenia zjawiać się mogą w zależności od wpływu czynników naczynioruchowych (*menstrualio*). W przypadkach wyniszczeń nieznacznej stopnia główną rolę ogyrywają ośrodki przemiany materji.

Leczenie: wyciągi przysadkowe i adrenalina.

K. Chodkowski.

J. R. CAMPBELL i N. L. BLUMGART. *O leczeniu moczówki prostej wyciągami przysadki.* (Am. J. Med. Sciences Tom 17. Z 6, 1928).

W ośmiu przypadkach autorzy stwierdzili, że wyciągi z tylnego płata przysadki mózgowej, zarówno w podawaniu podskórnym jak i w podawaniu śródnosowym, były jednakowo skuteczne w sensie zmniejszenia ilości pobieranych płynów i oddawanego moczu.

Zwracają uwagę na konieczność głębokiego wprowadzania tamponu, zmoczonego wyciągiem przysadkowym do jamy nosogardzielowej.

Choroby kości i stawów.

∞ Prof. P. PITZEN. *Diagnose der beginnenden Knochen- und Gelenktuberkulose.* str. 108, tablic 81. Wydawnictwo Otto Gmelin. Monachium, 1929 10 R. Mk.

Lekarz naczelny monachijskiej kliniki ortopedycznej, prof. Pitz en wychodzi z zasady, że racjonalna interwencja chirurgiczno-ortopedyczna wtedy tylko liczyć może na idealne wyleczenie gruźlicy kostno-stawowej, na *restitutio ad integrum*, gdy choroba zostaje bardzo wcześniej rozpoznana. To też leczenie wielomiesięczne, a nieraz kilkuletnie, świeżem powietrzem i absolutnem unieruchomieniem stawu i kości winny wkraczać nie wtedy, gdy lasecznik Kocha w stawie potwierdza domysł djagnostyczny, lecz o wiele wcześniej. Należy wykorzystać wszelkie możliwości i badania pomocnicze, ułatwiające wczesne rozpoznanie, jak badanie szybkości opadania krwinek, wyniki wpływu tuberkuliny, wyniki poszukiwań bakterjologicznych i radiograficznych zapomocą ulepszonych djafragm, jak Bucky-blende i t. p.

Wszystko to zebrał umiejętnie i wyłożył przystępnie autor w książce swej, wychodząc z zasady, że przemawia do szerszego ogółu lekarzy — nie specjalistów, głównie podkreślając rozpoznanie w dziedzinie zapaleń stawowych i zapalenia kręgow gruźliczego, oraz różniczkowanie tego ostatniego (*spondylitis osteomyelitis, typhosa, syphilitica, actinomycotica, rachitica, osteomalacia, deformans, ankylorhectica, syringomyelia, tabica, neoplasmatice, fibrocystica, traumatica*).

Szczególnie cenne jest załączenie atlasu, zawierającego 80 z górą radiogramów na glansowanym bristolu ze schematami i objaśnieniami.

H. Higier.

WULFSOHN H. Zapalenie kości i okostny kręgow szyjnych na tle kiły. (D. m. W. N. 5 1929 r.).

Autor opisuje przypadek zapalenia kości i okostny 4 i 5 kręgu szyjnego na tle kiły, leczony około jednego roku jako reumatyzm; charakter nocny bólów w zestawieniu z wynikiem badania promieniami Roentgena pozwoliły ustalić właściwą etiologię.

S. Luxemburg.

F. PICK. Próby leczenia gośćca preparatami złota. (Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 37 — 1927).

Pomyślnie wyniki, osiągane przy leczeniu spraw zakaźnych solami różnych metali, skłoniły autora do wypróbowania wpływu soli złota na schorzenia gośćcowe. Jako z preparatu złotowego korzystał autor z trifu (sól sodowa kwasu aurotiobenzimidazol karbonowego), znanego z lecznictwa gruźlicy.

Spostrzeżenia autora dotyczą 19 przypadków gośćca ostrego lub podostrego, w poszczególnych przypadkach powikłanego zajęciem wsierdza lub osierdza oraz objawami *erythema nodosum*. Trifu wstrzykiwano w dawkach wzrastających od 0,0025 do 0,1. Dawka początkowa wynosiła przeważnie 0,01. Liczba zastrzyków wahała się od 2 do 7, dokonywanych z przerwami dwu lub tygodniowymi.

W pomyślnie reagujących przypadkach poprawę stwierdzano już po kilku lub kilkunastu godzinach. Wpływ na ciepłotę i na bóle niezawsze okazywał się równoległy. U 8 chorych stwierdzono szybkie i trwałe wyleczenie; przypadki te dotyczą przeważnie stanów z niską i od niedawna istniejącą podwyższoną ciepłotą. W 5 przypadkach poprawa była tylko przejściowa, 5 wreszcie przypadków nie reagowało na trifu wcale.

Na współistniejące w 8 przypadkach zajęcie wsierdza lub osierdza leczenie złotem widoczniejszego wpływu nie wywarło. Na zmiany skórne natomiast, w 2 przypadkach powikłanych przez *erythema nodosum* trifu okazał wpływ bardzo pomyślny, usuwając wykwity skórne szybko i bez śladu.

J. Typograf.

M. LETULLE, L. BAZY. O torbielach nadgarstka zwanych „maziówkowemi”. (An. d'anat. pathol. et d'anat. normale méd.-chir. 1928, XII, str. 937).

Dawniej uważano torbiele spotykane w okolicy stawów i pochewek ścięgniastych (najczęściej w nadgarstku), za przepukliny maziówki. Nigdy jednak nie znajdowano połączenia maziówki stawowej z torbielą, lub chociażby szczątków zarośniętej „nóżki” rzekomej przepukliny.

L. i B., badając liczne przypadki operacyjne, doszli do wniosku, że powstawanie torbieli nadgarstka zależy nie od zmian anatomicznych, lecz od swoistego zwyrodnienia tkanki oporowej (zwyrodnienie to może powstać w wielu miejscach ustroju). Chodzi mianowicie o zwyrodnienie „galaretowate, śluzowate” przede wszystkim zbitej bliznowatej tkanki łącznej, w mniejszym stopniu tkanki tłuszczowej, mięsnej i chrzęstnej. Zmieniona śluzowata tkanka rozpada się, dzięki czemu tworzą się torbiele. Skłonnością tkanki do zwyrodnienia tłumaczy się tak często spostrzegane nawroty po doszczętnem wycięciu torbieli. Badanie histopatologiczne nie daje żadnych wskazówek co do przyczyny rozplywania się śluzowatej tkanki łącznej; wszyscy badacze podkreślają brak objawów zapalnych.

Zaszczepianie zmiażdżonych torbieli morskim świnkom nie wywoływało ani tworzenia się torbieli, ani zmian gruźliczych (niektórzy uważali torbiele nadgarstka za sprawę gruźliczą).

Pracę ilustruje 9 bardzo ładnych rycin z preparatów mikroskopowych.

A. Siedlecka.

Choroby nerwowe i psychiczne.

LOEVENHART, LORENZ i WATERS. O zwiększeniu pobudliwości mózgowej. (J. am. Med. ass. tom 92, Nr. 11 rok 1929).

Cjanek sodu, wprowadzony śródżylnie w odpowiednich dawkach, wywołuje podniecenie mózgowe w pewnych psychozach z zahamowaniem, jednakże ze względu na wielkie niebezpieczeństwo tego postępowania jest znacznie dogodniej stosować mieszaninę dwutlenku węgla i tlenu do wziewania.

Tą drogą udaje się przywrócić prawie normalną pobudliwość mózgową na czas od 2 do 25 minut.

Widać z tego, że proces ten zmienia głęboko istotę komerek nerwowych i ma doniosłe znaczenie dla poznania sprawy chorobowej w całym szeregu psychoz, kiedy porozumienie się z chorym jest w zwykłych warunkach niemożliwe.

B. G.

B. DATTNER. Analiza somatogenezy nerwic. (Klinische Wochenschrift Nr. 12. 1929).

Niewiele dotąd znana jest postać małowartościowości szerzej pojętego układu krążenia, obejmującego według Krogha i Eppingera nie tylko serce, naczynia i kapillary, ale i ośrodki mózgowe i tkanki obwodowe z ich rozległym aparatem wewnątrz-oddechowym. Niedomoga wrodzona lub nabyta tego całego układu prowadzi do asfiksji wewnętrznej i anoksemii wskutek braku dowozu tlenu do tkanek, co ma być, według Dattnera, jednym z głównych czynników genetycznych nie tylko uczucia opresji i strachu w chorobach serca i płuc, znacznej otyłości i niedokrewności, ale też każdej psycho-nerwicy lękowej, dającej stale obok uczucia lęku i przygnębienia naczyniowo uwarunkowane parestezje, drętwienia i niespokojny przerywany sen, a wszystko to zależne w ostatnim rzędzie od dysharmonji acydozy i alkalozy tkanek, odbijającej się na czynności odpowiednich ośrodków roślinnych, zwłaszcza oddechowych i sercowo-naczynioruchowych.

Liczne przykłady z interny (kardiologii) z fizjologii popędów i instynktów, odruchów skombinowanych (głód, pragnienie, ziewanie) i z psychjatrii (stany depresyjne, melanco-

lijne, przymusowo - natrętne) zdają się popierać oryginalną myśl somatogenetyczną, którą autor już przy innej sposobności wypowiedział w zarysie przed kilku laty.

H. Higier.

C. v ECONOMO. O chorobach następnych po zapaleniu mózgu śpiączkowym. (Ther. d. Gegenw. Nr. 12. 1928).

Śród następstw śpiączki wymienia autor t. zw. Parkinsonis. mus, który objawowo zupełnie przypomina prawdziwy zespół Parkinsona czyli t. zw. *paralysis agitans*. Choroba rozpoczyna się powoli, częstokroć utratą mimiki twarzy czyli t. zw. maskowatością twarzy; może się zatrzymać w każdym okresie lub też doprowadzić do zupełnej niedołężności i śmierci z wyczerpania.

Na wiosnę a szczególnie latem pacjenci tacy czują się lepiej, zaś w miesiącach zimowych występuje zazwyczaj pogorszenie.

Istota cierpienia leży w schorzeniu zwojów podkorowych. Zjawiska te występują nawet w przypadkach bez parkinsonizmu, co dowodzi, że jest to następstwo zapalenia mózgu śpiączkowego. Przez przeszczepianie na zwierzęta można w miejscach tych wykazać zarazki przez długi jeszcze czas.

Co się tyczy leczenia, to jest ono, niestety, mało skuteczne, szczególnie jeśli chodzi o objawy parkinsonowskie.

Zakażenie encefalityczne zwalcza się za pomocą zastrzykiwań wóródźlonych przetworów jodowych, ewentualnie z jednoczesnem stosowaniem wakcyneuryny. Chory dostaje co tydzień 2 — 3 razy po 100 cm.³ roztworu Pregla aż do ilości 1 — 2 litrów łącznie. Jednocześnie domięśniowo wakcyneurynę w dawkach wzrastających.

Można także stosować inne przetwory jodu.

Przeciw skurczom podaje się najlepiej skopolaminę 3 — 9 decimgr. dziennie oraz atropinę 1 — 3 mgr. dziennie.

Należy dbać o należyte odżywianie chorego, unikając jednakże nadmiaru.

Niekiedy dobrze działają duże dawki arseniku.

Drugą grupę schorzeń poencefalitycznych stanowią pseudo psychopatie.

Najczęściej występuje ta postać u osobników młodocianych. Takie dzieci różnią się od niedorozwiniętych brakiem defektów umysłowych, od t. zw. moral insanity zaś rozumieniem swego stanu chorobowego oraz nadmierną popędlivością.

Osobniki takie stają się niebezpieczne dla otoczenia i wymagają zamknięcia w zakładach specjalnych.

Leczenie w tych razach jest jeszcze mniej skuteczne aniżeli w poprzedniej grupie. Czasem naświetlania okolicy przysadki mają pewien wpływ dodatni.

B. G.

F. KROEMER. W sprawie mongolizmu i dokrewnopochodnych niedorozwojów umysłowych dziatwy. (Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie 188. Z. 4. 1929).

Autor przed przystąpieniem do systematycznego leczenia określa w przybliżeniu za pomocą reakcji zaczynowej $A b d e r h a l d e n a$ te gruczoły wewnątrzsekrecyjne, które są tknięte przez chorobę, a następnie naświetla je wraz z czaszką twardemi promieniami Roentgena. Osiągnięte wyniki przy zastosowaniu tego *panaceum* na wszelkie organopatie mózgowe mają być doskonałe.

H. Higier.

Choroby oczu.

ARCHANGELSKI. Grzybek pleśniaka pod siatkówką, imitujący bąblowca. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. T. 81 1928.)

Autor podaje przypadek, rozpoznany jako bąblowiec podsiatkówkowy u 42-letniego mężczyzny, u którego badanie dna ocznego dało obraz następujący: ciało szkliste w tylnych częściach zmętniałe, granice tarczy zatarte, obrzęk siatkówki dookoła nerwu wzrokowego, od dołu i nazewnątrz od brodawki nerwu wzrokowego wystający pęcherz owalnej formy z przechodzącymi ponad nim naczyńkami siatkówki, w środku pęcherza widoczny był biały punkt. Mroczek środkowy.

Zabieg operacyjny dał wynik ujemny — pasorzyta usunąć się nie udało.

Po kilku dniach wobec pogarszającego się stanu oka: silnych bólów, wytrzeszczu i utraty wzroku dokonano wyluszczenia gałki ocznej.

Badanie mikroskopowe wykazało, co następuje: na naczyniówce we wszystkich warstwach wytwórczy rozlany stan zapalny z zaczopowaniami naczyńkami, w ciałku szklistem ogniska ropne, wśród których wykazać się dają nitki pleśniaka, w okolicy pęcherza siatkówka naderwana, skręcona w tem miejscu spiralnie, pod naczyniówką wylew krwawy oraz wał leukocytowy, otaczający kłębek nitek pleśniaka. W pobliżu nacieku leukocytoznego liczne rozgałęzienia *mycelium*. W 2-ch miejscach stwierdzono przebicie *membranae elasticae* naczyniówki. Spor ani sporangij nie znaleziono.

Autor na podstawie powyższego wyniku badania anatomiczno-patologicznego dochodzi do wniosku, że gałka dotknięta została schorzeniem na skutek przedostania się pleśniaka drogą krwionośną. Ze względu na obecność barwnika uważa go za *aspergillus fumigatus*.

N. Essigman.

KESTENBAUM i EIDELBERG. Nastawczość a oddziaływanie źrenic na zbieżność. (v. Graef. Arch. f. Ophthalmol. 1928 Tom 121. zes. 1.)

Poglądy na współzależność odruchów źrenic a nastawczości i zbieżności nie są ostatecznie wyjaśnione. Jedni uzależniają odruchy źrenic od nastawczości, inni od zbieżności lub wreszcie uważają je za ruchy współrzędne. Autorzy uważają, że odruchy źrenic są zależne wyłącznie od zbieżności. Dla potwierdzenia tego poglądu przeprowadzili oni szereg badań, wyłączając lub wzmacniając nastawczość bez zmiany kąta zbieżności lub odwrotnie. Doświadczenia te dowiodły, że nastawczość bez odpowiedniej zbieżności nie wywołuje odruchu źrenic, a niekiedy jest nawet niemożliwa. Rozpatrując przypadki patologiczne, autorzy stwierdzają, że porażenie zbieżności znosi odruchy źrenic, podczas gdy w porażeniu nastawczości odruchy te są tylko wówczas zniesione, gdy wskutek niemożliwości naprz. czytania niema również i zbieżności. Przy zachowanej zbieżności niema prawdziwej nieruchomości źrenic, a tylko rzekoma, spowodowana bądź to jednoczesnem osłabieniem zbieżności lub nastawczości a wskutek tego i zbieżności; natomiast zachowanie nastawczości nie wyłącza nieruchomości źrenic, zależnej być może od braku zbieżności.

Mechanizm zbieżności autorzy łączą z czynnikami optycznymi (widzenie pozaplamkowe ze zjawianiem się podwójnych obrazów), mechanizm nastawczości od widzenia w kołach rozproszenia i dążności do wyraźnego widzenia. Obydwa ruchy mogą się wywoływać wzajemnie.

W. Arkin.

Wskazówki praktyczne.

Hogival, hormon płciowy kobiety (fabr. przetworów chemiczno-farmaceutycznych w Hamburgu), zdaniem *Herschena*, działa najlepiej we wtórnym i krótkotrwałym braku miesiączki. Dobre są również wyniki w przypadłościach klimakterycznych. W braku miesiączki pierwotnym na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych można liczyć na wywołanie miesiączki dopiero po dłuższej kuracji wzmacniającej. (D. m. W. 1929 N. 24).

Bartholinitis gonorrhoeica leczy z powodzeniem *Loeb* zastrzykami domięśniowymi świeżo gotowanego mleka. Co 3 dzień zastrzykuje się 5 — 10 ctm³ mleka. Z wyjątkiem postaci ropnych żadnego leczenia miejscowego *L.* nie stosuje. (D. m. W. 1929 N. 22).

Zapalenie cewki moczowej po diatermii spostrzegali *W. Joseph* i uważa je za następstwo przegrzania, widywał bowiem takie zapalenia często w czasie wielkich upałów letnich. Należy przeto podczas stosowania diatermii w przypadkach *lumbago* trzymać przednią katodę w pewnej odległości od spojenia łonowego. Zapalenie cewki ustąpiło po iniekcjach: *Rp. Bismut. subnit. 3,0; Aq. dest. ad 200,0.* (D. m. W. 1929 N. 24).

Podczas epidemii zapalenia migdałków (*anginy*) spostrzegali *Csépai* na 11 przypadków tego cierpienia 4 u dotkniętych chorobą *Basedowa*. Zapalenie migdałków ma często występować u dotkniętych chorobą *Basedowa*, a wyłuszczenie migdałków ma wpływać dodatnio na objawy tej choroby.

(Kl. Woch. 1928 N. 51).

Przypadek wyleczenia choroby *Addissona* po wszczepieniu nadnercza opisuje *Reinhart*. Wyleczenie trwa już rok cały.

(M. m. W. 1928 N. 24).

Według *Bascha* najlepszym środkiem przeciwko *aftom* jest *neosalvarsan*. 0,15 tego środka rozpuszcza się w ampułce i pendzluje się tym roztworem dwukrotnie wykwitły. W przypadkach, mających tendencję do rozszerzania się, udaje się powstrzymać występowanie wykwitów przez zapendzlowanie całej jamy ustnej. Jeżeli pod wpływem tego leczenia choroba nie ustępuje w ciągu dni pięciu, należy podnieść dawkę do 0,3.

(D. m. W. 1928 N. 29).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Posiedzenie z d. 27 marca r. 1929.

Z. Tennenaum demonstrował chorobę z gruzlicą migdałka lewego oraz części górnej podniebienia. Sprawa przebiega szybko, albowiem w przeciągu dwóch tygodni posunęła się bardzo.

W dyskusji *Rechniowski* zaznacza, że takie daleko posunięte sprawy najczęściej spotyka się w gruzlicy rozpadowej płuc; przypuszcza dalej, że w przypadku demonstrowanym, ognisko gruzlicze na migdałku powstało przez przeniesienie zarzków drogą naczyń krwionośnych.

Rechniowski wygłasza wykład: „O leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka i dwunastnicy”.

Zaznaczywszy na wstępie zacofanie nasze w porównaniu z Zachodem w sprawie stawiania wskazań do leczenia chirurgicznego wrzodu żołądka i dwunastnicy, prelegent ilustruje to przykładami z własnej praktyki, gdzie nawet wskazania życiowe nie były wstanie przekonać ani internistów, ani tembardziej chorych, aby poddali się leczeniu chirurgicznemu.

R. objaśnia zacofanie to powolnym wogóle przenikaniem na kontynent Europejski odnośnych idei, zapoczątkowanych w Anglii i Stanach Zjednoczonych Ameryki. Stwierdza dalej stopniową pod tym względem poprawę w Polsce i przodującą w tej sprawie stanowisko Małopolski.

Wzywa wreszcie mniejsze ośrodki miejskie, by dotrzymały kroku ośrodkom większym w pochodzie ku doskonalszym formom leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Zgodnie z *Pauchetem* uważa *R.* za kwalifikujące się do leczenia chirurgicznego te przypadki, gdzie wrzód żołądka, względnie dwunastnicy przeszedł w stan przewlekły, czego wyrazem anatomicznym jest przejście zapalenia prawie zawsze towarzyszącego wrzodowi (*gastritis glandularis hypertrophica* — *Dąbrowska*), ze śluzówki na warstwę mięśniową, a szczególnie na tworzy nerwowe w mięśniówce tej położoną i, o ile chodzi o część przyodźwiernikową, zawiadującą czynnością wydzielniczą i ruchową całego żołądka; schorzenie tych tworów nerwowych podtrzymuje w drodze wpływów troficznych wrzód, nie pozwalając na zablźnienie. Klinicznie to przejście w stan przewlekły charakteryzuje się upartym trwaniem wrzodu, nie poddającego się dżecie, ani środkom wewnętrznym, a częściej ciągłymi nawrotami przedzielnymi okresami zdrowia pozornego, które to okresy dają asumpt internistom do oceniania liczby wyleczeń trwałych przy leczeniu wewnętrznym na 50 — 89%, liczby, których smutne fakty znienacka występujących śmiertelnych krwotoków lub przedziurawień u „wyleczonych” zadają kłam. Jedynie t. zw. wrzody ostre, w których zapalenie części

przyodźwiernikowej nie przeszło jeszcze na elementy nerwowe ściany żołądka, mogą się poddać leczeniu wewnętrznemu, przyczem — zdaniem *Zaorskiego* — na zablźnienie wrzodów tych wystarcza 8—12 tygodni. Jeżeli po tym czasie występują nanow objawy chorobowe, dowodem to, że wrzód przeszedł w stan przewlekły, i wtedy jedynie wskazane jest leczenie operacyjne, gdyż w przeciwnym razie grozi choremu nieraz po całym szeregu lat cierpień, albo przedziurawienie śmiertelne albo takież krwotok, albo zwyrodnienie rakowe wrzodu (13—15% — *Pauchet*), albo — co pierwsza wykryła w swych badaniach anatomo-patologicznych *Janina Dąbrowska* — postępująca niedomoga wątroby, trzustki i nerek. Tak sprecyzowane wskazania mogą jeszcze podlegać dyskusji pomiędzy internistami i chirurgami. Wskazaniami bezwzględnie do operacji, nie podlegającymi dyskusji, będą: częste i obfite, zagrażające życiu krwotoki, zwężenie odźwiernikowe lub śródżołądkowe, ostre przedziurawienie żołądka, ograniczone sprawy ropne okołożołądkowe.

W leczeniu chirurgicznym wrzodów żołądka, pominiawszy miejscowe wycinanie lub wypalanie (*Balfour*), które powoli wychodzą już z użycia, konkurują pomiędzy sobą dwie metody: 1) zespolenie żołądkowo-jelitowe (*gastro-entero-stomia*) i 2) częściowe wycięcie żołądka wraz z odźwiernikiem i częścią przyodźwiernikową (*gastro-pylor-ectomy partialis*). *Gastro-entero-stomia* miała i ma dotąd wielu zwolenników (*Teodor Kocher*, *Hartman*, bracia *Mayo*), według których daje ona od 50—80% wyników dobrych. Przeciwnicy zarzucają jej, że daje ona wyniki przejściowe, nie zabezpiecza przed następczymi krwotokami i przedziurawieniem i w 60—65% wogóle zawodzi (*Hollbaum*).

Gastro-pylor-ectomy partialis, jako metoda operacyjna, zdaje się uzyskiwać przewagę nad zespoleniem, a to dzięki ulepszonej technice i wcześniejszemu operowaniu, co zredukowało dużą początkowo jej śmiertelność pooperacyjną z 20-30-50% do 2-3%. Zaletą jej jest, że usuwa ona odźwiernik i część przyodźwiernikową, a więc w myśl powyżej powiedzianego — czynnik, podtrzymujący wrzód, co jest ważniejsze, niż wycięcie samego wrzodu; to ostatnie — oczywiście — dokonywa się razem z wycięciem odźwiernika i części przyodźwiernikowej, o ile wrzód te właśnie części zajmuje; w przeciwnym razie — wrzód pozostaje, lecz dzięki usunięciu odźwiernika i części przyodźwiernikowej i radykalnie zmienionym wskutek tego warunkom wydzielniczym i ruchowym żołądka — goi się on szybko. Statystyka wycięć częściowych żołądka wykazuje 80 — 90% wyleczeń trwałych. W leczeniu wrzodów dwunastnicy typowym zabiegiem będzie zespolenie żołądkowo-jelitowe (*gastro-entero-stomia*), połączone lub nie — z wycięciem lub wypaleniem miejscowym lub wreszcie — obszyciem samego wrzodu; metoda ta daje według *Paucheta* 75% wyleczeń; w razie braku poprawy należy wykonać następczo wycięcie odźwiernika i części przyodźwiernikowej (*Finsterer*).

Stosowane od niedawna wycięcie częściowe dwunastnicy (*duodenectomy*) jest zabiegiem ciężkim, wymaga dobrego wyszkolenia ze strony chirurga i sprzyjających warunków anatomicznych.

W dyskusji Sz. Tennenbaum zaznacza, że przyczyną sporu pomiędzy internistami a chirurgami w sprawie leczenia wrzodu żołądka jest ciemna dotąd etiologia tego cierpienia i niepewność skutków zabiegu operacyjnego.

Szokalski komunikuje o przypadku wrzodu żołądka, wyleczonego trwale dzięki rezekcji żołądka.

Szorr mówi o wybieralności wrzodów, nadających się do leczenia chirurgicznego lub wewnętrznego i twierdzi, że Roentgen doskonale rozróżnia wrzody powierzchowne i głębokie.

Odpowiadając, Rechinowski zaznacza, że statystyka wykazująca 91% trwałych wyleczeń wrzodów po rezekcjach żołądka przy 50% wyleczeń trwałych przy leczeniu wewnętrznym mówi sama za siebie. Często wskazaniem do zabiegu chirurgicznego będzie położenie socjalne chorego i niemożność prowadzenia długiego i kosztownego leczenia wewnętrznego.

Następnie balotowano kandydaturę do Towarzystwa kol. Szorrra. Wszystkimi głosami kol. S. został przyjęty w poczet członków Towarzystwa. Szorr demonstrował rentgenogram *uchyłku przelyku* wielkości głowy dziecka.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Vincent (akad. nauk, maj r. b.) zachwala *wyniki lecznicze, otrzymane z nową surowicą przeciwpaciorkowcową*. W tym celu autor posiłkował się specjalnymi gatunkami paciorkowców, hodowanymi na podłożach, na których dają one bardzo bogate i zjadliwe hodowle. Dzięki temu surowica ta daje nieoczekiwane wyniki. W 24 — 48 godzin otrzymano np. nagły spadek ciepłoty w bardzo ciężkiej róży wraz ze zniknięciem objawów miejscowych. Podobnie ma szybko ustępować gorączka połogowa i t. p.

(Pr. méd. Nr. 53).

Nowy odczyn *śródkórny na jad durowy* opisali Arloing, Dufourt i Pujos (akad. lek. czerwiec r. b.), posiłkując się w tym celu przesączem jadu durowego przez świecę 13, następnie ogrzewanym przez godzinę w cieplecie 58°, a także przesączem hodowli rozpuszczonej przez silnego bakteriofaga. Odczyn jest dodatni u osobników, którzy nie przechodzili duru, w czasie choroby i u świeżych ozdrowieńców, wreszcie u niedostatecznie uodpornionych. Odczyn jest stałe ujemny 15 do 20 dni po zdrowieniu. Niekiedy w 21 do 30 dni po chorobie odczyn stał się dodatni, co dowodziłoby, że odporność nabyta, naturalna, czy po szczepieniu powoli słabnie i nawet znika. (Pr. méd. Nr. 53).

Maréchal przypomina na ten samem posiedzeniu akad. lek. w Paryżu, że *sok żołądkowy psa* najbardziej przypomina sok ludzi, że stosowanie soku psiego *daje dobre wyniki u chorych zimniczych, gruźliczych i w pewnych dyspepsjach u starców*.

(Pr. méd. Nr. 53).

Boquet, Negre i Valtés stwierdzili na świnkach morskich (tow. biol. paryskie czerwiec r. b.), że *prutki gruźlicy*, wprowadzone w dawce 3 milig. pod skórę tylnej łapki, *szybko się rozchodzą po ustroju*, dosięgając po 15 minutach gruczołów podkolanowych i pachwinowych, i od 30-ej minuty przedostają się do krwiobiegu w ilościach stale wzrastających.

(Pr. méd. Nr. 53).

Pierre Merle na posiedz. czerwcowem tow. lek. szpitali paryskich opisał przypadek *choroby Hodgkina z wynikiem dodatnim przeszczepienia gruczołu ziarnistego*. Była to chora 45-letnia z długotrwałą gorączką i wysiękiem opłucnowym dwustronnym, z objawami otrzewnowymi, wyglądającymi na gruźlicę. Zespół Hodgkina wystąpił nieco później z bardzo silnym swędzeniem. Badanie gruczołu stwierdziło liczne komórki Sternberga i nieobecność zmian gruźliczych. Natomiast zaszczepienie tego gruczołu śwince spowodowało u zwierzęcia tego gruźlicę. (Pr. méd. Nr. 53).

Z j a z d y.

Zjazd pielęgniarski.

Jesienią r. 1928 odbył się w Rzymie z okazji międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego zjazd międzynarodowy pielęgniarski.

Myśl nawiązania stałego kontaktu między pielęgniarkami różnych krajów w celu wzajemnej pomocy w pracy nad rozwojem pielęgniarstwa powstała w Ameryce w 1893 r. podczas urządzania działu pielęgniarstwa na powszechnej wystawie w Chicago. W 1899 r. została zawiązana Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, do której weszły przedstawicielki Anglii, Ameryki, Australii, Danii, Kanady i Nowej Zelandji. Zatwierdzony w rok później statut przewidywał, że członkami Rady mogą być narodowe organizacje pielęgniarskie, które grupują pielęgniarki o pewnym poziomie wykształcenia zarówno zawodowego, jak i ogólnego i które dają rękojmię należytego rozwoju pielęgniarstwa na terenie swojej działalności.

Główne biuro Rady mieści się w Genewie; jest ono stałym łącznikiem pomiędzy członkami, prowadzi ożywioną korespondencję z poszczególnymi związkami narodowymi pielęgniarskimi oraz wydaje organ Rady miesięcznik I. C. N. (International Council of Nurses), redagowany w językach angielskim, francuskim i niemieckim.

Zebrania Rady, tak zwanej Wielkiej Rady, w której skład wchodzi po 5 delegatów z każdego kraju, w tem z urzędu przewodnicząca narodowego stowarzyszenia pielęgniarek, odbywają się okresowo, zwykle co 4 lata, i połączone są z kongresami, w których biorą udział oprócz przedstawicieli również jaknajliczniej członkinie stowarzyszonych organizacji. Na zebraniach Rady układane są wytyczne pracy i wybierani ścisły zarząd, któremu przekazuje się wykonawstwo zarządzeń i uchwał Rady.

Od czasu utworzenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej odbyło się 9 zjazdów: w Stanach Zjednoczonych, Niemczech, Francji, Anglii, Danii, Finlandji i Szwajcarii.

Właściwa praca Rady odbywa się podczas kongresów gdyż u nich następuje wymiana myśli, doświadczeń zdobytych i układanie planów pracy na przyszłość.

Jako tematy obrad, wybierane są zwykle kwestje, żywo obchodzące świat pielęgniarski, jako to: organizacja szkół pielęgniarskich, udział pielęgniarek w służbie zdrowia, ideologia pracy pielęgniarek, ulepszenia metod pracy szpitalnej i społecznej, uproszczenia techniki i t. p. sprawy, wymagające ciągłych ulepszeń i dostosowania do potrzeb chwili.

Polska została przyjęta do Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej w 1925 r. po zorganizowaniu się wewnętrznym w dziedzinie pielęgniarstwa i założeniu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, do którego należą jako członkinie rzeczywiste pielęgniarki, z ukończoną dwuletnią szkołą pielęgniarstwa i złożonym egzaminem państwowym.

Mającą odbyć się w Rzymie międzynarodowa konferencja przeciwgruźlicza, która zainteresowała również pielęgniarki, biorące coraz liczniejszy udział w walce z gruźlicą, nasunęła pielęgniarkom włoskim myśl urządzenia w tymże czasie zjazdu pielęgniarskiego, aby umożliwić uczestniczkom konferencji pielęgniarkom omówienie własnych spraw zawodowych, związanych z tematem konferencji. Zjazd był liczny; były na niem reprezentowane prawie wszystkie z należących do Rady 19-tu narodowości.

W dniu pierwszym zjazdu tematem obrad były „Metody rozwoju zmysłu obserwacyjnego u pielęgniarek, zgodnie ze wskazówkami naukowymi i warunkami socjalnymi“, opracowane przez p. Descovich, Włoszkę, pielęgniarkę społeczną.

Referentka na wstępie zaznaczyła, że nie będzie zajmować się zasadniczymi podstawami rozwoju zmysłu obserwacyjnego, gdyż to wymagałoby sięgnięcia w dziedzinę filozofji i pedagogiki; przedstawi jedynie praktyczne metody, stosowane w szkole W. C. Krzyża w Rzymie. Konieczność umiejętności dobrej obserwacji dla pielęgniarki jest oczywista. Jej praca po-

lega między innymi na obserwowaniu zmian w stanie fizycznym chorego, obserwowaniu jego stanu psychicznego, dokładnem zbieraniu danych statystycznych i t. p. W dziedzinie medycyny zapobiegawczej, gdzie praca polega między innymi na wychwytywaniu wczesnych objawów zmian patologicznych, rozwój zmysłu obserwacyjnego u pielęgniarki jest jeszcze bardziej doniosły. Problemy, wymagające specjalnie tego uzdolnienia, można podzielić na dwie kategorie: te, w których chodzi o syntetyczne ujęcie ustosunkowań rodzinnych i socjalnych, i te, w których chodzi o obserwowanie i uwidacznianie szczegółów, ważnych dla celów dajnostycznych i statystycznych. O ile pielęgniarka nie posiada wrodzonych zdolności obserwacyjnych i intuicji, nie można jej tego nauczyć, lecz za to odpowiednie stosowanie metod pracy może je znakomicie rozwinąć. Podstawy obserwacji otrzymuje pielęgniarka w szkole, gdzie jest przyzwyczajana do specjalnego sposobu myślenia i wnioskowania. Tam również uczy się, co i kiedy może obserwować. Dalsza praca jej polega na przyzwyczajaniu się do obserwowania w praktyce podczas pobytu w szpitalu i instytucjach społecznych. Proces ten przebiega powoli. Przejście od teoretycznych wiadomości o objawach do ich rzeczywistego zauważania i rozróżniania wymaga ciągłej czujności i usilnej pracy zarówno pielęgniarki jak i instruktorki, która winna metodycznie wprowadzać ją do pracy, ułatwiać zapoznanie się z objawami oraz upewniać w osiągniętych rezultatach. Dalszym etapem kształcenia obserwacji jest danie pielęgniarce samodzielnej i interesującej pracy, któraby

podniecała jej energję i ochotę czynu. Nie powinna być jednak pozostawiona sama sobie. Kierowniczką wskazuje jej nowe zainteresowania, wspiera w chwilach zniechęcenia, budzi entuzjazm i skłania do pracy systematycznej według wypróbowanego i przyjętego wzoru.

Pielęgniarka winna rozumieć, że niedosyć jest obserwować dobrze, trzeba jeszcze umiejętnie notować rzeczy obserwowane z dokładnem zdaniem sobie sprawy co do czasu i miejsca, jako materiału do dalszej pracy dla niej i innych.

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność, często niebraną pod uwagę przy kształceniu zmysłu obserwacyjnego, — na stosunek środowiska, z którego pochodzi pielęgniarka, do skali jej zainteresowań. Im środowisko jest inteligentniejsze, tem jej zainteresowania są wszechstronniejsze i tem łatwiej orientować się pielęgniarki w różnorodnych przejawach życia, jakie spotyka w swej pracy.

Najlepszym środkiem do wyrobienia pielęgniarki jest danie jej pracy ciekawej, zorganizowanej tak, aby zmuszała ją do dokładności i notowania rzeczy obserwowanych.

Po dyskusji przyjęto konkluzję, że obserwacja jest umiejętnością, którą można rozwinąć tak, jak inne zmysły, i że zadaniem szkoły jest nauczyć pielęgniarkę „nie tylko patrzeć, lecz i widzieć, nie tylko słuchać, lecz i słyszeć”.

(Dok. nast.).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

Ośrodki Zdrowia.

Mniej więcej przed czterema laty Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) z pomocą finansową Fundacji Rockefellerowskiej rozpoczęło zakładanie Ośrodków Zdrowia. Nasamprzód tytułem próby rozpoczęto tę akcję w kilku t. zw. okręgach wzorowych, a więc w m. Warszawie (Mokotów), w pow. Warszawskim, w pow. Skierniewickim i w pow. Będzińskim. Koncepcja Ośrodka Zdrowia, która na początku tej akcji była niezupełnie jasna, z biegiem czasu nabrała treści konkretnej i obecnie ustalona jest na tyle, że do zadań Ośrodka Zdrowia zalicza się całokształt zagadnień Zdrowia Publicznego na pewnym terenie.

Tak pojęte Ośrodki Zdrowia zostały bardzo przychylnie i z zupełnem zrozumieniem przyjęte zarówno przez czynniki samorządowe, jak i przez szeroki ogół ludności. W roku 1927 Ministerstwo rozpisało konkurs na wzorowe budynki dla Ośrodków Zdrowia, urządzono szereg wycieczek instrukcyjnych dla lekarzy do istniejących Ośrodków, udzielano w niewielkich rozmiarach zapomóg dla powstających nowych Ośrodków i w rezultacie według ankiety z końca roku 1928 jest obecnie 140 czynnych Ośrodków w Polsce.

W przeważnej liczbie tych instytucyj okres organizacyjny nie jest jeszcze ukończony, to jest

nie obejmują one jeszcze całokształtu zagadnień Zdrowia Publicznego na danym terenie, ale co roku przybywa w Ośrodku jakiś nowy dział i praca zatacza coraz szersze kręgi. Jeżeli dalszemu rozwojowi tak szczęśliwie zapoczątkowanej akcji nic nie stanie na przeszkodzie, to już w najbliższych latach Polska pokryje się gęstą siecią Ośrodków Zdrowia, które dopiero dadzą możliwość dotarcia do najszerzych mas z zasadami nowoczesnej higieny, celem polepszenia warunków zdrowotnych tych mas i podniesienia ich na wyższy szczebel kultury ogólnej.

Wykaz Ośrodków Zdrowia czynnych na terenie Rzeczypospolitej według danych z dn. 1.1.1929.

Liczba ogół.	Wyszczególnienie ośrodków zdrowia	Wyszczegół. działów					
		gruźlica	jaglica	choroby wenerycz.	opieka nad matką i dz.	inne działy	
7	M. st. W a r s z a w a :						
	I Stacja Hig. Zapob. Puławska 91	+	+	+	+	+	
	II " " " Górnośląska 26	+	+	+	+	+	
	III " " " Spokojna 15	+	+	+	+	+	
	IV " " " Leszno 69	+	+	—	+	+	
	V " " " Marymoncka 28	+	+	—	+	+	
	VI " " " Nowe Bródno	+	+	+	+	+	
	VII " " " Szczęśliwicka	+	+	+	+	+	

Liczba ogół.	Wyszczególnienie ośrodków zdrowia	Wyszczegół. działów					
		gruźlica	jaglica	choroby wenerycz.	opieka nad matką i dz.	inne działy	
21	Woj. Warszawskie:						
	Pow. Warszawski: Falenica	+	+	-	+	-	
	Henryków	+	+	-	+	-	
	Konstancin	+	+	-	+	-	
	Łomianki	+	+	-	+	-	
	Nieporęt	+	+	-	+	-	
	Okuniew	+	+	-	+	-	
	Piasieczno	+	+	-	+	-	
	Raszyn	+	+	-	+	-	
	Zielonka	+	+	-	+	-	
	Nowy Dwór	+	+	-	+	-	
	Pow. Skierniewicki: Skierniewice	+	+	-	+	+	
	Głuchów	+	+	-	+	+	
	Kowiesy	+	+	-	+	+	
	Puszcza Marjańska	+	+	-	+	+	
	Aleksandrów Kujawski	+	+	-	+	-	
	Lipno	+	+	-	+	-	
	Przasnysz	+	+	-	+	-	
	Pułtusk	+	-	-	+	-	
	Rypin	+	+	+	+	-	
	Włocławek	+	-	-	+	-	
	Sreńsk (pow. Mławski)	-	+	-	+	-	
13	Woj. Łódzkie:						
	Tomaszów (pow. Brzeziński)	+	+	-	-	-	
	Pow. Kolski: Brudzew	+	+	+	-	-	
	Grzymiszew	+	+	+	-	-	
	Pow. Łaski: Dłutów	+	+	-	-	-	
	Łask	+	+	-	-	-	
	Zgierz (pow. Łódzki)	+	-	+	-	-	
	Pow. Sieradzki: Sieradz	+	+	-	-	-	
	Zadzim	+	+	-	-	-	
	Pow. Słupski: Kleczew	+	+	-	-	-	
	Pyzdry	+	+	-	-	-	
	Słupca	+	+	-	-	-	
	Zagórów	+	+	-	-	-	
	Turek	+	+	-	-	-	
15	Woj. Kieleckie:						
	Pow. Będziński: Będzin	+	+	+	+	-	
	Bobrowniki	+	+	+	+	-	
	Czeladź	+	+	+	+	-	

Liczba ogół.	Wyszczególnienie ośrodków zdrowia	Wyszczegół. działów					
		gruźlica	jaglica	choroby wenerycz.	opieka nad matką i dz.	inne działy	
	Pow. Będziński: Dandówka	+	+	+	+	-	
	Dąbrowa Górnicza	+	+	-	-	-	
	Strzemieszyce	+	+	+	+	-	
	Pow. Częstochowski: Kłobuck	+	-	-	+	-	
	Krzepice	+	-	-	+	-	
	Końskie	+	-	-	+	-	
	Opoczno	+	+	+	-	-	
	Pińczów	+	+	-	-	-	
	Radom	+	+	-	+	-	
	Pow. Stopnicki: Busk	+	+	-	-	-	
	Nowy Korczyn	+	+	-	-	-	
	Włoszczowa	+	+	-	-	-	
7	Woj. Lubelskie:						
	Biała	+	+	-	+	-	
	Garwolin	-	+	-	+	-	
	Pow. Hrubieszowski: Dubienka	+	+	+	-	-	
	Hrubieszów	+	+	+	-	-	
	Kryłów	+	+	+	-	-	
	Konstantynów	+	-	-	+	-	
	Tomaszów	+	+	-	-	-	
8	Woj. Białostockie:						
	Augustów	+	+	+	-	-	
	Bielsk Podlaski	+	+	-	+	-	
	Grajewo (pow. Szczuczynski)	+	+	-	-	-	
	Kolno	+	+	+	-	-	
	Łomża	+	+	-	-	-	
	Sokółka	+	+	-	-	-	
	Suwałki	+	+	-	+	-	
	Zabłudów (pow. Białostocki)	+	+	+	-	-	
2	Woj. Wileńskie:						
	Dzisna	+	-	-	+	-	
	Oszmiana	+	+	-	-	-	
3	Woj. Nowogródzkie:						
	Baranowicze	+	+	+	-	-	
	Lida	+	+	+	-	-	
	Słonim	+	+	+	+	-	
3	Woj. Poleskie.						
	m. Brześć	+	+	-	+	-	
	" "	+	+	-	-	-	
	Kobryń	+	-	-	-	+	
2	Woj. Wołyńskie:						
	Kowel	+	+	-	-	-	
	Łuck	-	+	+	-	-	

Liczba ogół.	Wyszczególnienie ośrodków zdrowia	Wyszczególnienie działów				
		gruźlica	jaglica	choroby wenerycz.	opieka nad matką i dz.	inne działy
9	Woj. Poznańskie:					
	Gniezno	+	+	—	—	—
	Krotoszyn	+	+	—	—	—
	Leszno	+	—	—	+	—
	pow. Międzychodzki: Międzychód	+	—	—	+	—
	Sieraków	+	—	—	+	—
	Odolanów	+	+	—	—	—
	m. Poznań	+	—	—	+	—
	Węgrowiec	+	+	—	+	—
	Wolsztyn	+	+	—	—	—
0	Woj. Pomorskie—nihił					
8	Woj. Śląskie:					
	Cieszyn	+	—	—	+	—
	Góry Tarnowskie	+	—	—	+	—
	pow. Katowicki: Katowice	+	—	+	+	+
	Makoszowy	+	—	—	+	—
	Mysłowice	+	—	—	+	—
	Nowa Wieś	+	—	—	+	—
	Siemianowice	+	—	—	+	—
	Pszczyna	+	—	—	+	—
	Woj. Krakowskie:					
10	Biała	+	+	—	—	—
	Bochnia	+	+	—	+	—
	Gorlice	+	+	+	+	+
	m. Kraków	+	—	—	+	—
	Myślenice	+	+	—	+	—
	pow. Nowotarski: Nowy Targ	+	+	—	—	—
	Krościenko	+	+	—	—	—
	Zakopane	+	+	—	—	—
	Ropczyce	+	+	—	—	—
	Żywiec	+	+	—	—	—
	Woj. Lwowski:					
4	Bóbrka	+	—	—	+	—
	Jaworów	+	—	—	+	—
	Przemyśl	+	+	—	+	—
	Sambor	+	+	—	+	—
	Woj. Stanisławowski:					
9	Dolina	+	+	+	—	—
	Horodenka	+	+	—	—	—
	Kołomyja	+	+	+	+	—
	Lisiatycze (pow. Stryjski)	+	—	—	+	—
	Kosów	+	—	+	—	—
	Peczeniżyn	+	—	+	—	—

Liczba ogół.	Wyszczególnienie ośrodków zdrowia	Wyszczególnienie działów				
		gruźlica	jaglica	choroby wenerycz.	opieka nad matką i dz.	inne działy
	Rohatyn	+	+	—	—	—
	Skole	+	+	+	+	+
	Śniatyn	+	—	—	+	—
19	Woj. Tarnopolskie:					
	pow. Borszczowski: Borszczów	+	+	+	—	—
	Jezierzany	+	+	+	—	—
	Mielnica	+	+	+	—	—
	Skała	+	+	+	—	—
	Brody	+	—	—	+	—
	pow. Brzeżański: Brzeżany	+	+	—	+	—
	Kozłów	+	+	—	—	—
	pow. Buczański: Buczac	+	+	—	—	—
	Koropiec	+	+	—	—	—
	Monasterzyska	+	+	—	—	—
	pow. Kopyczyński: Kopyczyńce	+	+	—	+	—
	Probużna	+	+	—	—	—
	Podhajce	+	+	—	+	—
	pow. Przemyślański: Przemyślany	—	+	—	+	—
	Gliniany	—	+	—	+	—
	Łopatyn (pow. Radziechowski)	—	+	—	+	—
	m. Tarnopol	—	—	+	+	—
	Zbaraż	+	+	+	—	—
	Złoczów	+	+	+	+	—
140	Razem	133	110	39	79	15

Zestawienie istniejących Ośrodków Zdrowia według Województw oraz według rodzaju i liczby działów prowadzonych.

Województwo	Liczba ogólna ośrodków Zdrowia	Liczba Ośrodków Zdrowia, obejmujących następujące działy:					Liczba Ośrodków Zdrowia, obejmujących:		
		gruźlica	jaglica	chor. wen.	opieka nad matką i dz.	inne działy	2 działy	3 działy	więcej niż 3 działy
St. m. Warszawa	7	7	7	5	7	7	—	—	7
Warszawskie	21	20	19	1	21	4	3	13	5
Łódzkie	13	13	12	3	—	—	11	2	—
Kieleckie	15	15	12	6	9	—	8	2	5
Lubelskie	7	6	6	3	3	—	3	4	—
Białostockie	8	8	8	3	2	—	3	5	—
Wileńskie	2	2	1	—	1	—	2	—	—
Nowogródzkie	3	3	3	3	1	—	—	2	1
Poleskie	3	3	2	—	1	1	2	1	—
Wołyńskie	2	1	2	1	—	—	2	—	—
Poznańskie	9	9	5	—	5	—	8	1	—
Pomorskie	0	—	—	—	—	—	—	—	—
Śląskie	8	8	—	1	8	1	7	—	1
Krakowskie	10	10	9	1	4	1	7	2	1
Lwowskie	4	4	2	—	4	—	2	2	—
Stanisławowski	9	9	5	5	4	1	6	1	2
Tarnopolskie	19	15	17	7	9	—	10	8	1
Razem	140	133	110	39	79	15	74	43	23

Sprawy zawodowe.

Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1928.

(Dokończenie—p. Nr. 28).

Z powodu powstania coraz w większych ilościach zakładów leczniczych zwłaszcza lecznic dla przychodzących chorych, z których niejedna w walce konkurencyjnej podkopuje powagę stanu lekarskiego, zwrócono się do Ministra Spraw Wewnętrznych z postulatem, aby przedstawiciele Izb byli powoływani do wyrażenia opinii w sprawach zatwierdzania statutów nowych organizacji lekarskich, nowych instytucji lekarskich, jak lecznice, sanatoria, domy zdrowia i t. p. Na konferencji, zwołanej z tego powodu przez Dyrektora Departamentu V-go, przedstawiciele Rządu przychyliłi się do żądania Naczelnej Izby Lekarskiej, prosząc o bliższe zredagowanie okólnika, który mógłby być rozesyłany do Województw. Naczelna Izba Lekarska to uczyniła.

W celu wykrycia czuśtów, zajmujących się praktyką lekarską na podstawie fałszowanych dyplomów zwrócono się do wszystkich Izb, aby zawiadamiały Naczelną Izbę Lekarską o wszystkich wypadkach, kiedy zachodzi podejrzenie, że ktoś wykonywa praktykę lekarską, nie mając po temu uprawnień, a to w celu wystąpienia w każdym takim wypadku do władz z przedstawieniem sprawdzenia dyplomu.

W sprawie ubezpieczeń wzajemnych lekarzy, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej po dłuższym namyśle przyszedł do wniosku, że najodpowiedniejsze dla lekarzy byłoby rządowe ubezpieczenie, ponieważ art. 10 Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych zezwala na prowadzenie działu dobrowolnych grupowych ubezpieczeń. Ostatni ustęp tego artykułu brzmi: „zasady i warunki, na jakich oparte będzie ubezpieczenie dobrowolne, oraz taryfy ubezpieczeniowe określi statut zakładu”. Statut ten ma się ukazać wkrótce w „Monitorze”; gdy to nastąpi, można będzie na podstawie tego statutu prowadzić rokowania z Zakładem Ubezpieczeń.

Naczelna Izba Lekarska w tym roku w dalszym ciągu zajmowała się sprawą lekarzy emerytów, zatrudnionych w Kasie Chorych, którym Izby Skarbowe potrącają z uposażenia emerytalnego pensję, otrzymaną w Kasie Chorych.

Ponieważ niektóre Izby nie znajdują pomocy władz administracyjnych przy egzekwowaniu należnych im pborów od swych członków, przeto zwrócono się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o interwencję w tej sprawie z wynikiem pomyślnym.

Na przytoczone w zesłorocznem sprawozdaniu pismo Min. Spraw Wewn. w sprawie nadzoru nad Izbami przesłano odpowiedź zgodnie z opinią plenum Naczelnej Izby Lekarskiej. Odpowiedź ta została wydrukowana w Nowinach Społeczno-Lekarskich.

Od Min. Spraw Wewnętrznych otrzymano pismo z zawiadomieniem o uchyleniu 5-ciu wyroków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Ponieważ § 38 Ustawy o Izbach głosi, że wyroki Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej są ostateczne, Naczelna Izba Lekarska postanowiła rozporządzenia te zaskarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Z dziedziny zagadnień sadowo-prawnych Naczelna Izba Lekarska rozstrzygała następujące sprawy:

1. Na zapytanie Izby Wileńsko-Nowogródzkiej, czy członek Izby, powołany do służby wojskowej czynnej na przeciąg 15 miesięcy, winien przez ten okres czasu wnosić opłaty izbowe, odpowiedziano, że może być od nich zwolniony, o ile podczas służby wojskowej nie zajmuje się praktyką lekarską.

2. Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy należy

pociągać do odpowiedzialności przed Sądem Izby lekarzy, którzy łamią słowo honoru lub uprawiają fałszywą grę w karty, odpowiedziano, że tego rodzaju sprawy winny być rozpatrzone przez Zarząd, albo przez Sąd Izby.

3. W związku z odwołaniem Polskiego Towarzystwa Radiologicznego od orzeczenia Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, dotyczącego sprawy udziału w pracy lekarskiej w zakładach rentgenologicznych cudzoziemców, nie mających praw wykonywania praktyki lekarskiej w Polsce, odpowiedziano, że cudzoziemcy mogą wykonywać czynności techniczne, natomiast nie mogą być kierownikami zakładów rentgenologicznych i wykonywać z nich praktyki lekarskiej.

4. Gdy Związek Zawodowy Farmaceutów zwrócił się do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej o opinię, czy pożądana jest rzecz, żeby Zarządy Kas Chorych narzucały zgóry sposób ordynowania leków według określonego ramowego szablonu, odpowiedziano, że wszelka schematyzacja w leczeniu chorego sprzeciwia się podstawowym zasadom leczenia i jest szkodliwa dla pacjentów i lekarzy, zwłaszcza młodych. Odpowiedź tę przesłano w odpisie do Okręgowego Związku Ubezpieczeń w Warszawie na tegoż żądanie.

5. Izba Łódzka zwróciła się we wrześniu do Sądu Okręgowego w Łodzi z protestem przeciwko wystawianiu dla Sądu świadectw przez felczerów i prosiła Naczelną Izbę Lekarską o interwencję w tej sprawie. Naczelna Izba Lekarska postanowiła zwrócić się najpierw z zapytaniem do Departamentu V-go Służby Zdrowia, czy felczerzy są uprawnieni do wystawiania świadectw dla Sądu. Dotąd odpowiedzi nie otrzymano.

6. Na zażalenie jednej z Izb na Wojewódzki Urząd Zdrowia z powodu opóźniania się tegoż z przysyłaniem spisu lekarzy dla przygotowania list wyborczych, uchwalono odpowiedzieć, powołując się na art. 3-ci Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich, że urzędy wojewódzkie nie są obowiązane układać spisów lekarzy do przygotowania list wyborczych, natomiast Izby są obowiązane prowadzić spisy wszystkich lekarzy.

7. Z powodu umieszczonej w Biuletynie Nr. 5 Izby Warszawsko-Białostockiej uchwały Rady Izby, narzucającej obowiązek członkom Naczelnej Izby Lekarskiej, wybranym przez Izbę Warszawsko-Białostocką, składania sprawozdań z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej przed Radą Izby Warszawsko-Białostockiej tudzież występującej przeciw rzekomej tajności obrad Naczelnej Izby Lekarskiej postanowiono odpowiedzieć, co następuje:

Naczelna Izba Lekarska składa się nie z delegatów wszystkich Izb, a, zgodnie z brzmieniem art. 8-go p. 2-gi, z przedstawicieli, wybranych przez Rady Izb i to bądź z członków danej Izby, bądź innych Izb w Państwie. Z tego wynika, że Rady Izb Lekarskich są powołane przez ustawę, jako organy wybierające, a nie jako organy, któreby miały swoich delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej. Co do tajności obrad, to chociaż Naczelna Izba Lekarska sama tylko jest władna w tej sprawie decydować, jednak należy stwierdzić, że tajności niema, skoro protokoły posiedzeń i powzięte uchwały i dyrektywy ogłaszane są w pismach lekarskich i przesyłane Izbom. Tajne jest tylko to, co nie może być ujawnione. Oczywiście, Naczelna Izba Lekarska, jako urząd, nie może sprawować swoich obowiązków publicznie, t. j. w obecności osób postronnych. W razie jakichkolwiek wątpliwości Izby mają prawo zwracania się bezpośrednio do Naczelnej Izby Lekarskiej. Organ nadzorczy nie może być dozorowany przez organy mu podwładne.

8. Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy członek Zarządu Izby może być obrońcą, jeżeli Zarząd Izby występuje w roli oskarżyciela, odpowiedziano: Nie może występować w roli obrońcy ten, kto równocześnie sprawuje obowiązki sędziego lub oskarżyciela, nie może również członek Sądu Izby Lekarskiej wogóle przyjmować obrony w tym Sądzie, gdyż zezwolenie na to utrudniałoby układanie kompletu sądowniczego, a nawet podważałoby zaufanie do bezstronności Sądu. Natomiast Zarząd Izby nie jest zasadniczo władzą oskarżającą, ani sądową, jeno samorządno-administracyjną. Ponadto nie może być mowy o solidarnej odpowiedzialności wszystkich członków Zarządu i za powzięte orzeczenia odpowiadają ci tylko, którzy w ich wydaniu uczestniczyli. Z tego wypływa, że członek Zarządu prawnie może być obrońcą. Natomiast, mając na uwadze względy solidarności koleżeńskiej, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej mniema, że nie wypada członkowi Zarządu brać na siebie roli obrońcy nawet w tym wypadku, jeżeli uchwała o przekazaniu sprawy sądowi zapadła podczas jego nieobecności.

9. Z powodu wyrażonego przez jedną z Izb w piśmie jej do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń zapatrywania, że Izba Lekarska nie jest zawodową organizacją lekarską w rozumieniu art. 84-go Ustawy z dnia 19/V—1920 r. o obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, że wobec tego Izba Lekarska nie ma obowiązku wyznaczać swego przedstawiciela do Komisji Pojednawczej do rozstrzygania sporów między Zarządem Kas Chorych a lekarzami, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwróciło uwagę, że podobne zapatrywanie Izby Lekarskiej jest niewłaściwe. Właśnie Izba Lekarska jest organizacją zawodową wszystkich lekarzy bez różnicy przekonań politycznych czy społecznych i ona przeto ma nie tylko prawo, lecz i obowiązek wyznaczania jednego lekarza do Komisji Pojednawczej. Naczelna Izba Lekarska zajęła to samo stanowisko w tej sprawie.

10. Do wiadomości Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej doszło, że w jednej Izbie jeden z członków Zarządu zamieszcza osobiście w posiedzeniach Zarządu nie bierze udziału a zastępuje go stale inny członek Zarządu. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zakomunikował danej Izbie, że, na mocy art. 24-go Ustawy o Izbach, nieobecność na posiedzeniach tylko w ciągu miesiąca pozbawia już członka Zarządu mandatu a stałe zastępstwo w Zarządzie jest absolutnie niedopuszczalne.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej rozpatrzył dużo zażaleń lekarzy na oizeczenia Izb. Prawie zawsze orzeczenia Naczelnej Izby Lekarskiej wypadały na korzyść Izb.

Treścią kilku podań z różnych Izb były starania o zwolnienie od obowiązku należenia do Kas Pogrzebowych. Wpływały też zażalenia różnych osób na lekarzy, przeważnie nieuwzględnione. W Kurjerze Warszawskim pojawiło się oskarżenie lekarzy kasowych o niewłaściwe traktowanie pacjentów. Naczelna Izba Lekarska zwróciła się z tego powodu do Izby Warszawsko-Białostockiej o bliższe zbadanie tej sprawy.

Do Izby Naczelnej zwrócił się Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. z propozycją wspólnego wystąpienia do Departamentu V-go z przedstawieniem w sprawie uchylania się niektórych Kas Chorych od zawierania z lekarzami umów zbiorowych: Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej nie przyjął propozycji, wychodząc z założenia, że sprawy tego rodzaju nie należą do zakresu działalności Izb i że Naczelna Izba Lekarska reprezentuje wszystkich lekarzy w Państwie, a nie tylko Zrzeszonych w Związku Lekarzy P. P., więc, występując razem ze Związkiem, narażałaby się na zarzut pomijania interesów lekarzy, nie będących członkami Związku.

Jedna z Izb zwróciła się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą zatwierdzenia regulaminu konkursów na premję za prace naukowe z dziedziny higieny i medycyny społecznej. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej regulaminu nie rozpatrywał, gdyż Ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich

z dnia 2.XII. 1921 r. nie przewiduje obarczania członków, przymusowo należących do Izb, wydatkami na tego rodzaju cele.

W celu nieordynowania przez lekarzy niedozwolonych do obrotu specyfików, zwrócono się do Departamentu V-go o przysłanie spisu dozwolonych do obrotu specyfików w takim terminie, aby spisy te mogły być wydrukowane w kalendarzach lekarskich na rok 1929. Niestety, spisy te otrzymała Naczelna Izba Lekarska zbyt późno, aby mogły być przesłane do redakcji kalendarzy lekarskich.

W związku ze sprawą utworzenia własnego organu prasowego Izb, podniesioną i omawianą na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 28.I. 1928 r., Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się z zapytaniem do wszystkich Izb, ile każda z nich, w razie powstania własnego organu, mogłaby przeznaczyć rocznie na jego utrzymanie, biorąc pod uwagę dotychczasowe wydatki na komunikaty i ogłoszenia. W odpowiedzi Izba Lwowska zgłosiła gotowość przekazywania rocznie na organ prasowy Izb 2000 złotych, Izba Łódzka 500 złotych, Izba Warszawsko-Białostocka zawiadomiła, że na biuletyny i komunikaty wydała w roku 1927 — 1585 zł. 90 gr. Izba Poznańsko-Pomorska zaś zawiadomiła, że organu prasowego Izb nie potrzebuje, ponieważ „Nowiny Społeczno-Lekarskie” ogłaszają bezpłatnie jej komunikaty. Wobec nieotrzymania odpowiedzi od innych Izb, sprawę przekazano Naczelnej Izbie III-ej kadencji.

Naczelna Izba Lekarska w pierwszym półroczu umieszczała wszystkie komunikaty w „Nowinach Społeczno-Lekarskich”, w 2-iem zaś półroczu, z chwilą przejścia organu do Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P., zgodnie z zastrzeżeniem Zarządu Głównego Związku umieszczała tylko krótkie komunikaty i wzmianki. W początkach czerwca komitet redakcyjny „Medycyny” zwrócił się do Naczelnej Izby Lekarskiej z korzystną propozycją drukowania komunikatów i odbitek komunikatów po cenie kosztu, jeżeli Naczelna Izba Lekarska uzna „Medycynę” za swój organ. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej postanowił przekazać sprawę do rozstrzygnięcia plenarnemu posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej III-ej kadencji.

Nadmienić należy, że Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej w celu łatwiejszego zobrazowania działalności wszystkich Izb za rok 1926 i 1927 postanowił zestawienie tej działalności, opracowane przez D-ra Krzyczkowskiego na podstawie sprawozdań wszystkich Izb, wydrukować na koszt Naczelnej Izby Lekarskiej i wyasygnował 180 złotych.

Na wezwanie Departamentu V-go Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił Izby i redakcje pism o następujących kongresach i kursach dokształcających:

1. O II-im Międzynarodowym Kongresie Radiologicznym w Sztokholmie.
2. O kursach lekarskich w Wiedniu.
3. O X-ym Międzynarodowym Kurcie Lekarskim w Karlowych Warach.
4. O VI-ym Zjeździe Międzynarodowego Związku Przeciwegrzelicznego w Rzymie.
5. O Warszawskim Kursie wyszkolenia dla lekarzy, pragnących wstąpić do publicznej służby zdrowia.

Prócz tego na prośbę władz rządowych czy organizacji samorządowych Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił o wakujących posadach lekarzy. Od Związku Lekarzy P. P. otrzymano zawiadomienie o nieodpowiednich warunkach konkursu na posadę lekarza sanitarnego w Grodnie. Przekazano tę sprawę według kompetencji Izbie Warszawsko-Białostockiej do rozpatrzenia, zgodnie z art. 22-im Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Na prośbę sędziego śledczego i innych władz Naczelna Izba Lekarska dawała wyjaśnienia w sprawach zawodowych.

Z okazji wyborów do ciał prawodawczych wydano

odezwę, nawołującą lekarzy do poczynienia starań w celu umieszczenia na listach wyborczych godnych przedstawicieli stanu lekarskiego.

W końcu należy nadmienić, że Prezes, Dr. Bączkiewicz

1) złożył w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej życzenia noworoczne Prezydentowi Rzeczypospolitej.

2) złożył hołd Tow. Lek. Lwowskiemu z powodu 50-iego lecia jego działalności.

3) był obecny na Zjeździe Hygienistów Polskich we Lwowie.

4) brał udział w otwarciu nowego posterunku Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

5) reprezentował Naczelną Izbę Lekarską na obchodzie 40-lecia „Nowin Lekarskich w Poznaniu.

6) przesłał depeszę z życzeniami D-rowsi Franciszkowi Miłaszewskiemu, członkowi Naczelnej Izby Lekarskiej w Łucku z powodu 25-lecia jego pracy lekarskiej.

7) złożył kartę w ambasadzie francuskiej z okazji święta narodowego Francji.

Wice-Prezes, Dr. Śmiechowski, reprezentował Naczelną Izbę Lekarską na uroczystości inauguracji Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego.

Wice-Prezes, Dr. Wajgiel, witał w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej Zjazd Związku Uzdrawisk Polskich w Warszawie.

Prócz tego przesłano depesze z życzeniami z powodu:

a) I-go Zjazdu Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych w Łodzi.

b) III-go Zjazdu Ogólnokrajowego Przeciwgruźliczego w Poznaniu.

c) Zjazdu Lekarzy Kresowych w Łucku.

d) Zjazdu Lekarzy w Ciechocinku.

Wreszcie przesłano do Izby Poznańsko-Pomorskiej depeszę kondolencyjną z powodu śmierci D-ra Łazarowicza, wiceprzewodniczącego Izby, z prośbą o złożenie wieńca w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Korespondencja.

W Nr. 13 „N. Sp. L.” z dn. 1 lipca zamieszczony został artykuł p. t. „W sprawie Kasy pogrzebowej przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej”, podpisany przez Dr. Krzyczkowskiego, Podczaskiego i Żurakowskiego. Prócz tego Redakcja przedrukowała z „Dziennika Urzędowego Izby” (Nr. 4 i 5 z dn. 10 czerwca r. b.) odpowiedź na ustne i pisemne zapytania Dr. Krzyczkowskiego, zwrócone do Izby bezpośrednio, nadając już od siebie temu przedrukowi charakter odpowiedzi na artykuł, zamieszczony w Nr. 13 „Nowin”. Wobec powyższego stwierdzić muszę, że odpowiedź, dana w „Dzienniku Urzędowym Izby” Dr. Krzyczkowskiemu nie ma nic wspólnego z artykułem drukowanym w „Nowinach”, a jest wewnętrzną korespondencją między Zarządem Izby i jej członkiem, interesującym się pracami Izby. Natomiast artykuł, drukowany w Nowinach, jest już publicznym wystąpieniem trzech członków Izby, wymagającym wyjaśnień publicznych. Pomijam umieszczanie w artykule, podpisanym przez trzech, treści rozmowy, prowadzonej przez jednego, do tego nieścisłe powtórzenie, a i poruszanie spraw, omówionych już w „Dzienniku Urzędowym”. Dla mnie w artykule istotnie ważna jest ta „troska” autorów o sprawność funkcjonowania Kasy Pogrzebowej pod nowym Zarządem, ten „niepokój wśród członków Kasy, szczególnie starszych”, wywołany użyciem czasowym pewnej części funduszu zapasowego na rzecz wynajęcia lokalu dla Izby, ta troska głęboka o fundusze Kasy Pogrzebowej, nie gwarantowane „weksłami” panów członków Zarządu. To publiczne danie wyrazu „niepokojowi” trzech autorów zmusza mnie do publicznego ujawnienia stanu istotnego, czego i ja i cały Zarząd Izby starannie unikaliśmy, nie chcąc grzebać w przeszłości. Zmuszony jednak jestem do tego artykułem trzech autorów.

W dniu 2 stycznia r. b., w chwili przejścia przez nowy Zarząd swych obowiązków, zastaliśmy w kasie sumę, pokrywającą zaledwie 1½ miesięczne budżetowe wydatki Izby oraz perspektywę wyprowadzenia się z lokalu na placu Piłsudskiego z dn. 31 marca, gdyż w dniu tym kończyła się rejentalnie zawarta przez poprzedni Zarząd umowa, a na prolongatę nie godził się właściciel lokalu.

Stan ten groził zawieszeniem działalności Izby i jej części składowej, Kasy Pogrzebowej, z dniem 1/IV b. r. O zebraniu funduszy potrzebnych w dzisiejszych czasach na wynajem lokalu nie było mowy wobec tego, że ustalenie wysokości składek mogło nastąpić dopiero na zebraniu Rady w końcu I kwartału.

W celu wyratowania Izby z sytuacji niezmiernie dla niej przykrej musiała Rada Izby sięgnąć do użycia krótkoterminowego funduszu, znajdujących się w rozporządzeniu Izby, a to tembardziej, że za fundusze Izby — w tym wypadku za fundusz rezerwowi Kasy Pogrzebowej — odpowiada cała Izba.

Użycie tego funduszu w wysokości 15.000 zł. było zagwarantowane całym majątkiem Izby, i, jak wyraźnie uchwała Rady postanowiła, Zarząd Izby miał „pokrywać w ciągu tego czasu (6 miesięcy) wszelkie potrzeby Kasy Pogrzebowej do powyższej kwoty”. Jednak nie trzeba było uciekać się aż do tego, gdyż w przeciągu 3 miesięcy restytuowany został fundusz re-

zerwowi w całości (pozostało bowiem do buchalteryjnego przeprowadzenia przez księgowość 2000 zł., a to na zasadzie wzajemnego rozrachunku między Kasą i Izbą z tytułu prowadzenia przez Kancelarię Izby całej biurowości Kasy).

Legalność tego czasowego użycia części funduszu rezerwowego stwierdziła przed uchwałą Rady Komisja Kasy Pogrzebowej, oparta o orzeczenie Rady Prawnego.

Prócz tego stwierdzić należy, że Kasa Pogrzebowa nie jest odrębną finansową instytucją, nie jest odrębną jednostką prawną, a jest częścią składową Izby.

Troska więc o fundusz rezerwowi Kasy Pogrzebowej, za który odpowiada i tak cała Izba, jest zupełnie nieuzasadniona, jak również i troska o wypłacenie należnych sum wdowom i sierotom. I tu podkreślić muszę, że żałować należy, że trzech autorzy nie zainteresowali się sposobami wypłaty, dokonywanymi przed 1 stycznia b. r. Nie dopuściliby może do tego stanu, że Zarząd w dniu 1 stycznia zastał niewypłacone wdowom i sierotom należności nawet jeszcze z roku 1926, i że wszystkie należności zaległe tym wdowom i sierotom obecna Komisja Kasy spłaciła, a mianowicie:

niewypłacono do dn. 1 stycznia 1929 r. należności z roku 1926 — 3712,50 zł., z roku 1927 — 5753 — zł., z roku 1928 — 29460,50 zł., razem nie wypłacono 38926,50 zł. Od dnia 1 stycznia r. b. do dnia 30 czerwca 1929 r. wypłaciła Kasa Pogrzebowa z tych zaległości 32108,50., pozostało do wypłacenia 6817,50 (Po należności te albo nie zgłaszają się interesowani, albo też niewiedzą komu wypłacić).

Za zmarłych w 1929 r. członków należało wypłacić 92100 zł., wypłacono 74090 zł., zalega do wypłaty 18010 zł. Zaległości tłumaczą się tem, że po pieniądze interesowani nie zgłaszają się, albo też wypłata wstrzymana została sądownie. Zwrócić również należy uwagę i na to, że, o ile dawniej wypłacano „kapanią” po 100 zł. w dużych odstępach czasu, obecnie wypłata następuje w ratach dużych, w krótkich odstępach czasu. Był więc powód do niepokoju o wypłaty, ale przed 1 stycznia 1929 r.

Uwaga Dr. Krzyczkowskiego i towarzyszy co do niewychodzenia „Dziennika Urzędowego” co dwa tygodnie jest zupełnie słuszna. „Dziennik” zasadniczo ukazywać się będzie co 2 tygodnie, obecnie jednak do czasu uregulowania i ugruntowania funduszu Izby ze względów oszczędnościowych wychodzi rzadziej.

Z zestawień powyższych wynika jasno, że nietylko niema powodu do niepokoju opinii lekarskiej, ale stwierdzić należałoby raczej tak sprawne funkcjonowanie Kasy Pogrzebowej, jakie dotychczas nie było, niestety, znane.¹⁾

(—) Dr. J. Bujalski (Warszawa).

¹⁾ W Nr. 14 „Nowin Społeczno-Lekarskich” znajdujemy ten sam list D-ra Bujalskiego wraz z odpowiedzią nań D-rów A. Krzyczkowskiego i T. Podczaskiego (Redakcja).

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	26/V—1/VI	2/VI—8/VI	9/VI—15/VI	16/VI—22/VI
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	1 (0 ¹)	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	162 (13)	145 (13)	174 (8)	156 (13)
Dur rzekomy	0	0	1 (0)	1 (0)
Dur osutkowy	43 (1)	78 (2)	35 (0)	31 (2)
Dur powrotny	0	0	0	1 (0)
Czerwonka	8 (0)	19 (1)	12 (0)	14 (0)
Płonica	191 (6)	187 (9)	241 (15)	297 (15)
Błonica	162 (9)	176 (15)	149 (9)	158 (11)
Zapal. op. mózg. . .	30 (10)	15 (7)	12 (3)	25 (9)
Odra	232 (7)	314 (3)	249 (1)	228 (1)
Róża	61 (2)	71 (5)	57 (4)	69 (8)
Krztusiec	84 (5)	66 (7)	124 (11)	165 (6)
Malarja	14 (0)	13 (0)	6 (0)	6 (0)
Posoczn. połóg. . .	17 (7)	23 (7)	34 (6)	31 (10)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	385 (0)	555 (0)	555 (0)	423 (0)
Waglik	0	2 (0)	0	1 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	1 (0)	2 (0)	1 (0)
Wścieklizna	0 (?)	0	0 (1)	0
Zatrucie jad. kiełb. .	24 (0)	4 (1)	1 (0)	2 (0)
Choroba Heine-Medina	1 (0)	0	1 (0)	2 (0)
Inne choroby zakaźne.	106 (2)	121 (4)	99 (2)	173 (4)

¹) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej nadesłał nam następujący wykaz członków i zastępców członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, delegatów od Izby i zastępców delegatów, wybranych na posiedzeniu w dniu 21.IV.r. b. a także prezydium Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, wybranego na posiedzeniu organizacyjnym Sądu N. I. L. w dniu 23.VI. r. b.

Członkowie.

Dr. Czyżewicz Adam, Dr. Bronowski Szczepan, Dr. Galińska Zofia, Dr. Grzywo-Dąbrowski Wiktor, Dr. Huszcza Adam, Dr. Malinowski Feliks, Dr. Jarczyński Edward, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Sawicki Bronisław, Dr. Stefanowski Antoni, Dr. Bełkowski Jan, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Bregman Ludwik, Dr. Srebrny Zygmunt, Dr. Turski Antoni.

Zastępcy członków

Dr. Białokur Franciszek, dr. Czubański Franciszek, Dr. Eberhardt Maksymilian, Dr. Erlichówna Marta, Dr. Jurjewiczówna Antonina, Dr. Kacprzak Marcin, Dr. Krenicki Józef, Dr. Nitsch Roman, Dr. Perzyński Jan, Dr. Przesmycki Feliks, Dr. Rużki Stefan, Dr. Surawski Jan, Dr. Wichert Franciszek, Dr. Wisłocki Kazimierz, Dr. Zembrzuski Ludwik.

Delegaci do Izby

Dr. Jankowski Stanisław, Dr. Wrześniowski Władysław (Izba krakowska), Dr. Modrzejewski Jan, Dr. Wiszniewski Eugeniusz (Izba Lubelska), Dr. Grek Jan, Dr. Reis Wiktor (Izba Lwowska), Dr. Szenajch Władysław, Dr. Trenkner Henryk (Izba Łódzka), Dr. Karwowski Adam, Dr. Maj Kazimierz (Izba Poznańsko-Pomorska), Dr. Chmielewski Jan, Dr. Kołodziejski Jan (Izba Warszawsko-Białostocka), Dr. Szmurło Jan, Dr. Domański Zygmunt (Izba Wileńsko-Nowogródzka).

Zastępcy delegatów od Izby

Dr. Suchodolski Kazimierz, Dr. Zakrzewski Wacław (Izba Krakowska), Dr. Gliwiński Stanisław, Dr. Brykner Władysław (Izba Lubelska), Dr. Kuhn Adolf, Dr. Salpeter Michał (Izba Lwowska), Dr. Kłozenberg Fabjan, Dr. Watten Ignacy (Izba Łódzka), Dr. Matuszewski Romuald, Dr. Wiecki Czesław (Izba Poznańsko-Pomorska), Dr. Gantz Mieczysław, Dr. Łążyński Marjan (Izba Warszawsko-Białostocka), Dr. Klott Leon, Dr. Blausztejn Wilhelm (Izba Wileńsko-Nowogródzka).

Prezydium Sądu N. I. L. stanowią: Dr. Hubicki Stefan — przewodniczący, Dr. Grzywo-Dąbrowski Wiktor — zastępca przewodniczącego, Dr. Czarnocki Wilhelm — zastępca przewodniczącego, Dr. Huszcza Adam — pisarz, Dr. Kołodziejski Jan — zastępca pisarza.

— Z gazet codziennych dowiadujemy się o mającym się odbyć w Warszawie Międzynarodowym Zjeździe chirurgów w czasie od dnia 22 do dnia 26 lipca r. b.

Dokładniejszego programu Zjazdu nawet i gazety codzienne nie podają. „Kur. Warsz.“ z dnia 14 b. m. wymienia nazwiska głośniejszych chirurgów zagranicznych, biorących udział w Zjeździe. Z żalem więc odpowiedzieć musimy na liczne zapytania naszych czytelników, że nic więcej od nich w sprawie Zjazdu nie wiemy.

— XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie 26 — 29 września 1929.

Przy Sekcji IX (bakterjologii higieny i medycyny społecznej) Zjazdu została zorganizowana pod kierownictwem d-ra A. Borowskiego podsekcja higieny szkolnej i wychowania fizycznego. Uprasza się o zgłaszanie referatów w terminie do 31 sierpnia r. b. do Kierownika podsekcji d-ra A. Borowskiego (Kuratorjum Okręgu Szkolnego, Wilno, ul. Wolana).

— Międzynarodowy Kongres Pracowników Umysłowych.

Na ostatnim posiedzeniu Rady Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych ustalono, iż najbliższy Międzynarodowy Kongres Pracowników Umysłowych odbędzie się we wrześniu r. b. prawdopodobnie w Anglii. Porządek obrad Kongresu obejmuje następujące punkty: 1) Sprawozdanie Sekretarza Generalnego, 2) Ubezpieczenia społeczne (referent — Finlandja), 3) Program Ekonomiczny pracowników umysłowych (referent H. Rygier — Polska), 4) Ankiety, przeprowadzone łącznie z Międzynarodowym Biurem Pracy (referent L. Gallié — Francja), 5) Prawa autorskie w zakresie reprodukcji mechanicznej (referent M. de Weindel — Francja), 6) Bezrobocie wśród pracowników umysłowych (referent Sekretarz Generalny), 7) Bezrobocie wśród artystów scenicznych i muzycznych (referent M. Cornelissen — Holandia), 8) Biura pośrednictwa pracy dla artystów (referent M. Cornelissen — Holandia), 9) Umowy zbiorowe (referent M. de Weindel — Francja), 10) Wymiana intelektualna (referent — Austria) i wymiana prelegentów (referent panna Vacaresco — Rumunia), 11) Radjofonja (referent — Czechosłowacja), 12) Prawo autorskie do udziału w zwyżce cen przy dalszej sprzedaży dzieł sztuki (referent L. Gallié — Francja), 13) Wolność myśli Liberté de pensée (referent — Anglja).

— Przy ostatnich wyborach do parlamentu angielskiego wybranych zostało na posłów 7 przedstawicieli Angielskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych, między innymi p. G. Latham, przedstawiciel Angielskiej Konfederacji w Radzie Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych w Paryżu i delegat do Komisji Doradczej Pracowników Umysłowych przy Międzynarodowym Biurze Pracy z ramienia Międzynarodowej Konfederacji.

— Czerwony Krzyż przeciwko wojnie chemicznej.

Komunikat Międzynarodowego Komitetu Czerw. Krzyża.

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, na mocy mandatu, który mu został powierzony przez XII Międzynarodową Konferencję Czerwonego Krzyża, zbraną w Genewie w październiku 1925 r., zajął się już podczas pokoju badaniem sposobów ochrony ludności cywilnej, mogącej być narażoną w przyszłości na straszne skutki napadów broni chemicznej, w razie gdyby zostały pogwałcone Międzynarodowe Konwencje, zabraniające używania tej metody prowadzenia wojny.

Z tego powodu Międzynarodowy Komitet zwołał po kolei, początkowo w Brukseli, w styczniu 1928 r., następnie w Rzymie, w kwietniu 1929 r. zjazdy Ekspertów należących do 15 państw, specjalnie wykwalifikowanych dla badania technicznych sposobów obrony przeciwko nowej metodzie prowadzenia wojny i siania zniszczenia, których skutki, według zdania tych wszystkich, którzy specjalizowali się w badaniu tego zagadnienia — byłyby przerażające.

Po zbadaniu zagadnienia wojny lotniczo-chemicznej, w związku ze sposobami używania pocisków gazowych, rzeczoznawcy wypowiedzieli się co do niezmiernej trudności zarządzania skutecznej obrony mieszkańców większych osiedli i ośrodków przemysłowych przeciwko grożącemu im niebezpieczeństwu na wypadek napadu lotniczo-chemicznego.

Eksperci proszą zatem usilnie Czerwony Krzyż o jaknajszybsze uświadamianie ludności cywilnej o powyższych niebezpieczeństwach oraz o zaznajamianie tej ludności z istniejącymi obecnie sposobami obrony.

Eksperci wyrazili życzenie, aby Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, jako instytucja Międzynarodowa, stanął na czele tej wielkiej akcji propagandowej, podejmując się jednocześnie inicjatywy i odpowiedzialności w tej sprawie.

Prócz tego eksperci nalegali na konieczność przejścia niezwłocznie do metod praktycznych i uprosili Międzynarodowy Komitet C. K. o wyznaczenie konkursów przy udziale przedstawicieli przemysłu i specjalistów wszystkich krajów dla zapewnienia obrony ludności cywilnej.

Konkursy powyższe mają na celu wynalezienie:

a) najlepszego aparatu filtrującego, t. j. maski dla rozdzielenia jej wśród ludności.

b) najodpowiedniejszego zarządzenia dla zapewnienia uszczelniania i zaopatrzenia w powietrze schronów podziemnych, które byłyby oddane do użytku ludności podczas napadów chemicznych.

c) najlepszego odczynnika (detektora) do wykrywania w powietrzu obecności groźnego i trwałego gazu, używanego podczas wielkiej wojny i znanego pod nazwą iperytu.

Zadanie tak ogromne, jak całokształt akcji, zalecanych przez ekspertów, wymaga znacznych środków pieniężnych. Rządy, narodowe towarzystwa Czerwonego Krzyża i społeczeństwa winny tych środków dostarczyć. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, gdy będzie miał możność rozporządzania temi funduszami, będzie prowadził w dalszym ciągu usilnie i metodycznie rozpoczęte dzieło, opierając się na okazanym mu uznaniu i na dokonanych studjach.

Jako wyniki swych dotychczasowych prac i zamierzeń na przyszłość Komitet Międzynarodowy Czerw. Krzyża ogłasza konkurs na wykrywacz (detektor) iperytu, który poniżej podajemy.

Konkurs na najlepszy odczynnik (detektor) iperytu.

Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża, zgodnie z uchwałą Międzynarodowej Komisji Ekspertów dla obrony ludności cywilnej przed wojną chemiczną, zwołanej przez niego w Brukseli w 1928 r., ogłasza konkurs międzynarodowy dla wynalezienia najlepszego odczynnika (detektora) iperytu (siarczek dwuchloro-dwuetylowy).

I. Warunki techniczne:

Wykrywanie iperytu. Odczynnik winien wykrywać bez wątpliwości obecność iperytu w powietrzu. Reakcja, wykrywająca obecność iperytu w powietrzu powinna być charakterystyczna dla tego środka chemicznego i autor powinien

wyjaśnić, czy dana reakcja nie jest spowodowana przez inną substancję, zmieszaną z iperytem w środkach bojowych.

Charakter odczynnika. Odczynnik wraz z aparaturą winien być łatwej fabrykacji, aby móc stanowić wytwór produkcji przemysłowej, dostępnej w cenie i w dużych ilościach. Muszą być podane szczegółowe wskazówki i sposoby dotyczące przechowywania odczynnika z podaniem, przez jak długi czas zachowuje swoje właściwości wykrywające.

Wrażliwość odczynnika. Wrażliwość odczynników oceny. Najmniejsza ilość, jaką odczynnik powinien wykrywać w powietrzu, jest 0,07 mgr. iperytu na litr powietrza.

II. Regulamin konkursu.

Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża wyznacza nagrodę w wysokości 10.000 franków szwajcarskich, które będą przyznane stosownie do wartości prac — w całości, lub częściowo uczestnikom konkursu, wyznaczonym przez jury.

Konkurs będzie otwarty dnia 1 lipca 1929 roku i zamknięty dnia 31 grudnia 1930 roku. Chemicy, którzy pragną wziąć udział w konkursie, winni nadesłać do Sekretariatu Komitetu Międzynarodowego Czerw. Krzyża przed dniem 31 grudnia 1930 roku swoje prace w następującej formie:

a) w zapieczętowanej kopercie należy podać nazwisko i adres, na kopercie winno się znajdować godło (pseudonim) oraz zapewnienie honorowe, że odczynnik ten jest rezultatem własnej pracy autora

b) w osobnej kopercie, zaopatrzonej w to samo godło, należy przesłać szczegółowy opis wynalazku. Dozwolone języki: francuski, angielski, niemiecki i włoski.

31 stycznia 1931 roku, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża otworzy koperty, zawierające prace, i przetłumaczy je na język francuski. Prace oznaczone będą tylko godłem, nie nazwiskiem autora. Z chwilą zebrania się jury, będą rozpatrywane prace w oryginałach i w tłumaczeniu, bez zaznajmiania, się z nazwiskami autorów.

Przy końcu konkursu, gdy rozważanie i klasyfikacja projektów będzie ukończona, zostaną otwarte koperty z nazwiskami autorów, i rezultat konkursu będzie ogłoszony.

Nagrodzony odczynnik (detektor) lub sposób wykrywania będzie nosił nazwisko autora i staje się własnością Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża.

Wszelkich dodatkowych wyjaśnień udziela Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża w Genewie (adres: Genève Suisse, 1 Promenade du Pin).

— Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego organizuje na czas od d. 30 września do d. 13 października r. b. kurs uzupełniający dla lekarzy, obejmujący najważniejsze współczesne zagadnienia medyczne ze szczególnem uwzględnieniem leczenia. W związku z kursem znajduje się tydzień seminaryjny od 14 do 19 października r. b. Od d. 25 listopada do d. 8 grudnia r. b. odbywać się będzie kurs uzupełniający z dziedziny endokrynologii i kostytucjonalizmu.

Prócz tego co miesiąc odbywają się kursy z poszczególnych działów medycyny.

Informacyj udziela biuro kursów — Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Wien VIII, Schloßelgasse 22.

— Trzecia wycieczka naukowa lekarzy austriackich odbędzie się w roku bieżącym w czasie od 1 do 15 września. Proponowane jest zwiedzenie Styrii, Karyntji, Zalskamergutu, Austrii górnej i dolnej. Podróż odbywać się będzie w wygodnych, eleganckich autobusach. Koszt wycieczki — jazda, hotele, utrzymanie (bez napojów), bagażowe, napiwki — wynosi 450 szylingów austriackich. Przy zapisywaniu się należy złożyć 30 szylingów. Liczba uczestników nie może przewyższać 95. Dopuszczalny jest udział członków rodziny powy-

żej 17 lat. Koledzy cudzoziemcy będą mile widziani. Informacyi udziela i zapisy przyjmuje biuro: Studienreise österreichischer Aerzte, Wien I, Börsegasse 1.

— Nagrodę w wysokości 100.000 franków przeznaczają Guy Amerongen za pracę, mającą wykażać zupełnie jasno, czy konserwy lub chemicznie sporządzone środki spożywcze mają wpływ na powstawanie raka, czy nie.

Nagroda przyznana będzie przez jury międzynarodowe. Rękopisy mają być nadsyłane corocznie przed 1 października pod adresem: Ligue française contre le Cancer.

NADEŚLANO DO REDAKCJI

Ludwik Dzwonkowski i Piotr Słonimski. Spis polskich zakładów i pracowni poświęconych anatomii i zoologii oraz naukom pokrewnym. Odb. z „Folia Morphologica”. T. I. Z. I.

G. Bychowski. O zaburzeniach psychicznych i nerwowych w dermofinizacji. Odb. z „Księgi jubileuszowej Edwarda Flatau”. Warszawa 1929.

Maksymilian Biro. O chorobie Heine — Medina. Odb. z „Neurologji Polskiej”, T. XI. Z. II; IV, 1928. Tenże: Stosunek żeber szyjnych do układu nerwowego i naczyniowego.

Sprawa braku, bądź nadmiaru żeber. Odb. z „Księgi jubil. E. Flatau” 1929.

Daniel Hirszbajn. O wpływie kąpieli kwaso-węglowych na układ krążenia. Odb. z „kwartalnika klinicznego”. T. VIII. Z. I. 1929.

Dr. Ludwik Justman. Układ roślinny a czynniki psychiczne w schorzeniach somatycznych. Odb. z Nr. 19 tygodn. nauk. „Medycyna”. 1929.

Stanisław Karasiński. Badania nad działaniem tranu i naświetlonej ergosteryny w krzywicy doświadczalnej. Odb. z „Nowin Lekarskich”. 1929 Z. IX.

Dr. Edward Bruner. Na marginesie spraw zawodowych. Odb. z „Polsk. Przegl. Radiolog”. T. VI. Z. I. 1929.

Tenże. O leczeniu chorób skóry promieniami t. z. „granicznymi” (Buckyego). Odb. z „Polsk. Przegl. Radiolog”. T. IV. Z. I. 1929.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 28 „Warsz. Czasop. Lek.” na str. 667, szpalta prawa, wiersz 16 od góry, zamiast: kąta, powinno być: trójkąta.

Na tejże stronicy w tejże szpalcie, wiersz 18 od góry, zamiast: tętnic, powinno być: tętna.

TREŚĆ: J. MACKIEWICZ. O glejakach. — L. SZYFMAN. Cukrzyca wśród żydów. — A. DRYJSKI. Geneza i Technika Metody Psychanalitycznej (Str. zbior., c. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Ośrodki zdrowia. — Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1928 (Dok.). — Korespondencja. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji. — Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. MACKIEWICZ. Sur les gliomes. L. SZYFMAN. Le diabète parmi les juifs. — A. DRYJSKI. Genèse et technique de la méthode psychoanalytique (Rev. gén. Suite). — L'action du Département de Santé. Les centres de Santé. — Comptes rendus de la Chambre médicale centrale pour l'année 1928. (Fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47 Telefon 19-57.