

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VI

WARSZAWA, 19 GRUDNIA 1929 R.

Nr. 51

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

W sprawie sposobu działania środków używanych w leczeniu kiły.

Podał

Adam STRASZYŃSKI (Warszawa)

Ideałem leczenia każdej choroby zakaźnej jest doprowadzenie za pomocą środków leczniczych do zupełnego zniszczenia zarazków w zakażonym ustroju. Jakkolwiek kiła należy do tego rodzaju chorób zakaźnych, dla których zwalczania wyposażeni jesteśmy od bardzo dawna w wyraźnie leczniczo działające środki, to jednak zagadnienie pewnej i doszczętnej uleczalności kiły jest dotychczas nierozstrzygnięte. Wprowadzona przez Ehrlicha chemoterapia kiły stanowi wprawdzie przełom i postęp w leczeniu tego schorzenia, nie spełniła ona jednak tych nadziei, jakich się od niej w początkach ery salwarsanowej spodziewano. Niejednokowy przebieg kiły u rozmaitych osobników w tych samych warunkach, dotyczących płci, wieku, sposobu leczenia i t. p., jakoteż często spostrzegane przypadki, zachowujące się opornie wobec środków leczniczych, przemawiają zupełnie wyraźnie za tem, że w leczeniu kiły same środki lecznicze nie stanowią wszystkiego, a główną rolę odgrywa jakość zakażonego ustroju.

W dochodzeniu do poznania ustosunkowywania się ustroju do zakażenia kiłowego napotykamy znaczne trudności, gdyż mimo wielu badań, dociekań i spostrzeżeń, sprawa odporności w kile nie została dotąd w zupełności wyjaśniona. Być może, że i z tego powodu nie udało się dotąd poznać również dokładnie istoty sposobu działania środków przeciwi-kiłowych, na których działanie zapatrywano się dotąd najczęściej z punktu widzenia swoistości lub nieswoistości w znaczeniu bakterjologicznym, a nie biologicznym. Przyjmowano zatem przeważnie bezpośredni, krętkobójczy sposób działania środków chemoterapeutycznych w kile.

Wyniki lecznicze, osiągnięte z pomocą chemoterapeutycznych środków przeciwi-kiłowych, nie są zadawalające, i dziś już nikt chyba nie wierzy w ich działanie wyjaławiające. Nic też dziwnego, że w ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę

na sposoby pomocniczego, biologicznego leczenia kiły dla pobudzenia własnych sił obronnych ustroju do walki z czynnikiem zakaźnym.

Stosunkowo do niedawna, bo do czasu wprowadzenia do lecznictwa kiły salwarsanu (1909 r.), a potem bizmutu (1921), była rtęć jednym z głównych środków przeciwi-kiłowych. Mimo, że jest ona jednym z najstarszych środków leczniczych w ogóle, nie zbadano jeszcze dotąd dokładnie, na czym polega jej działanie lecznicze. Przypuszczano, że wprowadzona do ustroju, działa bezpośrednio w sposób odkażający na krętki za pomocą swych wolnych jonów, podobnie jak to ma miejsce *in vitro* (Neisser). Okazało się jednak, że zapatrywania te są mylne, gdyż jak to wykazali Lomholt i Kissmeyer, już z chwilą dostania się rtęci do ustroju, ustaje prawie zupełnie działanie jej wolnych jonów. Tworzą się bowiem w ustroju z jednej strony połączenia rtęci z białkiem (albuminaty), w których liczba wolnych jonów jest bardzo nieznaczna, z drugiej strony znów zawartość NaCl w sokach ustroju zmniejsza znacznie koncentrację wolnych jonów rtęci. W takich warunkach nie może więc być mowy o bezpośrednim krętkobójczym działaniu rtęci, wprowadzonej do ustroju. Finger, Buschke i Sklarz, Schade, Schumacher, Bergel, Blaschko, Lesser i w. i. uważają również, że rtęć nie posiada wcale własności krętkobójczych, lecz że działa ona bezpośrednio i nieswoiście w kierunku pobudzania sił odpornościowych ustroju. Przemawiają za tem zresztą spostrzeżenia z innych działów medycyny, w których stosuje się rtęć z dobrym skutkiem w wielu schorzeniach niekiłowego pochodzenia, nie można więc mówić o bezwzględnej swoistości rtęci w działaniu na kiłę.

Nie zgłębiono więc jeszcze dotąd samej istoty działania rtęci, a pewne światło na to zagadnienie rzucają badania ostatnich czasów, dotyczące bizmutu, wprowadzonego do lecznictwa kiły w roku 1921 przez Sazeraca i Levaditiego. Środek ten zdobył sobie w przeciągu kilku lat ważne miejsce w leczeniu kiły, a obecnie zdaje się nawet zupełnie z lecznictwa rtęć wypierać. Ze względu na podobne działanie tak lecznicze, jak

i trujące można przypuszczać, że bizmut działa podobnie, jak rtęć.

Działanie bizmutu tłumaczy Levaditi swoją teorią „bismoksylową”. Poprzednie doświadczenia Levaditego i Yamanuchiego wykazały, że atoksyl jako taki nie działa zabójczo na trypanosomy *in vitro*, nawet po zmieszaniu go z surowicą krwi, — natomiast staje się silnie trypanobójczy *in vitro*, gdy go zmiesza się ze świeżym wyciągiem z wątroby króliczej i mieszaninę tę podda się przez pewien czas działaniu ciepłoty 37° C. Powstające przez to połączenie atoksylu z białkiem ustroju nazwał Levaditi „trypanotoksylem” i uważa je za toksalbumin, związany z arsenem. W podobny sposób przeprowadził Levaditi cały szereg badań z rozmaitymi połączeniami bizmutu, przyczem stwierdził, że również ani roztwór soli bizmutu, jako taki, ani zmieszany z surowicą krwi, nie działa *in vitro* wcale zabójczo na trypanosomy, — po zmieszaniu jednak roztworu soli bizmutu ze świeżym wyciągiem wątroby zwierzęcej i po poddaniu tej mieszaniny działaniu ciepłoty 37° C., można zauważyć silne trypano i krętkobójcze działanie tej mieszaniny *in vitro*. To połączenie bizmutu z wyciągiem wątroby nazwał Levaditi „bismoksylem” (analogicznie do trypanotoksylu) i uważa go za toksalbumin, związany z bizmutem („toxalbumine bismuthique”). Na mocy tych spostrzeżeń Levaditi przypuszcza, że świeże wyciągi z narządów wewnętrznych zawierają pewne ciało organiczne „bismogen”, które łączy się z wprowadzonym do ustroju bizmutem, przez co powstaje połączenie bizmutowo-białkowe „bismoksyl”, i ten dopiero wywiera lecznicze działanie w ustroju. Bismoksyl odpowiada więc trypanotoksylowi, z tą jednak różnicą, że ostatni działa zabójczo *in vitro* tylko na trypanosomy — a bismoksyl niszczy *in vitro* i trypanosomy i krętki. Z tego powodu Levaditi uważa, że bizmut posiada większą wartość krętkobójczą, niż arsenobenzol. Doniosłe znaczenie ma jednak to zjawisko, że ani bismoksylu, ani trypanotoksylu nie można otrzymać przez zmieszanie atoksylu, względnie soli bizmutu z przemytami krwinkami lub surowicą krwi — natomiast udaje się go łatwo uzyskać przez połączenie tych ciał z świeżym wyciągiem takich narządów wewnętrznych, jak wątroba (w pierwszym rzędzie), płuca, śledziona, nerki, nadnercza, jajniki. Dowodzi to, że działanie bizmutu a prawdopodobnie i rtęci jest pośrednie, i że wszelkie procesy odpornościowe i obronne w kile rozgrywają się nie w sokach, lecz w komórkach ustroju. Według Levaditego i Girarda bizmut, wprowadzony do ustroju, działa, jak katalizator, wywołując krętkobójcze działanie komórek.

Najlepiej naukowo opracowanym środkiem, wynikłym z systematycznych i długotrwałych badań i doświadczeń, na szeroką skalę w leczeniu kily stosowanym, jest arsenobenzol. Mimo to sposób działania arsenobenzolu nie jest dotąd również w zupełności wyjaśniony. Dowodzi tego cały szereg teorii, starających się wyjaśnić sposób jego działania. Najstarsza z tych teorii bezpośredniego krętkobójczego działania arsenobenzolu (Ehrlich), zaczęła szybko upadać w miarę zjawiania się prac doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych, dotyczących działania tego środka. Nikt dzisiaj już

nie wierzy w możliwość zupełnego wyjałowienia ustroju (*therapia sterilisans magna*) przez leczenie salwarsanowe w tem znaczeniu, w jakim przyjmował je Ehrlich. Przyznać bowiem już dzisiaj możemy, że na drodze chemicznego lecznictwa kily doznaliśmy całego szeregu zawodów, a szczególnie salwarsan nie spełnił zupełnie nadziei, jakich się od niego w początkach spodziewano. Wymownym dowodem tego są spostrzeżenia kliniczne i coraz to nowe próby wzmożenia jego działania leczniczego przez łączenie go z metalami (Ag, Hg, Bi—Kolle, Linser, Pawlas, Bernhardt), usiłowania zatrzymania go w ustroju przez jaknajdłuższy czas, zwiększanie pojedynczych dawek i dawki ogólnej i t. p.

Już Ehrlich stwierdził, że roztwór salwarsanu nie wywiera wcale *in vitro* niszczącego działania na krętki, mimo to uważał on, że salwarsan działa bezpośrednio na zarazki dopiero w zakażonym ustroju. Przemieniać się on tam ma w inną postać, która bezpośrednio niszczy pewną liczbę krętków, przyczem uwolnione jady na skutek ich rozpadu pobudzają następczo ustrój do tworzenia przeciwciał (*ictus immunisatorius*).

Pewnego rodzaju przejście od teorii chemoterapeutycznej Ehrlicha do teorii biologicznego działania arsenobenzolu w ustroju stanowi wysuwana w ostatnich czasach teoria Schumachera. Autor ten uważa, że salwarsan zostaje w ustroju utleniony i łączy się w ogniskach chorobowych zarówno z krętkami, jak i z komórkami ustroju, przyczem posiada on większe powinowactwo do krętków, niż do komórek. Wywiera on więc działanie redukujące w stosunku do krętków, pozbawiając ich tlenu i uniemożliwiając im przez to życie i dalszy rozwój.

Z całego szeregu badań i spostrzeżeń zdaje się niezaprzeczenie wynikać, że mechanizm tworzenia odporności w kile jest zupełnie odmienny od zjawisk odpornościowych, spotykanych w innych chorobach zakaźnych. Nie udało się bowiem dotychczas stwierdzić tworzenia przeciwciał (precypityn i aglutynin) przez zakażony kila ustrój, ani *in vivo* ani *in vitro*. Również i surowica, pobrana po wstrzyknięciu arsenobenzolu, a więc z krążącym w niej arsenobenzolem, nie wywiera *in vitro* wcale niszczącego działania na krętki (Kapuściński). Badania te wskazują na to, że zwalczanie krętków odbywa się drogą odczynu komórkowego, a nie surowiczego, a działanie salwarsanu jest pośrednie i dochodzi do skutku dopiero w żywym ustroju z czynnym udziałem jego komórek. Zupełnie podobnie tłumaczy nam działanie bizmutu wspomniana poprzednio teoria Levaditego, którą można odnieść prawdopodobnie również i do działania rtęci.

Do środków, używanych oddawna w leczeniu kily, należy, jak wiadomo, również jod, bywa on jednak od czasu wprowadzenia arsenobenzolu coraz mniej w leczeniu kily wczesnej stosowany. W ostatnich czasach zwraca się jednak coraz częściej uwagę na niesłuszność tego rodzaju postępowania (Buschke, Scholz, Sahm, Hirsch i inni). Zaczęto więc jod na nowo stosować na szerszą skalę z dobrym skutkiem nie tylko w kile później, ale i wczesnej, szczególnie uporczywie nawracającej i złośliwej, i to nie tylko oddzielnie,

ale także równocześnie z arsenobenzolem (mieszanka Duba), lub w połączeniu organicznym („mirion” — Kyrle).

O sposobie działania jodu niema również do-tychczas pewnych danych, istnieje tylko cały szereg teorii, starających się je wyjaśnić (działanie za pośrednictwem tarczycy, działanie proteolityczne, fermentacyjne i t. p.). Z doświadczalnych prac jednak wynika, że jod nie działa wcale bezpośrednio na krętki, istnieje wszelako wiele dowodów na to, że posiada on wyraźne działanie pośrednie. Przemawiałoby za tem zjawianie się odczynu Jahrisch-Herxheimera szczególnie po dożylnym podaniu jodu (Finger, Fröhlich, Kyrle, Planner, Oppenheim, Heuck i in.), jako też wpływ leczenia jodem na zmianę dodatniego odczynu Bordet-Wassermanna (Bizzozero, Blumenthal, Lesser, Höhne, Klempner, Planner i Kyrle, Hirsch, Scherber, Jesionek i in.). Mimo że odczynu Jarisch-Herxheimera nie można uważać za wyraz działania krętkobójczego („Endotoxinsturm” — Ehrlich), lecz za odczyn nieswoisty, który zdarza się u osobników kiłowych również po wstrzyknięciu środków nieswoistych, jak np. mleko, a także spostrzegano go w innych chorobach skóry po wstrzyknięciu arsenobenzolu (Matzenauer, Hesse, Oppenheim, Fleischmann i Kreibich i in.) — to jednak z tych spostrzeżeń wynika, że jod może dojść do ognisk chorobowych i wywołać w nich wyraźny odczyn, a w zjawisku zmiany odczynu Bordet-Wassermanna pewnego rodzaju biologiczny przestrój ustroju, a więc musi odgrywać pewną rolę w zwalczaniu zakażenia kiłowego. Ostatnie prace doświadczalne wykazały, że wielką ilość podawanego jodu pochłaniają elementy układu siateczkowo-śródbłonkowego (Heuck, Pearce), co by dowodziło, że działanie jodu odbywa się za pośrednictwem tego układu.

Dodatnie lecznicze działanie na parów ziół (decoct. Zittmann z) polega również na pośrednim działaniu na krętki i uważane być może za nieswoiste leczenie bodźcowe, stosowane drogą doustną („orale Reitztherapie” — Prinz, Lasch i Perutz).

Dla wzmocnienia działania chemoterapeutycznych środków przeciwikiłowych i dla osiągnięcia jaknajskuteczniejszego wyniku leczenia kiły starano się pozatem zapewnić współdziałanie czynników leczniczych swoistych i nieswoistych. Zwłaszcza w ostatnich czasach stosowanie biologiczno-odpornościowych sposobów leczniczych stało się główną wytyczną w nowoczesnym leczeniu kiły.

Próby uodparniania biernego w kile zapomocą zastrzykiwania swoistych przeciwikiłowych surowic (Jauregui i Lancelotti) zawiodły zupełnie (E. Hoffmann i Zurhelle, Mulzer, Hahn) jak tego, zresztą, można było spodziewać się na mocy wyników badań odporności w kile.

Natomiast sposoby uodparniania czynnego za pomocą szczepionek swoistych (luetyna lub autoszczepionki, sporządzone z wykwitów kiłowych) okazały się skuteczne w pomocniczym leczeniu kiły złośliwej, później, salwarsano i surowiczo-opornej. Pobudzają one bowiem naturalne siły odpornościowe ustroju i przygotowują grunt

dla leczniczego działania środków chemoterapeutycznych. (Müller, Planner, Perutz, Hilgermann i Krantz i in.).

Największe zastosowanie znalazło jednak pomocnicze leczenie nieswoiste. Dawno już spostrzeżono, że schorzenia gorączkowe wywierają dodatni wpływ na przebieg kiły. W r. 1887 Wagner-Jauregg zwrócił uwagę, że schorzenia gorączkowe wywierają dodatnie działanie na przebieg psychoz i zastosował w leczeniu paraliżu postępującego zastrzykiwanie tuberkuliny. Biach był pierwszy, który zastosował tuberkulinę w leczeniu wczesnej kiły skóry i błon śluzowych. Metodę tę zalecał również Finger. Poraz pierwszy stosował leczenie gorączkowe w kile zapomocą zastrzykiwania ciał białkowych Petrini de Galatz (1896 r.), poczem zaczęto stosować obok leczenia środkami farmakologicznymi najrozmaitsze środki nieswoiste, jak szczepionki przeciwtyfusowe i przeciwcholeryczne (Ersettig i Capelli, Kyrle i in.), szczepionki przeciwko wrzodom wenerycznym „Dmelcos” (Sicard, Haguenau i Wallich), domiesniowe zastrzykiwania mleka i innych ciał ciałkowych (Schreiner, Gougerot, Kyrle), leczenie własną krwią w połączeniu z leczeniem chemoterapeutycznym, zwłaszcza w kile odpornej na działanie salwarsanu (Schallinger, Beume, Hagenburger), równoczesne zastrzykiwanie arsenobenzolu, zmieszanego z gono-yatrenem na wzór mieszanki Linsera (Schelle) itp. a w ostatnich czasach próbowano stosować połączenie bizmutu ze środkami nieswoistymi, jak wspomniany już przedtem bismoksyl Levaditiego (Fournier, Guenot, Schwartz i Yovanovitch), bismuto-Yatren, bismuto-proteol itp.

Systematycznym badaniem działania środków nieswoistych w kile wczesnej zajął się Kyrle. Pierwsze jego spostrzeżenia (wraz z Planne-rem) dotyczyły działania mirionu, który jest organicznym połączeniem jodu (dijodheksametylen-tetramingelatinat). Środek ten stosował Kyrle w leczeniu kiły wczesnej obok rtęci i arsenobenzolu i spostrzegł dobre wyniki lecznicze. Wkrótce użytkował Kyrle do współleczenia kiły wczesnej doświadczenia Plauta i Steinera (1919) i Wagner-Jauregga (1917-19) i wprowadził w r. 1922 do leczenia kiły wczesnej metodę szczepienia zimnicy. Wskazania Kyrlego do leczenia kiły wczesnej zimnicą, potwierdza już cały szereg autorów (Bering, Mulzer, Arzt i Fuhs, Schottmüller, Walter, Lenartowicz i w. in.). Jakkolwiek w materiale dermatologicznym, w przeciwieństwie do materiału neurologicznego, musi się jeszcze poczekać na ocenę doraźnych skutków leczenia wczesnej kiły malarją, to jednak już dzisiaj uznać można, że szczepiona zimnica stanowi nieswoistą podniecię w kierunku wzmocnienia i uruchomienia obronnych sił ustroju, a z punktu widzenia dermatologa metodę tę należy uważać za leczenie zapobiegawcze. Wspomnieć należy, że w ostatnich czasach zjawily się próby zastąpienia szczepienia zimnicą przez wprowadzenie do ustroju innych żywych mikroorganizmów nieszkodliwych dla człowieka (saproviton — Dreyfuss i Hanau, Becker, Fabinyi, Leyberg). Są o wszystko usiłowania pobudzenia i wyzyskania wszystkich

sił obronnych ustroju dla uzyskania jaknajlepszycch wyników leczniczych w kile.

Do walki z czynnikiem zakaźnym oddawien-dawna wciągnięto również skórę, która jest, jak się zdaje, jednym z ważnych narządów tworzenia odporności dla całego ustroju. Może słusznie postępowali dawni syfilidologowie, lecząc kiłę dopiero po wystąpieniu objawów w skórze i na błonach śluzowych. To też i dzisiaj odzywają się poważne głosy (Mulzer, Lange, Hauptmann), przestrzegające przed stosowaniem tzw. poronnego, wzgl. wczesnego leczenia kiły, gdyż na skutek takiego leczenia nie dopuszcza się do wystąpienia wysypki w skórze i do zjawienia się dodatniego odczynu B o r d e t - W a s s e r m a n n a, przez co pozbawia się ustrój sposobności wytworzenia sobie naturalnej odporności drogą skórną. W celu wzmożenia leczenia kiły środkami chemoterapeutycznymi zaleca więc cały szereg autorów rozmaite środki, aby pobudzić skórę do tworzenia ciał odpornościowych. Według J a r i s c h a i E. H o f f m a n n a, F. L e s s e r a, S a l o m o n a i in. wcierania w skórę jakichkolwiek środków (szare mydło, lub zwykła wazelina z dodatkiem kwasu salicylowego lub olejku terpentynowego) wywierają nieswoiste zadrażnienie skóry i pobudzają ją do tworzenia ciał odpornościowych („esophylaktische Schmierkur“—E. H o f f m a n n). Ölze, R i t t e r i M o r s b a c h uważają wcieranie szaruchy za połączenie działania swoi-stego z nieswoistym bodźcem, pobudzającym narząd skórną.

W celu pobudzenia odpornościowej czynności skóry i wzmożenia działania środków chemoter-

apeutycznych zaleca wielu autorów naświetlania skóry promieniami pozafiołkowymi (Hesse, Rasch, Jacobi, Bruck, Salomon i in.), a nawet sztuczne zakażanie skóry mikroorganizmami ropnymi lub grzybami chorobotwórczymi (Hauptmann).

W ostatnich czasach donieśli Buschke i Freymann o swych spostrzeżeniach, że toksyczne posalwarsanowe wysypki skórne, przebiegające z podniesioną ciepłotą ciała, wpływają po ich przebyciu dodatnio na dalszy przebieg kiły. Według tych autorów stany te wywierają bardzo silne działania nieswoiste, z jednej strony bowiem działa podwyższona ciepłota, z drugiej przejawy zapalne w skórze. Spostrzeżenia te potwierdza już cały szereg autorów (Gougerot, Birnbaum, Bruck, Kyrle, Gjorgjević, Lewi, Stühmer, Hübner, Rosenthal, Fabry, Wolf, Ritter i Morsbach i w. in.).

Spostrzeżenia kliniczne i wyniki stosowania tych metod pomocniczych w leczeniu kiły wskazują wymownie na to, że o bezpośrednim działaniu na krętki i o bezwzględnej swoistości chemoterapeutycznych środków przeciwkiłowych mówić nie możemy, i że o przebiegu kiły decyduje w pierwszym rzędzie stan ustroju i osobnicza wartość jego sił odpornościowych, a w chemoterapeutycznym leczeniu kiły muszą współdziałać ściśle lek z ustrojem. Różnorodny więc przebieg kiły i osiągane przez nas rozmaite wyniki lecznicze wytłumaczyć sobie możemy tylko osobniczo rozmaitem oddziaływaniem obronnym ustroju, na czynnik chorobotwórczy.

(Dok. nast.).

Z praktyki prywatnej.

Swolsta psychoza opętania u Żydów.*)

Podał

A. WIRSZUBSKI (Wilno)

Kilka tygodni temu na ręce redaktora (Senatora Dr. Szabada) wychodzącego w Wilnie w języku żydowskim dwutygodnika p. t. „Zdrowie ludu” nadeszło pismo od grona Żydów pow. Nowogródzkiego treści następującej. Szanownemu Panu Redaktorowi, jako członkowi Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, pragniemy zakomunikować o niesamowitym wypadku, który z pewnością zrobi wrażenie nie tylko w Wilnie, lecz nawet i dalej. We wsi Bojany, gminy Cyryny, pow. Nowogródzkiego mieszka panna Z. J. — 18 lat. Dziewczyne tę spotkał wypadek, który zasługuje na to, aby Związek Lekarzy nim się zainteresował. Przed dwoma laty wcielił się w nią „Dybuk” i codziennie męczy „on” ją w okropny sposób. Wobec tego, że wypadek ten mocno nas zaniepokoił, grupa mieszkańców udała się do tej wioski, by stwierdzić, czy istotnie ma taki wypadek miejsce. Były na miejscu 2 grupy; jedna utrzymuje, że jest to „dybuk” i że należy udać się do Cadyka (świętego męża izraelickiego), by go wypędził; druga natomiast, że jedynie najnowsze środki lekarskie mogą dziewczynę wyleczyć. Uważając ten wypadek za niezwykle, zwracamy się do Sz. Pana Doktora

z prośbą, by zainteresował się nim Związek Lekarzy. Obecnie podamy nieco szczegółów, któreśmy sami zaobserwowali. Przybyliśmy w tym czasie, gdy „dybuk” w niej pracował: miotała się bez przerwy i rzucała się o ziemię, a gdyśmy zapytali: „czego żadasz od niej?” — słyhać było cichy głos: „to moja rzecz”. Następnie ponownie słyhać było ten sam głos, że 15 razy będzie rzucała ją głową o ziemię. Gdyśmy zaczęli krzyczeć „nań”, usłyszeliśmy znowu głos, że dlatego, iż inni wtrącają się, będzie rzucała nią 20 razy z niezwykle siłą o ziemię. W ten sposób rzucała się ona w ciągu godziny 130 razy. Gdy dziewczyna znajduje się w takim stanie, nic nie czuje dookoła siebie, lecz gdy się budzi, odpowiada: „smacznie spałam”. Gdy „dybuk” ją opuszcza, mówi do rzeczy, jakby nic nie było. Gdyśmy widzieli, że „on” dręczy ją w niezwykle sposób, wpakowaliśmy jej tabakę do nosa, a wówczas przebudziła się... Gdyśmy ją zapytali, co się jej przytrafiło, odpowiedziała, że smacznie spała. Wysłaliśmy ją na wieś, by sprowadziła swą babkę, która tam mieszka. Udała się sama i wróciła, jakby nic nie było: lecz w trakcie opowiadania, powiedziała, iż chce spać, co jest dowodem, że wciela się „on” w nią. Weszła do ogrodu, położyła sobie poduszkę i prosiła, by jej nie przeszkadzano i nie dawano tabaki, gdyż wówczas jest jej gorzej. Znowu się rozpoczął Wsunęliśmy jej pod poduszkę modlitewnik heb-

*) Wygłoszone na posiedz. Wil. Oddz. Polsk. Tow. Psych. dn. 28. V. 1929 r.

rajski. Znalazła go i wyrzuciła z wielką złością daleko od siebie; to samo miało miejsce z krzyżem. Gdy jakiś wieśniak zaśpiewał pieśń kościelną, tak się rzuciła, że litość brała patrzeć, jak okropnie cierpi, gdyśmy się zapytali: „czego chcesz od niej?”, odpowiedział „on”, że „jest moja i nikt mi jej nie odbierze”. Gdy ją tak rzucał, uchyliła się jej sukienka; gdyśmy mu powiedzieli, by ją nakrył, odpowiedział: „Gdybym był w nogach, nakryłbym z pewnością, a że znajduję się w sercu uczynić tego nie mogę”. Gdy kilka osób zapytało „go”, kiedy ją opuści, odpowiedział, że „jeszcze 10 minut będzie ją dręczył”, i kilkakrotnie powiedział jej: „wypocznij” i ponownie ją dręczył. Jakże wielkie było nasze zdumienie, gdy istotnie po 10 minutach na zegarze przebudziła się ze snu. Powiedzieliśmy jej, że odwieziemy ją do Wilna, wówczas odezwał się „on”, że nikt mu tego nie odbierze, gdyż „on” kocha ją i ona jest jego”. Ma ona w Ameryce bogatego ojca, który pisze, że da 500 dolarów za wyleczenie jej. Fizycznie jest dobrze zbudowana, ma niezwykły apetyt. Otóż zwracamy się do Sz. P. Doktora z prośbą o udzielenie nam odpowiedzi, czy jest możliwym, aby ze Związku Lekarzy przybyła komisja celem zbadania niesamowitego wypadku.

Celem wyświetlenia genezy wyżej opisanego przypadku, który traktuję jako psychozę, muszę uprzednio zagłębić się w zagadnienie demonologii, t. j. wiary w złe duchy, szatana, dybuka i t. p. Choroby psychiczne, związane z demonologią, przybierały nawet charakter epidemiczny u różnych narodów w różnych czasach. Tak np. w średniowieczu, szczególnie w 15 i 16 w., panowały tego rodzaju plagi psychiczne, a kościół katolicki nie uważał tego rodzaju opętanych za nerwowo-psychicznie chorych, lecz za wielkich grzeszników, stykających się z czarodziejami i złymi duchami; nielitościwie palono mnóstwo takich na stosie. Co do kościoła katolickiego, zajął się owym problemem psychiatra francuski Renjard. Znane są również tego rodzaju plagi psychiczne wśród prawosławnych na tle religijnym pod nazwą „Klikuszesstwo”, które opisał psychiatra rosyjski Kraiński, słynny w swoim czasie na gruncie wileńszczyzny, obecnie profesor w Belgradzie. Tematem zaś tym w stosunku do żydów zająłem się ja.

Wiara w złe duchy, które przynoszą na świecie nieszczęścia, katastrofy, choroby, była bardzo rozpowszechniona wśród Persów starożytnych, co odbiło się w ich wyobrażeniu o Arymuzdzie i Arymanie — bogach dobra i zła. W czasie niewoli babilońskiej, co miało miejsce w VI w. przed Narodz. Chr., przejęli się Żydzi temi poglądami Persów, toteż spotykamy poraz pierwszy w historii Żydów tej epoki wyraz „szatan”, mianowicie w księdze proroka Zacharji, odnoszącej się do owej właśnie epoki. Później w talmudzie występuje już szatan z właściwościami, podobnymi do przypisywanych im przez narody chrześcijańskie t. j. „złego ducha”. Niedosć na tem spotykamy już w talmudzie rozmaite nazwy i rodzaje szatanów, niemal 300 kategorii złych duchów, wywołujących różne choroby, jak w wyobrażeniu narodów chrześcijańskich o złych duchach, przebywających w wodach, lasach, kwiatkach, drzewach i domach.

W kościele katolickim zajmuje w koncepcji złych duchów czołowe miejsce pojęcie o djabłach, w kościele prawosławnym natomiast dominującą rolę odgrywa czarodziejstwo — czarodzieje i czarownice są to tajni agenci, za których pośrednictwem wywołuje się złe duchy. Również czarodziejstwo znane było w czasach przedhistorycznych Żydów, o czym wnioskujemy z następującego tekstu 3-ciej ks. Mojżesza: „Osoby, które obcuja z czarodziejami, niech będą wykorzenione ze środowiska Waszego”.

Dla psychologii rasowej bardzo ważne jest podkreślenie tego czynnika, że do demonologii żydowskiej pod wpływem nauki mistycznej w średniowieczu „Kabały” dostał się żywioł obcej demonologii innych narodów, mianowicie, pojęcie o wędrówce dusz — „dybuk”. Zgodnie z tem pojęciem dusze zmarłych wracają na ziemię w nowych wcieleniach; wejść może błędna dusza do ciała żywego człowieka, zwierzęcia a nawet w drzewo i kamień. Tak więc może dusza grzesznika lub prawego wejść do ciała człowieka i złać się w jedno z jego duszą. Owa mistyczna nauka o wędrówce dusz doszła do szczytu w XVII w. w dziełach znakomitych kabalistów, w których czasach koncepcja o dybuku przybrała charakter epidemii psychicznej.

W jakim stopniu zakorzenione urojenie o wędrówce dusz (dybuku) opanowało fanatyczne zbiorowisko żydów, świadczy między inn. dobitnie głośny dramat znanego pisarza żydowskiego Ańskiego p. t. „Dybuk”, który to dramat ukazał się lat 10 temu i był wielokrotnie wystawiany z olbrzymim sukcesem na scenach polskich. Tak w głośnym dramacie, jak i w wyżej opisanym przypadku z gminy Cyryny, pow. Nowogródzkiego, treść obraca się dokoła zakorzenionego na tle religijnym wyobrażenia, które przenikło do wyobraźni mas żydowskich, mianowicie opętania „dybukiem”. Temu to stanowi psychicznemu o cechach paranoidnych nadałbym nazwę *Psychosis ideo-obsessiva*, zapożyczając ten termin z klasyfikacji znanego psychiatry moskiewskiego Prof. Korsakowa. Tak bohaterka Lea w dramacie Ańskiego, jak i opętana w wyżej opisanym przypadku są to typy zdegenerowane, w których psychice utkwiała idea natrętna, zaszczerpiona przez fanatyczne otoczenie. Poza okresami napadów owe opętane osoby mają pełną świadomość i doskonałe orjentują się co do czasu, miejsca i otoczenia; również zachowują owe osoby zdolność pojmowania, postrzegania i kombinacji. W obrazie klinicznym dominuje obłęd o „dybuku”, który, opanowując wyobraźnię, wywołuje burzliwy stan afektywny, a ten ostatni doprowadza do niesamowitych ruchów konwulsyjnych, którym towarzyszą halucynacje, w trakcie czego opętana wykrykuje niezwykłym głosem wyrazy: „kocham ją, ona jest moja, nikt mi jej nie odbierze” i t. d. — wyrazy, mające oczywiście tło seksualne.

A więc obraz kliniczny przypadku formuje się z 3 części składowych, są to: obłęd, afekt, i napad ruchowy, który wywiera takie przynębiające wrażenie na widzach.

Wielki psychiatra Bechterew w przedmowie do wyżej wzmiankowanego dzieła Kraińskiego, omawiającego psychozę opętania u pra-

wosławnych, tak się wyraził: „Oczywista, że swoiste zabobony i wierzenia religijne ludu nakładają swe piętno psychiczne na stany opętania“.

I otóż w powyższym komunikacie usiłowałem odtworzyć cechy, które przybiera psychoza opętania u żydów — dybuk — odpowiednio do ich perspektywy dziejowej i religijnej.

Zgodnie z fanatycznym rozumowaniem mało-miasteczkowych żydów szukano dotychczas sposobu ratowania „grzesznika“ opętanego „dymbukiem“, w imponujących obrzędach religijnych, jak np.

środkach dekoracyjnych „Cadyka“, po mistrzowsku opisanych w dramacie Ańskiego „Dybuk“.

Możemy przeto powitać, jako pocieszające tchnienie oświaty, wyżej zanotowany fakt zwrotu się grona żydów z głuchej prowincji do autorytetu lekarskiego, w związku z czem podkreślam sentencję B e c h t e r e w a, że radykalne zwalczanie psychoz opętania polega nie na środkach leczniczych, lecz na środkach oświatowych, sprzyjających wykorzenieniu grubych zabobonów ludowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O zaburzeniach wydzielania trzustki i o ich leczeniu.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa)

(Dokończenie p. № 50)

Jeżeli przejdziemy teraz do rozpatrywania zaburzeń trzustki pod względem klinicznym, to będziemy w niemałym kłopotcie. Diagnostyka bowiem tych cierpień nie jest jeszcze należycie postawiona i, jeżeli się je wogóle rozpoznaje, to dotyczy to najwyżej zupełnie wyraźnych już obrazów chorobowych, jak na przykład: *pankreatitis interstitialis*, *neoplasma* i t. p. grubych zaburzeń.

Drobniejsze zaburzenia zwykłemi metodami nie dadzą się rozpoznać z pewnością, i możemy najwyżej podejrzewać ich istnienie.

Rola trzustki jako narządu trawienia z jednej strony, zaś jako gruczołu dokrewnego z drugiej strony powoduje wielką zależność jej od obydwu tych układów. A więc trzustka związana jest czynnościowo z żołądkiem, jelitem i wątrobą, zaś z drugiej strony z układem nadnerczowym i tarczowym.

Zaburzenia każdego z tych narządów mogą wywołać zaburzenia w czynności trzustki mniejszego lub większego stopnia.

Bassler np. dzieli zaburzenia trzustki w sposób następujący:

A. Hipofunkcje trzustki natury czynnościowej:

- 1) zaburzenia natury emocjonalnej (przejściowe),
- 2) ogólne osłabienie i wycieńczenie,
- 3) odruchowe w kamicy żółciowej,
- 4) przekrwieniowe w kamicy żółciowej,
- 5) miażdżyca,
- 6) ucisk przez duże torbiele,
- 7) rozmaite przyczyny nieznanne.

B. Hipofunkcje natury organicznej—pierwotne.

- 1) śródmiąższowe zapalenie trzustki śródrazikowe,
- 2) zapalenie śródmiąższowe międzyrazikowe
- 3) *haemochromatosis*,
- 4) stwardnienie głowy na tle kongestynem,
- 5) ostre i podostre zapalenie,
- 6) ropień,

7) torbielowatość.

8) zwyrodnienie tłuszczowe i zanikowe insularne),

9) zwyrodnienie szkliste całego narządu.

C. Hipofunkcje natury organicznej—wtórne:

- 1) rak trzustki (głowy)
- 2) kiła trzustki
- 3) gruczlica trzustki
- 4) *duodenitis chronica* (zakażenie wstępujące)
- 5) przewlekłe zakażenie dróg żółciowych,
- 6) mięsak trzustki,
- 7) marskość wątroby,
- 8) choroba Addisona,
- 9) zamknięcie przewodu Wirsunga,
- 10) kamica trzustkowa,
- 11) *achylia*,

Z objawów klinicznych schorzenia trzustki należy wymienić: Ogólne osłabienie i wyczerpanie oraz wybitne wychudnięcie. Odbijania i wzdęcia napadowe. Pełność w 2—3 godziny po jedzeniu. Bóle w 2—3 godziny po jedzeniu, promieniujące na wylot, ku grzbietowi. Ciągłe bóle w dołku. Ocieżalność po jedzeniu. Bóle napadowe w górnej części brzucha, przypominające napady kamicy żółciowej. Zła tolerancja wobec twardych pokarmów w ciągu dłuższego czasu. Bóle trwające nawet po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Bolesność uciskowa przy obmacywaniu okolicy trzustki.

Nudności i wymioty bez widocznej przyczyny.

Rozwolnienie i zaparcie. Guz w górnej części brzucha. Żółtaczka.

Objawy ze strony układu sympatycznego.

Jak widać z powyższego zestawienia, objawy są bardzo różnorodne i nie dają możliwości bezwzględnego rozpoznania. Tembardziej, że cierpienia trzustki bardzo często są tylko wtórne i zależą od schorzeń narządów sąsiednich, które też mogą podobne objawy dawać.

Szczególną uwagę poświęcają autorzy ze szkoły anglo-amerykańskiej schorzeniom dróg żółciowych. Brak zmian chorobowych ze strony trzustki przy zajęciu dróg żółciowych należy chyba do wyjątków. Na tej podstawie autorzy ci są zasadniczemi przeciwnikami zachowawczego leczenia cier-

pień pęcherzyka żółciowego, gdyż z czasem pogarsza się przytem stan trzustki.

Podczas operacji winien chirurg zawsze obmacywać główkę trzustki i przekonać się, czy niema tam stwardnień. O ile je znajdzie, to usunięcie pęcherzyka żółciowego jest koniecznością, jeżeli się nie chce czekać z założonymi rękoma na rozwój zaburzeń trzustkowych.

Operacja taka jest wówczas konieczna, jeżeli nawet pęcherzyk sam żadnych zmian nie wykazuje, przynajmniej makroskopowo.

Z drugiej strony, jeżeli zmiany w trzustce już istnieją w postaci tak zwanej *pancreatitis interstitialis*, to usunięcie pęcherzyka niewiele już pomoże.

Jest to właśnie przyczyną, która powoduje, że w 50% przypadków istnienia t. zw. pęcherzyka jeżynkowego i innych schorzeń dróg żółciowych operacja bardzo często nie usuwa dolegliwości, które nawet niekiedy się pogarszają.

Podobnie mogą wywołać zmiany w trzustce sprawy chorobowe dwunastnicy samej.

Jedną z najczęstszych przyczyn schorzenia trzustki jest niedokwaśność zupełna. Cierpienie to o jeszcze niewyjaśnionej etiologii, zdaje się stać w związku z trzustką o tyle, że nieznaną czynnik szkodliwy działa jednocześnie ujemnie na obydwa narządy.

Nie wdając się tutaj w szczegółowe omawianie schorzeń trzustki, musimy podkreślić, że spowodzają one, niezależnie od ich istoty, zawsze te same zaburzenia w odżywianiu, i stąd ich doniosłe znaczenie dla kliniki.

O ile jednakże schorzenia trzustki samoistne organiczne są dość rzadkie o tyle objawy niewydolności trzustkowej są bardzo rozpowszechnione a nawet dość często rozpoznawane, jako takie.

Mamy tu na myśli przejściowe zaburzenia wydzielnicze trzustki podczas ostrych zaburzeń żołądkowo-jelitowych, we wszelkiego rodzaju biegunkach (zbyt krótkie stykanie się miazgi pokarmowej z sokiem trzustki), nieżyty żołądka z niedokwaśnością (brak odruchu wydzielniczego po HCl) marskości wątroby, cukrzycy, nowotworach, gruźlicy, chorobie Basedowa i stanach pokrewnych, zaburzeniach nadnerczy i t. p.

Wszystkie te schorzenia odbijają się na czynności wydzielniczej trzustki, a więc *ceteris paribus* na odżywianiu ustroju.

Przejdziemy obecnie do leczenia zachowawczego ograniczając się do omówienia tylko spraw wymagających leczenia zachowawczego.

Leczenie spraw chorobowych trzustki, a raczej niedostatecznego wydzielania trzustki spowodzają się z jednej strony do możliwego usuwania samego zaburzenia czyli do powiększenia wydzielania, z drugiej strony, o ile się to nie uda, do leczenia zastępczego, to jest do organoterapii trzustkowej.

Pierwsze polega na usunięciu wszelkich przyczyn, któreby źle wpływały na wydzielanie trzustki, a więc należy leczyć cierpienia narządów pierwotnie schorzałych, ewentualne usunięcie wszelkich zakażeń, zastój w krążeniu lepsze ukrwienie narządu za pomocą zabiegów fizykalnych, jak diatermia lub gorące okłady. Wreszcie próby leczenia za pomocą środków takich, jak wlewianie dodwunastniczego kwasu solnego w odpowiednim roztworze lub eteru (K a t s c h).

Leczenie zastępcze sprowadza się do podawania trzustki zwierzęcej w stanie świeżym, lub też odpowiednio przygotowanej.

Podawanie gruczołu świeżego połączone jest z trudnością ze względów zrozumiałych. Przytem pamiętać należy, że przy przechodzeniu przez żołądek, zawierający kwas solny, fermenty mogą ulegć uszkodzeniu.

Leczenie świeżym gruczołem stosowane jest w Ameryce. Podaje się 1—2 gruczoły trzustkowe, trzymane uprzednio przez 3 dni w occie i potem roztarte na miazgę, lub w postaci sałatki.

Sposób ten nie przyjął się jednak w żadnym z krajów Europy.

W Niemczech natomiast cieszy się powodzeniem leczenie zastępcze preparatami trzustki, w pierwszym rzędzie pankreonom.

Jest to preparat, przygotowany w specjalny sposób, tak, że zachowuje on swoje fermenty nawet po wielogodzinnym przebywaniu w kwaśnym soku żołądkowym. Zawdzięcza on swe własności kwasoodporne uprzedniemu procesowi garbowania, oraz dodawaniu do masy gruczołowej zasadowych proszków (węglany wapnia i magnezu w odpowiednio dobranej proporcji), które wytwarzają w jego otoczeniu optymalne środowisko dla działania fermentów i umożliwiają jego działanie pomimo przechodzenia przez kwaśny sok żołądkowy.

Te własności spośród licznych preparatów trzustki posiada jedynie tylko pankreon, to też większość publikacji, tyjących się działania preparatów trzustkowych dotyczy właśnie pankreonu.

We Francji wielu autorów zapytuje się sceptycznie na wartość organoterapii trzustkowej, być może jednak ze względu na to, że preparaty, jakimi rozporządzali autorzy francuscy nie stały na wysokości zadania. Inni autorzy we Francji mieli wyniki zadawalające m. in. z pankreonom. (L o e p e r)

W piśmiennictwie polskim ostatnio ukazała się wzmianka Cytronberga o działaniu pankreonu i jego zaletach w porównaniu z innymi preparatami.

Podawaniem pankreonu można osiągnąć wybitne poprawy w odżywianiu chorych, przedtem zupełnie wyniszczonych. Pankreon w odpowiednich ilościach (które nie powinny być zbyt małe) znakomicie zwiększa przyswajanie białka i jest pod tym względem zupełnie niezastąpiony.

Stąd też jego zastosowanie we wszystkich hipochyljach trzustki, a także w stanach, kiedy właściwie fermenty są obecne, ale w niedostatecznej ilości, tak, jak to ma miejsce, na przykład, we wszystkich cierpieniach przewodu pokarmowego, lub też ogólnych, jak np. gruźlica lub nowotwory.

Ze względów wyłuszczonych wyżej, pankreon stosuje się z dobrym wynikiem także w zaburzeniach tarczycy, o ile one powodują biegunki, jak również w niedomodze nadnercza.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, organoterapia trzustkowa ma przed sobą dość duże pole. Należy tylko uprzytomnić sobie jak ważna jest funkcja czynników trzustki dla trawienia i odżywiania.

Obok preparatów trzustkowych należy jednocześnie podawać także zasady, by odpowiednio przystosować środowisko, co przy podawaniu pankreonu nie jest jednakże konieczne. Z drugiej stro-

ny podnoszą się głosy za jednoczesnem podawaniem pankreatonu i kwasu solnego. Kwas solny bowiem pobudza zarówno wydzielanie trzustki, jak i żóładka. Klemperer, który wprowadził tę metodę, zaleca podawanie kwasu solnego w ½ do 1 godziny po zażyciu pankreatonu.

Postępowanie takie jest oczywiście bardzo wskazane w tych przypadkach, kiedy istnieje jednocześnie *achylia gastrica* a zarazem *pancreatica*.

Obok leczenia preparatami trzustkowymi wskazane są także jednoczesne zabiegi fizykalne w rodzaju diatermji.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologja kliniczna i doświadczalna.

DIETRICH. W sprawie podanego przez Brugscha odczynu doskórnego z żelazocjankiem potasu (D. M. W. Nr. 30 1929.)

Niedawno Brugsch uczynił próbę etjologicznego zróżniczkowania żółtaczek na podstawie różnic w ich odcieniach. Żółtaczkę, występującą w przebiegu *Icterus mechanicus*, mają odcień żółto-zielony, który zależy od zwiększonego stężenia bilirubiny we krwi. Żółtobrunatny odcień, występujący w przebiegu *Icterus simplex*, długotrwałej żółtaczki mechanicznej oraz w *Icterus gravis* jest uwarunkowany tworzeniem się bilirubiny w skórze, z barwnika, zawierającego dwuwartościowe żelazo. 10% roztwór żelazocjanku potasu wstrzyknięty doskórnice w połączeniu z dwuwartościowym żelazem daje niebieskie zabarwienie skóry w miejscu wstrzyknięcia. Zdaniem Brugscha reakcja ta potwierdza miejscowe tworzenie się bilirubiny. Dietrich w doświadczeniach *In vitro* dowiódł, że żelazocjanek potasu daje niebieskie zabarwienie w połączeniu z bilirubiną. Niedostateczne stężenie jonów wodorowych ustroju ludzkiego uniemożliwia wystąpienie niebieskiego zabarwienia przy zetknięciu żelazocjanku potasu z dwuwartościowym żelazem — jest więc ona zależna od obecności bilirubiny, która podlega wówczas utlenianiu. Różnica odcieni w żółtaczkach, która rzeczywiście ma miejsce, jest zależna od różnego stopnia stężenia bilirubiny we krwi. Stężenie ponad 20 — 30 mg. 0/00 bilirubiny we krwi daje niebieski odczyn z żelazocjankiem potasu. Teoria Brugscha nie ma dostatecznej podstawy.

Wanda Franzówna

K. BAHN i J. LANGHAUS. Przemiana podstawowa a działanie białka w zimnicy szczepionej. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 161, zeszyt 1.2 rok 1928.)

Podczas przeprowadzania badań nad zachowaniem się przemiany podstawowej oraz swojsko-dynamicznego działania białka u chorych, którym szczepiono malarję, autorzy stwierdzili, że jeszcze w okresie przedgorączkowym następuje wyraźne wzmoczenie przemiany.

Swojskie dynamiczne działanie białka jest zwiększone podczas gorączki jako wyraz przewagi procesów dyssymilacyjnych.

Po ustąpieniu gorączki spada poniżej normy, by po pewnym czasie wrócić do stanu normalnego.

B. Goldstein

M. N. FRIEDMAN. O miejscowym działaniu djatermji. (J. Am. Med. Ass. tom 92 N 20 1929.)

Autor badał wpływ djatermji na ograniczonej przestrzeni co do procesów przemiany tkankowej.

Substancje, zastrzyknięte podskórnice lub domięśniowo, pod wpływem djatermji nie wchłaniają się prędzej.

Odnosi się to do zastrzykiwań adrenaliny oraz fenol-sulfoftaleiny; o ile występował obrzęk, wchłanianie było nawet opóźnione.

Podobnie ujemnie wypadły badania nad wpływem

djatermji na wchłanianie się soli bizmutu lub na ilość wydzielanego moczu (przy djatermji okolicy nerek).

B. Goldstein

K. VOGEL. O znaczeniu arsenu w wydalinach. (Am. Journ. of. Med. Sciences. Tom 176, Nr. 2, 1928 r.)

U wielu osobników znajdują się połączenia arsenowe w wydalinach bez wyraźnego powodu i bez jakichkolwiek objawów zatrucia.

Wśród 100 przypadków, przytoczonych przez Vogelastwierdzono aż u 85% chorych żółtaczkowych ślady arsenu. Mniej więcej w 1/5 przypadków jednoczesnego wystąpienia żółtaczki i arsenu nastąpiła śmierć. Często też stwierdza się arsen w przypadkach pooperacyjnych u żółtaczkowych.

O ile arsen występuje w moczu chorego żółtaczkowego, należy przeprowadzić leczenie eliminujące za pomocą tiociarczuanu sodowego, w każdym razie przed wykonaniem zabiegu operacyjnego.

Jest rzeczą prawdopodobną, że w wielu przypadkach, opisanych, jako żółty zanik wątroby, arsen był momentem wywołującym lub przynajmniej sprzyjającym.

B. Goldstein

I. F. WEIDLEN i Z. G. HERMANN. O ropniach płuc (Jour. of the Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 12 rok 1928.)

Autorzy przeprowadzili badania doświadczalne na zwierzętach celem wyjaśnienia mechanizmu powstawania ropni płuc.

Ropnie otrzymane przez wprowadzanie do krwiobiegu materiału zakaźnego, goiły się mniej lub więcej szybko, nie zdradzając skłonności do przejścia w stan przewlekły.

Stwierdzono natomiast, że kaszel, jako taki, przez wzmoczenie ciśnienia śródoskrzelikowego wywołuje wciskanie materiału zakaźnego w tkankę otaczającą i w ten sposób przyczynia się do podtrzymywania ogniska ropnego.

Przewlekłe ropnie udało się otrzymać zapomocą drobnoustrojów beztlenowych. Czy osiadają one jednakże w płucu z krwiobiegu, czy też pochodzą z dróg oddechowych zewnętrznych, nie wiadomo. W tym ostatnim wypadku materiał zakaźny musi całkowicie zamknąć oraz uszkodzić ściankę oskrzela.

Co się tyczy krętków, to są one prawdopodobnie pochodzenia wtórnego, jak tego dowodzi leczenie arszenikowe, które nie wpływa na przebieg choroby.

B. G.

Chor. krwi i narządów krwiotwórczych.

T. ORDWAY i L. W. GORHAM. O leczeniu niedokrewności złośliwej za pomoca wątroby i wyciągów wątrobowych. (J. Am. Med. Ass. N 13, Tom 91, r. 1928.)

Autorzy podają wyniki leczenia własnych 25 przypadków oraz 553 z piśmiennictwa, łącznie więc 578 przypadków niedokrewności złośliwej, leczonych wątrobą lub jej przetworami. Ścisłe trzymanie się schematu Minot i Murphye go nie jest konieczne. Zrównoważona, obfita dieta z dodatkiem dostatecznej ilości wątroby jest wystarczającą.

Podawanie kwasu solnego nie jest konieczne, gdyż poprawa następuje równie szybko i bez niego.

Zmiany kliniczne są bardzo szybkie i prowadzą do wyzdrowienia klinicznego. Brak kwasu solnego oraz zmiany w rdzeniu pozostają jednak i nadal. Sporadycznie zdarzają się jednak przypadki poprawy i tych objawów.

Zpośród zmian, zachodzących w obrazie krwi pod wpływem diety wątrobowej, wymienić należy następujące: zwiększenie się liczby retikulocytów, zwiększenie się liczby erytrocytów i hemoglobiny wraz ze spadkiem wskaźnika, zmniejszenie się wskaźnika barwników żółciowych w surowicy, powrót do normalnej morfologii czerwonych ciałek, komórek wielojądrowych, eozynochłonnych i płytek, co, łącznie wziawszy, wskazuje na pobudzenie czynności szpiku kostnego.

Wynik ujemnych leczenia wątroby nie stwierdzono. Natomiast brak skuteczności występuje w stanach następujących:

1) istnienie zakażenia lub innego powikłania, 2) niedostateczne podawanie wątroby, 3) nieprawidłowe rozpoznanie, 4) częste transfuze krwi, poprzedzające leczenie, niekiedy hamują działanie wątroby, 5) przypadki zupełnego wyczerpania szpiku kostnego, naogół bardzo rzadkie.

Wątroba wpływa na czynności szpiku kostnego, lecz nie usuwa przyczyny chorobowej.

Ilość wątroby podawanej winna wynosić od 100 do 200 gr. surowej, gotowanej czy też w postaci wyciągów. Co się tyczy dawek podtrzymujących, to wahają się one w zależności od stanu chorego i od obrazu krwi.

Niebezpieczeństwa diety wątrobowej tkwią w jej dostępności. Tak np. niedokrewności wtórne, zależne od różnego rodzaju spraw chirurgicznych, mogą być przeoczone, (rak żołądka, jelit i t. p.) a leczenie chirurgiczne, jedynie skuteczne, spóźnione. Konieczność ścisłego rozpoznania jest zupełnie widoczna.

Niebezpieczne są także wyciągi niedostatecznie czynne, co może opóźnić leczenie skuteczne.

Z następstw leczenia wątrobowego należy wymienić pojedyncze przypadki dny moczonowej oraz hipoglikemji.

Transfuzje są na miejscu w przypadkach o liczbie krwinek poniżej 1 miliona, by doprowadzić chorego do stanu takiego, który mu umożliwi korzystanie z diety wątrobowej

Mogą wystąpić po pewnym czasie objawy ze strony nerka (białkomocz, waleczki i t. p.).

B. G.

C. C. STURGIS, R. ISAACS i M. SMITH. O stosowaniu wyciągu wątrobowego w niedokrewności złośliwej (Annals of Int. Med. Nr. 6, z r. 1928).

Autorzy stwierdzili, że wyciągi wątrobowe, przygotowane według metody Cohna, Minto i in., mają działanie podobne do działania świeżej wątroby (w ilościach 0,2 kg. dziennie).

Pierwszą oznaką regeneracji krwi jest zwiększenie się liczby retikulocytów, krążących we krwi obwodowej.

Wzrost retikulocytów rozpoczyna się pomiędzy 3 a 6 dniem leczenia, osiąga maksimum na 8-y dzień i około 21 dnia doprowadza do liczby normalnej. Około 10 dnia liczby erytrocytów oraz hemoglobiny zaczynają także wzrastać.

Z reguły obraz krwi zbliża się do normy pomiędzy 6 a 8-ym tygodniem leczenia.

Klinicznie -- pierwszymi oznakami poprawy są: zwiększone łaknienie, lepsze samopoczucie, które występuje już na 3—5 dzień leczenia wątrobowego.

U osobników, dotkniętych jakimkolwiek zakażeniem, poprawa nie występuje dopóki trwa zakażenie.

Poprawa objawów ze strony sznurów bocznych i tylnych

rdzenia, niestety, nie idzie w parze z poprawą ogólną pod wpływem leczenia wątrobowego.

Jednakże kombinowanie leczenia wątrobowego z metodami fizykalnymi daje niekiedy pewien stopień poprawy.

B. G.

C. S. KEEFER i C. S. JANG. Wątroba i żelazo w leczeniu niedokrewności wtórnej. (J. A. M. A. Tom 93, Nr. 8/1929).

Badania porównawcze nad działaniem żelaza i wątroby w niedokrewnościach wtórnych wykazały, że żelazo jest bardzo skutecznym środkiem, prowadzącym głównie do wzrostu zawartości hemoglobiny.

O ile podaje się jednocześnie żelazo i wątrobę pacjentom z niedokrewnością wtórną, osiąga się znacznie szybszy wzrost hemoglobiny, aniżeli przy leczeniu jednym tylko sposobem.

Podobne wyniki osiągnięto w niedokrewności doświadczalnej, na tle robaków i t. p.

Odczyn powyższy, połączony był ze wzrostem liczby retikulocytów. Najlepsze wyniki otrzymano w niedokrewnościach na tle robaków.

Autorzy zalecają podawanie żelaza w postaci pigułek, zawierających węglany żelaza.

Najlepsze wyniki otrzymano w tych przypadkach, kiedy prócz żelaza i wyciągu wątrobowego zastosowano także podawanie wątroby całkowitej.

B. G.

W. B. CASTLE i M. A. BOWIE. Wyciąg z wątroby, przygotowany sposobem domowym. (J. Am. Med. Ass. t. 92, Nr. 22/1929).

Autorzy podają domowy sposób przyrządzania wyciągu wątrobowego dla chorych z niedokrewnością złośliwą. Z przyrządów potrzebnych wymienić następujące: maszynka do mielenia mięsa, zamknięty słoik uszczelniony gumą, 2 emaljowane miseczki, sitko drobne, kawałek płótna surowego, łyżka i szklanka.

Około 500 gr. wątroby wołowej przepuszcza się dwukrotnie przez maszynkę drobnego kalibru i z tej miazgi 280 gr. wraz z dodatkiem 375 cm.³ zimnej wody (1½ szklanki) umieszcza się w zamkniętym słoiku, wstrząsa mocno w ciągu 5 minut i umieszcza na noc w lodowni (możliwie często wstrząsać). Nazajutrz wyjmuje się słoik z lodowni, wstrząsa ponownie przez 5 minut.

Potem przecedza się przez sitko. Pozostająca na sitku miazga wraca ponownie z dodatkiem 1½ szklanki wody na cały dzień do lodowni, po uprzednim wstrząśnięciu.

Przesącz zbiera się w emaljowanym naczyniu i podgrzewa na silnym ogniu aż do pierwszego zagotowania.

Płyn brunatnieje i ścina się. Jak tylko płyn się zagotuje, należy zdjąć z ognia i wstawić do zimnej wody (raptowne ochłodzenie). Późem przeciska się tę galaretowatą masę przez dwie warstwy płótna.

Płyn przesączony zbiera się do szklanki, zaś gęstą pozostałość kładzie się znów do naczynia, dodaje 175 cm.³ wody ciepłej, dobrze miesza i sący ponownie.

Przesącz dodajemy do poprzednio otrzymanego.

Razem winno się otrzymać około 500 cm.³ płynu, który jest wyciągiem, wystarczającym na 1 dobę. Można go podać na zimno lub ogrzać, lecz nie gotować.

Można dodawać nieco soli.

Pozostała miazga z lodowni zostaje ponownie poddana ekstrakcji i sączeniu, zaś ten przesącz winien być dnia następnego użyty zamiast wody do sporządzenia świeżego wyciągu. W ten sposób płyn zawiera podwójny wyciąg wątroby z jednego i drugiego dnia.

Wyciąg przygotowany w powyższy sposób, ma wszystkie zalety i własności lecznicze wątroby, jest tani i dość przyjemny w smaku.

B. Goldstein.

Choroby oczu.

K. MYLIUS. Sarkoid Boeck'a a oko. (Zeitschrift f. Augenh. maj 1928).

Sarkoid Boeck'a jest schorzeniem skóry, które zostało wyodrębnione przez Boeck'a w r. 1899. Rozróżniamy 3 odmiany sarkoidów: grudkową, guzową i naciekową. Pierwsza odmiana występuje pod postacią tworów grudkowatych wielkości łepka szpilki do ziarna grochu polnego, druga odmiana pod postacią tworów guzowatych wielkości orzecha. Odmianę naciekową cechuje nieostro odgraniczone, twarde zgrubienie skóry barwy czerwono-sinawej. Niezmiennie charakterystyczne dla sarkoidów B. są liczne żółtawe plameczki lub kropeczki w obrębie schorzenia. Owrzodzenia nigdy nie występują.

Zdarza się, że u jednego chorego spotykamy się ze wszystkimi odmianami naraz. Ulubionym umiejscowieniem sarkoidów B. jest twarz, okolica barkowa i wyprostne kończyny górnych. Ułożenie wykwitów bywa częstokroć symetryczne. Liczba wykwitów zazwyczaj niewielka, czasem jednak może dochodzić do kilkuset. Przebieg choroby jest nader przewlekły i nawroty występują często nawet po zupełnym wyleczeniu. Objawy kliniczne, towarzyszące sarkoidom B. są: obrzmienie gruczołów chłonnych, powiększenie śledziony, zajęcie ślinianek i zapalenie tęczówki oraz ciała rzęskowego. Histologicznie ogniska złożone są z komórek nabłonkowych i łączno-tkankowych. Liczba komórek olbrzymich bywa rozmaita, plazmatycznych i limfocytów nieznaczna. Ogniska pozostają w łączności z naczyniami krwionośnymi. Punktem ich wyjścia są widoczne przestrzenie okołonaczyniowe. Przyczyna tego schorzenia dotychczas nie jest jeszcze jasna. Kliniczne objawy przemawiają za gruźliczym pochodzeniem, w skrawkach zaś dotychczas jeszcze nie zostały wykryte prątki gruźlicy. Większość autorów zgodnie utrzymuje, że sarkoidy B. nie są pierwotnym schorzeniem skóry, lecz że ogniska w skórze są wtórne, jako przerzuty schorzenia ogólnego. Kyrle rozróżnia jeszcze okres początkowy, kiedy skóra jest tylko zaczerwieniona; w tym okresie Kyrle stwierdził obecność prątków Koch'a. Przypadek, który autor opisuje, wykazał wszystkie powikłania, zaobserwowane w sarkoidach B. przy czym powikłania ze strony oczu (*iridocyclitis*) były zwiastunami tego schorzenia. Chory w wieku 24 l. Do 17 r. życia zupełnie zdrowy. W r. 1923 schorzenie obu oczu (*iridocyclitis*) przyjęte jako gruźlicze. W r. 1925 po dłuższym leczeniu mlekiem i tuberkuliną do 80 mg., prawostronnie nastąpiła znaczna poprawa. Ostrość wzroku równała się wówczas nawet $\frac{6}{6}$. W sierpniu 1925 r. nastąpił nawrót o ciężkiej postaci. Od tego czasu do r. 1926 obok kilkakrotnej przejściowej poprawy, częste nawroty, które zamieniły tęczówkę w zupełności w tkankę gruźliczą. Na tęczówce liczne grudki, w części źrenicznej w większej liczbie, część rzęskowa tęczówki w zaniku. Oko jest zupełnie bez podrażnienia, ciśnienie obniżone. Do zupełnie przezroczystej rogówki przylega w całej rozciągłości tęczówka. Osadów niema. Wytworzyła się zaćma powikłana. Ostrość wzroku, poczucie światła bez pewnego rzutowania. Budowa grudek odpowiadała w zupełności wykwitom na skórze. Podobny przypadek opisał Fränkel w r. 1922. Stopniowo występowały zmiany w innych organach. Należy zatem przypuszczać, że zmiany w oczach i w innych organach są przerzutami z ogniska pierwotnego.

S. Hammer.

J. de VINCENTIS. Nowy sposób kantoplastyki. (Annales d'Oculistique, sierpień 1928 r.).

Wobec ujemnych stron dotychczasowych sposobów kantoplastyki natury kosmetycznej, a nawet terapeutycznej, należy dążyć do wykonania tego zabiegu w sposób, nie zmieniający kształtu kąta wewnętrznego, autor od dłuższego czasu stosuje z powodzeniem następujący sposób kantoplastyki:

Po odpowiednim znieczuleniu terenu operacyjnego nowokainą z adren, nakłada na powieki rozwórkę, jak do operacji galkowej. Otrzymawszy maksymalne rozszerzenie szpary powiekowej robi skalpelem w kącie zewnętrznym „intermarginalne” cięcie długości 1 cm. i głębokości 5—6 mm.; nożyczkami prostymi średniej wielkości rozcina skórę (bez spojówki) w przedłużeniu szpary powiekowej na 1 cm.; listki skórne odseparowuje od łącznicy i przecina spoidło skórne zewnętrzne. Po wykonaniu 2-ch poziomych nacięć odseparowanej od skóry łącznicy w odległości 2 mm od górnego i dolnego brzegów intermarginalnego cięcia otrzymany w ten sposób płat spojówkowy podwójnym szwem łączy ze skórą. Ostre kany płatów skórnych ścina i łączy zwykłym szwem z spojówką. W ten sposób zachowuje normalny kąt zewnętrzny szpary powiekowej, który tylko brakiem rzęs zdradza swe pochodzenie chirurgiczne.

N. Essigman.

O. THIES. Transplantacja śluzówki ust w ciężkich oparzeniach oka. (Graef. Arch. für Ophthalmologie T. 12 1928).

Autor był przedtem zwolennikiem transplantacji śluzówki po wygaśnięciu wszystkich objawów zapalnych, jednakże pod wpływem prac Deniga zaczął stosować wczesną transplantację. Zawiodła ona jednak w przypadkach oparzeń amoniakiem. Złe wyniki tłomaczy autor głębokim przenikaniem w tkankę amoniaku, który można wykryć w komórce przedniej już po kilku minutach. Głęboka martwica, która następuje po takim oparzeniu, powoduje odpadnięcie płata śluzówki. Lepsze wyniki daje transplantacja w oparzeniach ugiem, najlepsze w oparzeniach wapnem.

Arkin.

H. GASTEIGER. O leczeniu schorzeń rogówki naświetlaniem promieniami pozafioletkowymi. (Kl. Monatsbl. f. Augenh. 1929 Marzec).

Autor stosuje technikę, wskazaną przez Birch-Hirschfelda w jego podręczniku o naświetlaniu oka. Jako modyfikację podaje użycie węgla z żelazem, które dają większą intensywność promieni pozafioletkowych. G. stosował naświetlanie w 75-ciu przypadkach wrzodu pelzającego rogówki, z innych sposobów stosował jednocześnie wkrapianie *zinc. sulf.* we wrzodach spowodowanych *diplobacillus* i optochinę we wrzodach pneumokokowych, w niektórych przypadkach skasowano przyżeganie galwanokanterem lub żegadłem parowym Wesselyego, jontoforezę i nakłucie komory przedniej. We wszystkich przypadkach wkraplano atropinę i nakładano okład rozgrzewający. Statystyka naświetlanych przypadków wykazała stratę w 80%, podczas gdy statystyka przypadków poprzednich obliczona w ciągu pięciu lat dała straty w liczbie 200%. Prócz tego blizny, otrzymane po naświetlaniu, były znacznie delikatniejsze i przezroczystsze niż bez naświetlania.

Arkin.

A. TERSON. O leczeniu samoistnego podwinięcia powieki dolnej. (Annales d'ocul. luty 1929 r.).

Terson nazywa samoistnem podwinięcie powieki, będące następstwem jakiejś operacji, zapalenia, oparzenia lub występujące bez żadnej widocznej przyczyny w odróżnieniu od podwinięcia wskutek zbliżnowacenia spojówki. Najczęściej

spotykamy je u ludzi starych ze zwiotczającą skórą powiek, podczas gdy brzeg rzęśowy jest normalny pod względem sprężystości i rozległości. Następuje zachwianie równowagi między napięciem brzegu rzęśowego i przednio-dolnej ściany powieki, która utraciła swoją sprężystość i, poddając się napięciu brzegu rzęśowego, unosi się do góry i sprzyja w ten sposób podwinęciu powieki.

W przypadkach samoistnego podwinienia powiek Terson gorąco zaleca zastrzykiwanie podskórne wysoku do powiek według metody podanej przez Weekersa. Zastrzykuje się podskórnie, po znieczuleniu nowokainą, 1 cm³ 80% wysoku wzdłuż powieki dolnej. Za wyjątkiem czwartej części wewnętrznej na odległości 3 mm. od brzegu rzęśowego obrzęk powieki po zastrzyknięciu trwa parę dni; uszkodzenia skóry nie były spostrzegane,

Terson stosował ten zabieg ostatnio w 3 przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. W jednym tylko przypadku zmuszony był powtórzyć zastrzyknięcie, aby otrzymać wynik zupełnie zadowalający.

Terson przypuszcza, że zastrzyknięcie wysoku działa przez wywołanie podskórnej sklerozy zlepnej, która wzmacnia i wyprostowuje całe rusztowanie dolnej powieki. Zamiast wysoku możnaby, według Tersona, stosować inne środki o działaniu sklerogennym, używane przy leczeniu żyłaków; w pierwszym rzędzie 50% roztwór chloranu chininy i mocznika jako nie wywołujący uszkodzenia skóry. Terson jednak zaleca przedewszystkiem zastrzykiwanie wysoku, uważa je bowiem za zabieg prosty, bezpieczny i dający świetne wyniki.

W. Frenkiel-Zamenhofowa.

Wskazówki praktyczne.

Hishikawa odzywa się bardzo pochlebnie o działaniu *Tymofizyny* (fabr. Chemosan w Wiedniu) na *wzmocnienie bólów porodowych w okresie otwarcia*. Tymofizyna jest kombinacją wyciągu z grasicy z wyciągiem z tylnego płata przysadki. W 3—4 minut po zastrzyknięciu. Śródmieśniowem 1 cm³ tego środka, rozpoczynają się silne bóle rytmiczne, usta maciczne rozszerzają się, cały akt porodowy zostaje przyspieszony. Niebezpieczeństwo nie grozi żadne. Wskazania: poród w okresie otwarcia i wszystkie postacie słabych bólów o okresie porodowym i poporodowym. Przeciwwskazanie: choroby serca i nerek. (Med. Klin. 1929 Nr. 49).

— o —

Koseling zachwala popularny angielski *środek przeczyszczający* „Enos Fruit Salt”, działający skutecznie i łagodnie na jelito grube, a przeważnie na poprzecznicę. Sól powyższa zawiera 54, 4% *Natr. bicarbon.*, 1,75% *Natr. bitartar.* 43, 85% *Acid. tartar.* (D. m. W. 1929 Nr. 40).

— o —

Czopki Belladonna — *Exclud* stosują w *praktyce ginekologicznej* Kober i Niessing. Otrzymywali oni dobre wyniki w kurczach żołądka i kiszek, w zaparciu spastycznym, w bolesnych hemoroidach i pęknięciach okolicy odbytu, dalej

w bolesnem miesiączkowaniu i po większych zabiegach operacyjnych (D. m. W. 1929 Nr. 43).

— o —

Sedormid — allylisopropylacetylkarbamid — jest, według Sonaka dobrym środkiem *kojącym i nasennym*, zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci. Sedormid nie zawiera ani bromu, ani pochodnych kwasu barbiturowego, ani opiatów. (D. m. W. 1929 Nr. 43).

— o —

Według Voltmersa w *leczeniu i zapobieganiu krzywicy* oddaje dobre usługi *Biovin*, przetwór ergosteryny w postaci sucharków. Działanie biovinu jest pewne, a sam środek chętnie jest brany przez dzieci. (D. m. W. 1929 Nr. 45).

— o —

W. Catel na zasadzie kontroli klinicznej, rentgenologicznej i chemicznej w przypadkach krzywicy określa jako właściwą dawkę *Vigantolu* 2—4 mg. dziennie (Mon. f. Kindhlk. T. 45. Z. 1—2).

— o —

L. V. Eöry stwierdził dobre działanie *Vigantolu* w *uporczywym zaparciu stolca*. (Mon. f. Kindhlk. T. 45. Z. 1—2)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Związek przeciwweneryczny.

Posiedzenie Zarządu z dn. 17 marca 1929.

Obecni: Prof. Krzyształowicz, dr. J. Adamski, Dr. L. Wernic, Dr. J. Reise, Dr. Szczodrowski, Dr. Borkowski.

1) Przyjęto protokół z dn. 3 stycznia 1929.

2) Na podstawie sprawozdania z lustracji Zakładu dla dziewcząt upadłych „Przystań” w Henrykowie przez delegatów Związku w osobach prof. Krzyształowicza i Dr. Wowkonowicza, uchwalono udzielić w r. 1929 subwencję w wysokości 1000 zł. (płatną w 2 ratach) na koszty leczenia chorych wenerycznych dziewcząt w zakładzie „Przystań” w Henrykowie.

3) Dr. Borkowski zdał sprawozdanie z delegacji celem zapoznania się z akcją przeciwweneryczną na terenie m. Łodzi i Białegostoku.

4) Uchwalono mianować Dr. Sonnenberga przedstawicielem Związku na terenie m. Łodzi.

5) Uchwalono wydać opinię przychylną Dep. Śl. Zdrowia w sprawie podania o udzielenie subwencji rządowej

w wysokości zł. 2500, — magistratowi m. Brody (woj. Tarnopolskie) na urządzenie i uruchomienie przychodni przeciwwenerycznej w ośrodku Zdrowia w Brodach (N ZH 1038-29).

6) Uchwalono mianować Dr. Jana Walewskiego przedstawicielem Związku na terenie m. Białegostoku.

7) Uchwalono wydrukować 3000 egz. plakatu propagandowego p. t. „Syfisy”, uwzględniając ofertę drukarni Zrzeszenia Spółdzielczego Gospodarczo-inwestycyjnego Samorządów Powiatowych.

Sekretarz

(—) Dr. Borkowski.

Przewodniczący

(—) prof. Krzyształowicz

Posiedzenie Zarządu z dn. 24 kwietnia 1929.

Obecni: Prof. Krzyształowicz, Dr. J. Adamski, Dr. L. Wernic, Dr. J. Reise, Dr. W. Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dn. 17 marca 1929.

2) Dr. Borkowski zdał sprawozdanie z delegacji celem zapoznania się z akcją przeciwweneryczną na terenie m. Lublina, Łomży i pow. Będzin.

3) Uchwalono przyjąć na członków Związku Przeciwwenerycznego Kasę Chorych m. Łodzi (zgłoszenie akcesu

z dn. 26/III Nr. 6180/29) oraz Kasę Chorych m. Poznania (zgłoszenie akcesu z dn. 5/IV N 1787/29).

4) Projekt Regulaminu Przychodni Przeciwwenerycznej uchwalono przekazać do zreferowania Dr.-owi M. Wowkonowiczowi.

5) Uchwalono wydać Min. Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia) opinię przychylną w sprawie udzielenia subwencji rządowej na urządzenia, względnie prowadzenie przychodni przeciwwenerycznej:

- Wydziałowi Powiatowemu sejmiku w Czortkowie (N ZH 1881)
- " " " " Skolem (N ZH 1923)
- " " " " Włodawie (N ZH 1715)
- Powiatowemu oddziałowi Tow. Przeciwwgruźliczego w Chrzanowie (N ZH 1711)
- Lecznicy Dobrego Pasterza w Toruniu (N ZH 1621)

6) Uchwalono przekazać do załatwienia Polskiemu Tow. Eugenicznemu list Dr. Je w re in o w e j z Dąbrowy Górniczej z dn. 21/III 1929 w sprawie chorób wenerycznych wśród sezonowych emigrantów polskich.

Sekretarz Przewodniczący

(—) Dr. Borkowski (—) Prof. Krzyształowicz

Posiedzenie Zarządu z dn. 22 czerwca 1929.

Obecni, prof. Krzyształowicz, Dr. J. Adamski, Dr. L. Wernic, Doc. G. Szulc, Dr. H. Szczodrowski, Dr. J. Reise, Dr. M. Wowkonowicz, Dr. W. Borkowski.

1) Przyjęto protokół z dn. 24 kwietnia 1929.

2) Uchwalono wydać opinię przychylną Dep. Służby Zdrowia w sprawie udzielenia zapomogi rządowej wydziałowi powiatowemu sejmiku w Białej w wysokości zł. 800. na urządzenie przychodni przeciwwenerycznej w Białej.

3) Uchwalono wydać opinię przychylną Dep. Służby Zdrowia w sprawie udzielenia subwencji rządowej wydziałowi pow. Sejmiku w Wilejce w wysokości zł. 500 jednorazowo, oraz po 100 zł. miesięcznie przez przeciąg 6 miesięcy na zorganizowanie i prowadzenie przychodni przeciwwenerycznej w Wilejce.

4) Uchwalono wydać opinię nieprzychylną w sprawie udzielenia subwencji rządowej dla Rady walki z chorobami wenerycznymi przy Wydziale Zdrowia magistratu m. Łodzi z powodu nieprzedłożenia przez Wydział szczegółowego programu akcji przeciwwenerycznej.

5) Uznając sprawę szkolenia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w zakresie walki społecznej z chorobami wenerycznymi za rzecz pilną i ważną, uchwalono przystąpić niezwłocznie do organizacji szkolenia.

6) Uchwalono przyjąć w charakterze członków Związku Przeciwwenerycznego magistrat m. Włocławka, magistrat m. Piotrkowa i Powiatową Kasę Chorych w Częstochowie.

7) Uchwalono tymczasem pobierać składkę członkowską na rzecz Związku Przeciwwenerycznego w stosunku 1 grosz od mieszkańca gminy, oraz 2 grosze od ubezpieczonego Kas Chorych.

8) Uchwalono zwołać walne zebranie delegatów Związku Przeciwwenerycznego jesienią r. b.

9) Sekretarz Związku odczytał sprawozdanie z delegacji do Brześcia nad Bugiem, Pińska, Kielc i Radomia.

Sekretarz Przewodniczący

(—) Dr. Borkowski (—) Prof. Krzyształowicz

Posiedzenie Zarządu z dnia 11 października 1929 r.

Obecni; Prof. Krzyształowicz, Dr. J. Adamski, Dr. L. Wernic, Dr. J. Reise, Dr. M. Wowkonowicz, Dr. W. Borkowski.

I. Na zaproszenie Zarządu Związku Przeciwwenerycznego Dr. Marjan Zahert przedstawił sprawę organizacji Stowarzyszenia Międzynarodowego zapobiegania ślepotcie (L'Association Internationale pour la prophylaxie de la cécité) oraz wystąpił z wnioskiem, żeby Związek Przeciwweneryczny przystąpił do utworzenia Polskiego Komitetu zapobiegania ślepotcie w charakterze członka założyciela Komitetu. Uchwalono sprawę utworzenia tego Komitetu poddać obradom Walnego Zebrania Delegatów Związku.

II. Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 22 czerwca 1929.

III. Sekretarz zdał sprawozdanie z delegacji do m. Poznania.

IV. Skarbnik zdał sprawozdanie z wpływów kasowych tytułem składek członkowskich oraz stanu kasy.

V. Skarbnik przedłożył wyliczenie się z pierwszej sub-

wencji rządowej (zł. 500), udzielonej Związkowi na koszty organizacyjne.

VI. Uchwalono powierzyć ostateczne zredagowanie projektu Regulaminu przychodni przeciwwenerycznych prof. Krzyształowiczowi, Dr.-owi Wowkonowiczowi i Dr.-owi Borkowskiemu.

VII. Uchwalono powierzyć ostateczne opracowanie projektu programu nauczania wenerologii społecznej na kursach dla lekarzy oraz pielęgniarek zawodowych — Prof. Krzyształowiczowi, Dr.-owi Wernicowi i Dr.-owi Borkowskiemu.

VIII. Uchwalono nabyć dla celów propagandy przeciwwenerycznej aparat kinematograficzny i epidjaskop.

IX. Uchwalono wydać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Dep. Sł. Zdr.) opinię przychylną w sprawie udzielenia zapomóg rządowych:

1. Wydziałowi powiatowemu sejmiku w Dolinie na urządzenie przychodni przeciwwenerycznej w ośrodku zdrowia zł. 500 (Nr. ZH 3916).

2. wydz. pow. w Płońsku na prowadzenie przychodni przeciwwenerycznej w ośrodku zdrowia zł. 1000 (Nr. ZH 4502)

3) magistratowi m. Włocławka na prowadzenie przychodni zł. 500 (Nr. 3670)

4. magistratowi m. Nowy Dwór na prowadzenie przychodni zł. 1000 (Nr. ZH 4512),

5. wydz. pow. w Rohatynie na prowadzenie przychodni zł. 500 (Nr. ZH 2894),

6. Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Poznańskiego na prowadzenie poradni zł. 200 miesięcznie począwszy od dnia 1/XI 1929 do dnia 31/III 1930 (Nr. ZH 4164/29).

Sekretarz Przewodniczący

(—) Dr. W. Borkowski, (—) Prof. F. Krzyształowicz

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych

Vincent, Dawid i Puech demonstrowali na posiedzeniu listopadowym parysk. tow. lekarzy szpit. (Pr. med. № 92) *ośm nowych przypadków guzów mózgu operowanych i wyleczonych*. Przypadki te były operowane pomiędzy 30 kwietnia i 1 sierpnia. W ten sposób wraz z poprzednimi przypadkami udało się autorowi wyleczyć drogą operacyjną na 18 przypadków dziesięć, czterech chorzy zmarli skutkiem zabiegu, czterech inni skutkiem guza mimo zabiegu.

Michaux i Albot cytują na tem posiedzeniu przypadek *ciężkiej gruźlicy z licznymi umiejscowieniami w kościach, gruźlicach, otrzewnie, nerkach, wyleczony zupełnie od lat dziewięciu*. W pierwszych miesiącach życia odnotowano 3 ropne zachorzenia gruźlicowe na szyi. W wieku lat 8 cierpienie kostnowłókniste w łokciu, w stawie gołeniorożniczym, w paluchu ręki i nogi. W 12-tym roku życia przetoki w tych miejscach, które uległy zagojeniu w 3 lata później. W 14-tym roku życia zajęcie lewego stawu biodrowego z przetoką i wygojenie bez zarośnięcia stawu. Między 24 i 27 rokiem zapalenie włókniastoserozowe otrzewny, które doprowadziło do operowania siedmiu ropni i do zabiegu naskutek zamknięcia kiszki. W 27-tym roku życia zabieg na lewej nerce z powodu gruźlicy. W 29-tym roku wznowienie starych spraw stawowych z zimnym ropniem w lewym łokciu, wznowienie sprawy otrzewnowej, gorączka hektyczna i charłaczka. Wreszcie stopniowe zdrowienie, które trwa od lat dziesięciu, w czasie których pacjent ciągle pracował. Rozpoznanie nie ulega wątpliwości, skoro świnka, szczepiona moczem, zdechła skutkiem gruźlicy.

Przypadek *ropnego pneumokokowego zapalenia opon pochłodzenia usznego*, zakończony wyzdrowieniem demonstrowali na tem samym posiedzeniu Laignel — Lavastine i Bernal. Choroba rozpoczęła się od objawów ostrego zapalenia ucha środkowego lewego. W kilka dni potem rozpoczęło się ropienie. Na 10-ty dzień objawy oponowe z gorączką do 40^o i wymiotami. Nakłucie leżwiowe dało płyn mętny z polinukleozą i pneumokokami. W ciągu trzech dni chory otrzymał 40 cm³ surowicy przeciwpneumokokowej do kanału rdzeniowego. Poza tem wytworzono ropień odciągający. Wkrótce potem otrzymano płyn przezroczysty przy nakłuciu w rozmaitej wysokości. Wówczas dokonano zabiegu na wyrostku sutkowym i nie zaobserwowano zmian. W ciągu dni następnych stopniowy spadek ciepłoty i po 4 tygodniach od zachorowania opuszcza, będąc zupełnie zdrowym, szpital.

Wreszcie na tem samym posiedzeniu Dumas omawia sprawę *stosunku nadciśnienia do zmian nerkowych* i uważa, że obje te sprawy bądź to są wywołane przez jedną i tę samą przyczynę, bądź też nadciśnienie, jest cierpieniem pierwotnem, które wtórnie już prowadzi do uszkodzeń nerkowych skutkiem zmian w naczyńkach.

Z j a z d y

Sprawozdanie

z Międzynarodowego Zjazdu Mieszkaniowego i Planowania Miast w Rzymie we wrześniu r. b.

Sprawami mieszkaniowymi i planowania miast zajmuje się Międzynarodowa Federacja Mieszkaniowa i Planowania Miast z siedzibą w Londynie.

Federacja ta, do której należą w charakterze członków urzędy oraz instytucje naukowe i społeczne, zajmując się temi zagadnieniami w poszczególnych krajach, już od wielu lat urządza co rok międzynarodowe zjazdy kolejno w tych państwach, które je do siebie zapraszają.

We wrześniu r. b. zjazd taki odbył się w Rzymie, Neapolu i Medjolanie.

W Rzymie omawiano sprawę historycznego rozwoju tego miasta i jego znaczenie dla nowoczesnej nauki planowania miast, finansowania domów dla robotników oraz warstw średnio zamożnych, przekształcania starych i historycznych miast w kierunku ich unowocześnienia, budowę domów wielorodzinnych w dużych miastach oraz sposoby rozszerzania miast ze specjalnem uwzględnieniem miast starożytnych.

W Neapolu zwiędzano głównie miasto, w Medjolanie wysłuchano referatu o rozwoju tego miasta oraz szeregu mów wszystkich delegacji różnych państw na zamknięcie zjazdu.

Liczne wycieczki do okolicznych miejscowości tych trzech miast uzupełniły obrady.

Wszędzie dał się spostrzeżać wielki rozmach w kierunku zaopatrzenia pracującej ludności w mieszkania.

Zjazdy Federacji są niezmiernie interesujące ze względu na tematy i dyskusję oraz wybór samych prelegentów, a organizacja ich jest wzorowa.

Miałem możność o tem się przekonać, gdyż już w roku 1925 byłem w charakterze przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na Zjeździe w Nowym Yorku, w r. 1928 -- w Paryżu, a w roku bieżącym — w Rzymie. Przekonałem się jednocześnie, że Polska powinna się temi zjazdami więcej interesować, gdyż jesteśmy państwem, które pod względem rozwiązania sprawy mieszkaniowej oraz planowania osiedli ma rzeczywiście jeszcze wielkie potrzeby i trudności.

Delegacja polska na zjeździe w Rzymie reprezentowała między innemi Ministerstwo Robót Publicznych, Towarzystwo Urbanistów Polskich, Magistrat m. st. Warszawy oraz poszczególne samorządy. Cieszyć się należy z tego, że coraz więcej poznają nas zagranicą nie tylko z pochodzenia, ale i z prac i głosów, zabieranych w dyskusji.

Zwrócić jednak należy uwagę na to, że powinniśmy mieć na zjazdach tych więcej referatów i więcej osób, które mogłyby coś powiedzieć w dyskusji, bowiem w ten sposób Polska najprędzej może wykazać, że jest jednym z poważnych czynników w dziedzinie kulturalnej współpracy narodów.

Przyjęcia we Włoszech były bardzo gościnne, nacechowane niezwykle serdecznością, a przyjęcie u gubernatora w Rzymie sprawiło tak miłe wrażenie, że zostanie mi na długo w pamięci. Mimowoli powstaje chęć odwzajemnienia się — poczekamy jeszcze kilka lat, a niewątpliwie będziemy mogli zaprosić zjazd do Warszawy.

Już wspomniałem, że zjazd rzymski poruszył szereg niezmiernie ważnych zagadnień, na tem miejscu muszę się ograniczyć jedynie do najbardziej zasadniczych.

W dziedzinie finansowania domów dla robotników i warstw średnio zamożnych podkreślono, że komorne powinno być podniesione w wielu państwach, a przyrównanie komornego w starych domach do komornego w nowych domach winno następować stopniowo.

Zniesienie ustawy o ochronie lokatorów w sposób nagły byłoby niemożliwe, mogąc wywołać wstrząsy społeczne, potrzebny jest raczej wzmocniony ruch budowlany, przedsięwzięty przez czynniki państwowe i samorządowe przy stopniowem usuwaniu ograniczeń prawnych.

Była także rzucana myśl wspaniała, aby kapitały, zaoszczędzone na skutek mającej powstać ogólnej redukcji zbrojeń, obrócić właśnie na budowę mieszkań dla szerokich warstw ludności. Zastanawiano się nad tem, czy należy jeszcze budować domy wielomieszkaniowe, czy też tylko indywidualne. Zależy to oczywiście od warunków ekonomicznych i socjal-

nych, ale niekorzyści, płynące z budowy domów czynszowych, mogą być znacznie złagodzone przez zastosowanie odpowiednich przepisów budowlanych.

Jest wskazane, aby domy wielomieszkaniowe budowano tylko w śródmieściu, natomiast na peryferjach miasta zabudowanie powinno być mniej intensywne. Domy wielkie powinny stać pojedynczo, a nie w szergu zwartym, gdyż wtedy przewietrzanie ich jest znacznie lepsze.

Podniesiono, że domy koszarowe nie są odpowiednie dla dużych rodzin z wyjątkiem chyba mieszkań na parterze lub w częściach budynku, gdzie jest dość światła i powietrza. Wszystkie mieszkania winny być zaopatrzone w niezbędne urządzenia sanitarne.

Mówiąc o przekształcaniach starych, historycznych miast dla ich przystosowania do nowoczesnych wymagań życia, ustalono, że najlepszym sposobem dla zabezpieczenia piękna i malowniczości starych dzielnic jest tworzenie nowych ośrodków.

Regulacja starych dzielnic winna się ograniczać do podniesienia ich stanu artystycznego - historycznego i do ulepszeń o charakterze zdrowotnym, unikając burzenia na wielką skalę, czego by wymagał nowoczesny rozwój komunikacji.

Aby odciążyć starą dzielnicę od wielkiego ruchu, zwłaszcza przejściowego, należy prowadzić drogi obwodowe. Budynki o znaczeniu historycznym winny być otoczone ogrodami i pozostawać jaknajdalej od ruchu.

Przy projektowaniu nowych ulic w starych dzielnicach należy burzyć jedynie te budynki, które nie mają historycznego znaczenia. Należy dbać o zachowanie ogólnego charakteru całych dzielnic. Nowe rozwiązania architektoniczne należy stosować w dzielnicach nowopowstałych.

Przyjęto ogólnie, że miasta powinny wykupywać grunty na potrzeby nowych dróg oraz dla celów budowlanych, zyskując przytem, że przyrost wartości gruntów przy zabudowie terenów pokrywa dużą część kosztów wywłaszczeniowych.

W zakresie rozbudowy miast nakreślono linje rozwojowe różnych miast, wśród których, np. Medjolan rozwijał się w sposób radialny.

Zjazd stoi na stanowisku, że miasto może się rozszerzać tylko do pewnych granic, później zaś musi przenieść swój rozwój na szereg mniejszych miast sąsiednich — satelitów, mogą to być nie tylko miasta -- ogrody, ale i ośrodki przemysłowe.

Gdzie leży ta granica, jeszcze nie określono, wymaga to dłuższych badań. Trzeba również zwrócić uwagę na rozwój powierzchni zielonych i środków transportowych, od których w dużym stopniu zależy kształtowanie się samego organizmu miasta.

Wreszcie poruszono temat, może najważniejszy, dotyczący potrzeby badań w dziedzinie planowania miast. Odnosny referat wygłosił angielski wiceminister zdrowia Dr. Gibbon, który wprowadził dla nauki budowy miast nową nazwę geografii socjalnej. Jest to nauka o warunkach, które normują życie gromad ludzkich w miastach i na wsi, oraz warunkach, które decydują o użyciu gruntu z największą korzyścią dla gminy na cele przemysłowe, handlowe i rozrywkowe.

Dotychczas kierowano się w planowaniu miast zaledwie empiryzmem, zaledwie mamy jeszcze istotnych podstaw, zdobytych drogą starannych badań przeszłych oraz obecnych warunków. Wskutek tego następuje hipertrofia pewnych części na niekorzyść innych. Brak badań daje się odczuwać na całej linii zagadnienia planowania miast, miliony na całym świecie są trwonione na skutek braku uświadczenia co do odpowiednich środków.

Pojedyncze badania w rodzaju tego, jakie przeprowadzono dla Nowego Yorku i jego okolic, są zaledwie pięknym zapoczątkowaniem, jesteśmy jeszcze dalecy od osiągnięcia celu.

W planowaniu miast należy rozróżniać dwa zasadnicze zagadnienia: politykę i stronę techniczną.

Trudno dziś znaleźć ludzi, którzyby jedno i drugie pośiadali.

Dążyć trzeba do tego, by stworzyć nowy zawód, aby ten co planuje miasta, miał odpowiednie kwalifikacje.

Sprawa, poruszona przez dra Gibbona, dawno leżała mi na sercu. Już rok temu, jako członek Rady Międzynarodowej Federacji planowania miast, pisałem do tej instytucji

że należałoby zwrócić uwagę na kształcenie w planowaniu miast, gdyż prawie żadne państwo nie ma w tej dziedzinie ustalonego systemu.

Obiecano mi, że przyszłe zjazdy tą kwestją się zajmą. Nadarzyła się sposobność w Rzymie, bym mógł w dyskusji tę sprawę dalej przedstawić, rozwijając referat d-ra Gibbona w tym sensie, że Międzynarodowa Federacja winna wypracować program odpowiedniego kształcenia w celu wywarcia wpływu na wszystkie państwa w kierunku wpro-

wienia właściwego przygotowania urbanistów do ich pracy zawodowej.

Zjazd rzymski powinien stać się w dziedzinie planowania miast momentem przełomowym, cechującym podniesienie poziomu naukowego tych, co rozwojem miast chcą kierować.

lnż. Z. Rudolf.

Delegat Min. Spraw Wewn.
(Departamentu Służby Zdrowia)

K r y t y k a l e k a r s k a

Z praktyki dla praktyki.

Pomimo wielu zagadnień, które nam nasza działalność lekarska nasuwa, i które wymagają szczegółowego opracowania naukowego, spotykamy się często ze zjawiskami, które pod kategorię nauki w ścisłym tego wyrazu znaczeniu nie podchodzą, a które jednakże nie są pozbawione praktycznego, powiedziałbym, często życiowego znaczenia i dają nam pewne wskazówki, a nawet ostrzeżenia w naszej działalności.

Wszak ostatecznym celem naszym jest życie i szczęście ufających nam chorych. Nie wątpię, że każdy z lekarzy mógłby takie ciekawe epizody z własnego doświadczenia na pożytek chorych i kolegów przytoczyć. Z biegiem czasu zebrałaby się ciekawa, acz pozbawiona „naukowości”, ale niemniej pożyteczna kazuistyka.

Przed 3-ma laty zwrócił się do mnie 38 letni inteligentny, dobrze zbudowany kupiec z jedną skargą na niedostateczną potencję płciową. Ożenił się przed 2 laty ze zdrową, młodą osobą, i obawa braku potomstwa ogromnie go niepokoi. Badanie spermy wykazało zupełny brak plemników. Lekarz, który sprawę badał, miał mu powiedzieć, że wszelkie leczenie jest zbędne, bo jest skazany na bezpłodność.

Uspokoilem chorego i zwykłe w takich sprawach leczenie zaleciłem. Po roku chory znowu się zgłosił. *Potentia* i *libido* lepsze. W spermie znaleziono „kilka plemników” bez ruchu. W styczniu tego roku chory znowu mnie odwiedził wraz z żoną. Małżeństwo, brakiem potomstwa coraz bardziej przygnębione, tembardziej, że znowu jakiś lekarz im wszelką nadzieję w kierunku potomstwa odebrał. Badanie drobnovidzowe wykazuje „jeden nieruchomy plemnik”. Chorego uspokoilem, zapewniając go, że może jeszcze zostać ojcem i t. p. A kilka dni temu dostaję 2 listy: jeden od chorego, drugi od jego żony, że ma wkrótce zostać

matką. Piękny list żony robi wrażenie takiego szczerzego liryzmu, że ani na chwilę nie wątpię, iż jej mąż jest istotnie ojcem przyszłego jej dziecka. List zaś męża zawiera też m. in. wyrazy gorzkiego żalu pod adresem lekarzy, co nań taki „ciężki nieubłagany wyrok wydali”.

Absolutnie, jak już powiedziałem, nie wątpię, że tutaj żaden „trzeci” nie brał udziału, i że pod wpływem tych lub owych trudnych do określenia okoliczności zaszła istotnie i pod względem prawnym normalna ciąża. W każdym razie przypadek ten dowodzi, jak należy być powściągliwym w wyrokowaniu w analogicznych przypadkach *). Wszak przy pewnej podejrzliwości małżonka jego duszę może zacząć gryźć jeden z najjadowitszych dla mężczyzny robaków, którego tak tragicznie nam przedstawił Szekspir w swoim Otellu, a Strindberg w Ojcu, i być powodem prawdziwego dramatu rodzinnego. Przy innym zaś nastawieniu pacjenta, jak to miało miejsce w danym przypadku, znowu kompromitacja lekarza, który swój bezapelacyjny wyrok wydał. Pomijam, że teoretycznie nie jest wyłączone, że trwająca przez dłuższy nawet czas azoospermja może ustąpić (pacjent do 38 roku życia t. j. aż do ożenienia się nie miał nigdy stosunków płciowych), albo też, że fakt jednorazowego braku plemników nie upoważnia jeszcze do rozpoznania stałej azoospermji i rokowania bezpłodności na zawsze. Jeżeli się nie mylę, w literaturze jest nawet mowa o przemijającym braku plemników. Ale głównie chodzi mi o to, jak to już w innym miejscu zaznaczyłem, że należy unikać tych apodyktycznych, groźnych rozpoznań i ponurych rokowań, z którymi teraz coraz częściej na zasadzie jednorazowego li tylko badania się spotykamy. Wyrządzamy nieraz przez to albo ciężką niepowetowaną krzywdę choremu (a w danym przypadku nawet i osobie drugiej), albo też powadze naszej nauki i jej adeptom.

Z. B y c h o w s k i (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Stosunki zdrowotne w Brazylii.

Podał

O. BUJWID (Kraków)
(Dokończenie p. № 50)

Z chorób, jakie trapią Brazylię, a z nią często i naszych kolonistów, należy jako najdotkli-

wsze wymienić dwie: zimnicę złośliwą i robaczyce tęgoryjcową.

Zimnica jest w wielu północnych stanach tak silnie rozszerzona, że nie można przebywać w nich bez stałego stosowania zapobiegawczych dawek chininy. Błotniste obszary stanów Amazonas, Para, położone w pobliżu ujścia wielkich rzek, zwłaszcza

*) Należy jednak również ostrożnie traktować wynurzenia pacjentów i patientek. Pragnienie posiadania własnego dziecka może u najzaczepniejszej nawet kobiety i najlepszej żony wziąć górę nad obowiązkiem wierności małżeńskiej. Innym znów razem troska o własną przyszłość może popchnąć kobietę praktyczną i wyrachowaną do złamania wiary małżeńskiej. (Red.)

Amazonki, nigdy chyba nie będą mogły być uwolnione od lęgu komarów. Nie można nie wspomnieć tu o jednej z przyczyn, która stale istnieje w mniejszych rozmiarach, od czasu zaś do czasu przybiera kolosalnie. Chcę mówić t. zw. pororoco-przypływie z oceanu Atlantyckiego u brzegów Amazonki. Raz do roku koło listopada lub grudnia wody tej rzeki, gnane przez przypływ oceanu, piętrzą się nagle, bo w ciągu kilku godzin na wysokość od 6 do 12 metrów. Łatwo wyobrazić sobie, jakie przestrzenie zostają zalane, i ile wód stojących musi się wówczas tworzyć. Ci, którzy widzieli takie pororoco — co nie jest wcale sprawą bezpieczną, mówią o bajecznych obrazach, powstających przed oczami, jak na ekranie. Z hukiem i grzmotem zapadają się olbrzymie połacie wybrzeża rzeki, tworzą się pływające wyspy, które z szaloną szybkością płyną w górę rzeki, gnane przez spiętrzone fale oceanu, i biada niebaczniemu statkowi, który wówczas znajdzie się na drodze.

W takich warunkach jeden osobnik malaryczny staje się odrazu ogniskiem endemii, która długo nie wygasa, chyba z życiem całej kolonii lub po ucieczce pozostałych jeszcze resztek ludności. W ten sposób okolica, która zaczęła się już zaludniać i skutecznie pracować, niejednokrotnie wymiera lub rozprasza się po innych, nie tak niebezpiecznych okolicach.

Zdaje się, że liczne rzesze kolonistów i może najwięcej polskich, bo ci byli najbardziej opieki państwowej pozbawieni, uległa zimnicy w tych właśnie stanach, reszta przeniosła się do Parany, Sta Cathariny, Riogrande do Sul i inn., gdzie warunki były znośniejsze. Ale i w ostatnich już czasach zimnica potrafiła zniewolić do opuszczenia ziemi uprawianej przez dłuższy czas kolonistów z kolonii Candido d'Abreu w stanie Sta Catharina.

Zimnicę napotykalmy w Brazylii we wszystkich 3 odmianach jej pierwotniaków: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae* i *Plasmodium vivax*. Nie potrzeba chyba zaznaczać, że pierwsza z nich to właśnie przyczyna złośliwej tropikalnej zimnicy, która i u nas bywa niekiedy, jak to spostrzegali Lewkowicz, który przed 30 laty pracował nad tym pasorzytem w moim zakładzie w Krakowie. Dwa następne, według nomenklatury Brumpta, są to przyczyny czwartaczki i niezłośliwej trzeciaczki.

Niemniej ważne jest zwalczanie w kolonjach robaczycy-ankilostomiaz, która jest w Brazylii tak rozpowszechniona, że, jak twierdzi Belizario Penna, 95 proc. ludności jest przez tę chorobę dotknięta. Przyczyną jest brak wychodków i wynikające stąd rozmnażanie się larwy pasorzyta *Necator americanus* albo *Uncinaria americana* w otoczeniu domów, na powierzchni ziemi, stale zwilżane przez deszcz w porze deszczowej, gdyż wilgotne gorąco niezwykle sprzyja rozwojowi robaczka. Usunięcie jego z ustroju nie przedstawia żadnej trudności po zastosowaniu leków przeciwczerwieniowych w pierwszym rzędzie nekatoriny Mercka, która jest czterochlorkiem węgla, doskonałym środkiem, jakkolwiek niektórzy koledzy, pomiędzy nimi Czaki z Marechal Mallet, przestrzegają przed nieostrożnym używaniem, polecając inne znane środki, dawniej używane.

W niektórych polskich kolonjach o cieplej-

szym klimacie w stanie Sta Catharina widziałem dzieci o charakterystycznym wyglądzie anemicznym, leniwe do nauki, ospałe — wymaga to rychłych środków zaradczych.

Jedną z poważnych endemii brazylijskich jest trąd, który się tam widocznie rozszerza, będąc przeniesiony, jak twierdzi ks. Kominek, przed laty przez niemiecki statek, naładowany trędowatymi z pod Memla (Kłajpeda), gdzie było wielkie ognisko tej choroby. Istotnie szerzy się on najwięcej wśród kolonistów niemieckich w stanie Sta Catharina. Spotkałem tam trzy rodziny niemieckie i trzy polskie, wśród których byli członkowie rodziny, zakażeni trądem. Rodziny polskie były związkami małżeńskimi, związane z Niemcami.

Belizario Penna oblicza odsetek trędowatych w Brazylii bardzo wysoko, bo na 1 p. mile, zwłaszcza w stanach północnych. W kolonjach czysto polskich w stanie Rio Grande do Sul o trądzie zupełnie nic nie słychać.

Znowu ważna wskazówka dla towarzystw kolonizacyjnych.

Opieka nad trądem nie jest wystarczająca: są dotychczas, o ile mi wiadomo, 4 schroniska izolacyjne dla trędowatych, mieszczące około 4.000 osób, i znajdują się w budowie dalsze dwa lub trzy, ale do liczby właściwej bardzo daleko. Zdarzają się często przypadki trądu, które można spotkać nawet na ulicy Rio de Janeiro lub w najbliższej okolicy.

Wypętiona do niedawna, jak się zdawało do szczętnie, żółta febra nanowo zaczyna napastować stolicę, gdzie w roku ubiegłym, a jeszcze więcej w roku bieżącym sporo wysiłków czyniono, ażeby nie dopuścić do szerszego rozwoju epidemii. Choroba ta jest stale nieopanowaną w północnych stanach o wysokiej ciepłocie rocznej, gdyż, jak się pokazało z nowszych spostrzeżeń Aragao de Beaurepaire, komar przenosić: *Stegomyia calopus*, *Aedes Aegypti* lub *Aedes argenteus* może się rozmnażać tylko w ciepłocie 27° C., natomiast gdy ona opada poniżej 15° C, ruchy jego stają się ociężałe i nie kasa, siedząc w ukryciu po ciemnych kątach. Stąd nigdy nie bywa żółtej febr, w porze chłodniejszej w stanach środkowych, gdzie ciepłota wśród zimy obniża się do 10° C. Natomiast wśród lata komar uzyskuje dla siebie i swego potomstwa doskonałe schrony w szerokich i długich kanałach miejskich, gdzie może dobrze przetrzymać. Jeszcze jedną właściwość odkrył i w Nr. 9 Annales de l'Institut Pasteur opisał Roubaud, mianowicie, że komar ten składa jajeczka niekoniecznie na wodnych roślinach, jak dotąd myśłano, ale może je składać na suchym miejscu, gdzie one długo wytrzymują wilgoci, poczem się wylęgają. Komar ten należy do rodziny *Culicinae* i ma zwyczaj tej rodziny właściwe. Kasa przez cały dzień, nie czekając wieczoru, jak to robi widlisz, ale nie odmawia sobie przyjemności ukąszenia również w nocy i wieczorem; napadając zdradziecko, sadowi się na skórze ofiary bez żadnego brzęczenia, jak to robi widlisz. Po nassaniu się przez dni 70 może nosić w sobie zarazki żółtej febr, jajeczka zaś składa w wodzie stojącej, do czego wystarcza mu jakikolwiek ułamek starego naczynia, z trochę wody deszczowej. Po kilku godzinach z jajeczek wylęgają się larwy, które Beaurepaire żywi listka-

mi róży, zaś po 8 dniach z larw wychodzą dojrzałe komary. Sama żółta febra w chorym, jako zarazek, jest do przeniesienia zdolna tylko w ciągu 3 dni najwyższej ciepłoty, podczas których chory musi się znajdować bezwarunkowo pod siatką, jako wysoce niebezpieczny, poczem, jako wolny od żywego zarazka, może pozostawać w towarzystwie zdrowych.

Ze zwierząt, które mogą być zarażone przez zakażonego komara, udało się stwierdzić, że tylko małpy azjatyckie *Macacus rhesus* i *M. cynomolgus* oraz *M. speciosus* są wrażliwe, brazylijskie nie przyjmują zakażenia. Próby na tych małpach wykonane, dowodzą, że i one są również tylko przez 3 dni żywym zarazkiem obarczone.

Jeżeli małpa przeżywa, wówczas po 3 dniach zarazka nie udaje się otrzymać.

Zarazek sam dotąd poznany nie został, wiadomo tylko, że nie jest to *Leptospira*, którą opisał Noguchi.

Z narządów małp, padłych na żółtą febrę, można otrzymać szczepionkę, którą Hindle i Aragao de Beaurepaire przyrządzają, rozcierając mózg, wątrobę, płuca, nerki małp z 1% fenolem, który zabija zarazek, zachowując własności ochronne, jak to badacze ci stwierdzili na małpach, które udało im się uodpornić przeciwko ukąszeniom zakażonego komara.

Szczepionka, jak to mogłem stwierdzić na sobie samym, nie powoduje żadnej poważniejszej ogólnej, ani miejscowej reakcji, prócz lekkiego bólu w miejscu ukłucia, i przechodzi bez podniesienia ciepłoty. Szczepienie wykonałem na 9 osobach personelu poselstwa polskiego dwukrotnie; to samo doradziłem wykonywać i na dalszy czas, gdyż uważam, że jednokrotne szczepienie nie będzie dawało gwarancji dostatecznej ze względu na to, że chodzi tu o wprowadzenie zarazka martwego i to w ilości drobnej, o ile sądzić można z ilości zakaźnych części narządów, wprowadzonych zwierzętom w celu zakażenia.

Należy wspomnieć o silnie miejscami rozszerzonej Leishmaniozie, zależnej od wiciotkowca — *Flagellatae* — *Leishmania tropica*. Przenosi je *Phlebotomus*, drobna muszka kłująca, która zamieszkuje miejscowości przeważnie lesiste. Owrzodzenia, powstałe po przeniesieniu pasorzyta, powodują zniszczenie rozległe części miękkich, dochodzące nieraz do potwornych rozmiarów. Często zmiany, przez chorobę spowodowane, bywają rozpoznawane jako daleko posunięte zmiany kiłowe. Vienna stosuje z dobrym skutkiem zastrzykiwanie winianu antymono potasowego (emetyk), po zastosowaniu którego zmiany goją się w ciągu kilkunastu dni.

Planorbis — ślimak wód stojących, jak stwierdził Lutz, przenosi w Brazylii dosyć pospolitą Bilharziosę zależną od obecności w ustroju, najczęściej w pęcherzu, *Schistosoma mansoni* (*Distomum haematobium*), ale i w jelitach człowieka i zwierząt, jak to stwierdził Leiper. Jajeczka dostają się z kałem do wody, larwy, które z nich wychodzą żyją krótko w wodzie i rychło lokują się w ślimakach. W Brazylii napastowany przez nie jest *Planorbis olivaceus*, w którym pasorzyt odbywa swój cykl rozwojowy w ciągu 30 dni a przez 3 miesiące przebywa w ślimaku. Do wody wydostają się w postaci cercaryj 0,5 mil. długości, opa-

trzonych ostreimi różkami, które ułatwiają dostanie się ich do jelita grubego lub wątroby przez skórę. Samice za pomocą właściwego tropizmu dostają się do żył jelitowych, wytwarzając tu szczególnie *endophlebitis*. W jelicie tworzą się miękkie polipy, podobne nieco do żylaków (hemoroidalnych). Choroba, zresztą nie groźna, może zostać długo albo wcale nie wykryta. Zapobieganie chorobie łatwe tam, gdzie panuje porządek w kierunku dołów kloacznych.

Dracunculus medinensis, przyczyna nitecznicy, *Filariosis*, został dotychczas stwierdzony tylko w stanie Bahía i Guyanie, nie został zauważony w stanach środkowych Brazylii.

Jest natomiast *microfilaria-Wüchereria bancrofti-Filaria sanguinis hominis* —, jak to stwierdził Manson, przenoszona przez różne komary, należące do gatunku *Anopheles* i *Culex*. Choroba zaczyna się w dzieciństwie i często trwa długo bez spowodowania cięższych zaburzeń. Pasorzyt mieści się w postaci kłębków w naczyniach limfatycznych, niekiedy we krwi, mianowicie, dotyczy to młodych zarodków, które, będąc nagromadzone w wielkiej liczbie niekiedy powodują ciężkie przerzuty, zgrubienia zapalne i zastój w naczyniach chłonnych, w pewnych okolicznościach dając początek słoniowatości (*Elephantiasis*), najczęściej kończyn dolnych i u mężczyzn moszny. Ciężkie przypadki muszą być poddane operacji.

Nie można też nie wspomnieć o czerwonce pochodzenia pełzakowego, która w niektórych okolicach i w pewnych warunkach często bywa spostrzegana, na szczęście, mając przeciwko sobie bardzo skuteczny lek w postaci emetyny. *Entamoeba dysenteriae* w Brazylii często bywa znajdowana u ludzi zdrowych, którzy w ten sposób stają się nosicielami zarazka i w sprzyjających okolicznościach mogą roznosić go, wytwarzając ogniska endemiczne. Z dawnych doświadczeń Loesch'a wiadomo, że pełzak ten może być wszędziebylczy i wcale nie jest właściwością jedynie krajów podzwrotnikowych. Bywa on przecież spostrzegany i na północy Europy.

Szereg chorób, które spotykamy w Brazylii, nie został przeze mnie wyczerpany. Badania ujawniają coraz nowe formy pasorzytów i ich przenosicieli.

Zwiedzając kolonie polskie, miałem przedewszystkiem na względzie zapoznania się z temi czynnikami chorobowymi, które mogą być groźne dla rozwoju kolonij. Przekonałem się, że naprawdę groźne są w pewnych warunkach dotychczasowych tylko zimnica i robaczyca tęgoryjcowca. Ale i te już wystarczają, ażebyśmy zwrócili baczną uwagę na stan zdrowotny naszych kolonij i nie pozostawiali nadal biernymi świadkami marnowania się sił, które mogą być zwrócone ku pożytkowi własnemu i kraju macierzystego. Należy dopomóc Brazylii tam, gdzie ona sama naszym rodakom pomóc nie może, wypada zaś zaznaczyć, że rolnik polski jest elementem, przez społeczeństwo tamtejsze bardzo pożądanym. Ale już sami Brazylijanie widzą potrzebę liczniejszej polskiej inteligencji. Prawda, że w ostatnich czasach zaczęła się ona wytwarzać na miejscu wśród polskich zrzeszeń w Kurytybie, Rio Grande do Sul i w S. Paulo. Należy z temi zrzeszeniami utrzymywać stałe zetknię-

cie i dopomagać im słowem i czynem, bo same są one jeszcze zbyt słabe, ażeby wszystkie trudności mogły pokonać. Bardzo ważnym brakiem jest pomiędzy innemi nieistnienie dotychczas zorganizowanej opieki lekarskiej. Kolonie, liczące po kilka tysięcy ludności czysto polskiej, nie uległy wynarodowieniu, ale nie oświeconej, czeka niecierpliwie na pomoc kraju, dziś mającego już własny byt państwowy. Tylu mamy młodych lekarzy, którzy mogliby w tym bogatym kraju wśród rodaków stworzyć nowe ogniska kulturalne i zapewnić nie tylko dobrobyt sobie, ale przyczynić się do powiększenia dobrobytu kolonij, a potem stworzyć nowe ogniska ekonomiczne, powiększyć eksport wyrobów polskich, tam mało rozpowszechnionych a bardzo upragnionych. Często słyszałem żądania takie, wypowiedziane przez ludzi, znających tamtejsze stosunki. W ten sposób lekarz w polskiej kolonii mógłby się stać czynnikiem wszechstronnej kultury polskiego kolonisty.

Na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Wil-

nie miałem sposobność podnieść w sekcji higienicznej żądanie stworzenia przy jednej z katedr higieny w Polsce wykładów z dziedziny higieny tropikalnej i parazytologii, ażeby w ten sposób pobudzić ruch w tym kierunku wśród młodych adeptów naszej wiedzy lekarskiej. Sądzę, że byłby to jeden z pierwszych sposobów zainteresowania szerszych kół lekarskich i nielekarskich naszymi kolonjami za oceanem. Prawda, mamy bardzo dużo do roboty u siebie na miejscu. Ale inne narody dawno już zrozumiały, że kolonie są nieodbitą potrzebą do normalnej ekspansji na zewnątrz. Mamy już początek, własny port Gdynię, z której wyjeżdżają za ocean polscy koloniści na polskich statkach. W Gdyni musi powstać naprzód ośrodek uświadamiania wyjeżdżających kolonistów pod względem zdrowotnym, ale to nie wystarczy na długo. Muszą się wśród młodszych kolegów znaleźć jednostki ofiarne, które zechcą pracować dla kraju, żyjąc wśród rodaków poza krajem, lecz utrzymując z krajem kontakt stały.

Życiorys

I. P. Pawłow

(W 80-tą rocznicę urodzin).

Nauka przyrodnicza posiada swoich klasyków, których twórczość nadaje kierunek całemu okresowi jej rozwoju, którzy odkrywają dla wiedzy nowe drogi i wskazują jej nowe horyzonty. Do takich klasyków przyrodoznawstwa należy I. P. Pawłow, którego 80-ta rocznica urodzin przypada w roku bieżącym.

Ważniejsze daty z życia Pawłowa są następujące: Urodzony w roku 1849, ukończył w roku 1879 akademię medyko-chirurgiczną w Petersburgu, zaś w roku 1884, jako docent, zostaje wysłany na 2 lata zagranicę, gdzie pracuje u prof. Ludwiga w Lipsku i prof. Heidenhaina we Wrocławiu. W roku 1890 zostaje profesorem farmakologii w akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, zaś w roku 1894 otrzymuje katedrę fizjologii. W r. 1904 Pawłow otrzymał nagrodę Nobla za prace o gruczołach przewodu pokarmowego, w r. 1910 został członkiem rosyjskiej Akademii Nauk.

Jeżeli nie liczyć pierwszych prac Pawłowa nad włóknami batmotropowymi serca, prac, które były ogłoszone w roku 1883, jako rozprawa doktorska, to całą pozostałą jego działalność naukową możemy podzielić na dwa ćwierćwiekowe okresy.

Pierwszy okres był poświęcony badaniu gruczołów przewodu pokarmowego. Poczynając od urzeczywistnienia pomysłu Ecka o przetoki żyły wrotnej*), poprzez cały szereg wspaniałych obmyślanych doświadczeń, polegających na wprowadzeniu chronicznych przetok wszystkich niemal gruczołów przewodu pokarmowego, Pawłow daje fizjologii metodę badania procesów trawienia w warunkach prawie normalnych, metodę stosun-

kowo łatwą, a zarazem subtelną. I nie będzie przesadzone zdanie, że właściwie wszystko co dzisiaj fizjologia powiedzieć może o czynności gruczołów trawiennych, wie ona od Pawłowa lub za jego pośrednictwem. Prace w tej dziedzinie, nagrodzone nagrodą Nobla, zostały uwieńczone dziełem klasycznym: „Lekcji o robocie piszczewazitielnych żelez”.

Dalsze opracowanie rozpoczętej przezeń dziedziny stało się udziałem uczniów jego i uczniów jego uczniów, którzy, rozproszeni po całej Rosji i poza jej granicami, kontynuują pracę swego Mistrza po dzień dzisiejszy.

Drugim wielkim okresem twórczości naukowej Pawłowa, trwającym od roku 1903 do chwili obecnej, jest praca nad fizjologią kory mózgowej*).

Dziedzina ta przed rozpoczęciem nad nią badań przez Pawłowa właściwie nie istniała dla fizjologii. Teoretycznie uznawano, co prawda, możliwość badania kory mózgowej metodą fizjologiczną, lecz w praktyce wydawało się to nieosiągalne, a to, co fizjologia na ten temat mówiła, poza nauką o lokalizacjach, było bądź mgliste i nieuzasadnione, bądź opierało się całkowicie na psychologii.

Punktem wyjścia badań Pawłowa było stwierdzenie faktu „wydzielania psychicznego”, obserwowanego przy pracy nad gruczołami przewodu pokarmowego. „Wydzielanie psychiczne” — to proste i wyraźne, obiektywnie dostrzegalne zjawisko pochodzenia korowego. Powstaje dla Pawłowa a dylemat; jak je badać? Czy zwrócić się o pomoc do psychologii i objaśniać je przy pomocy pojęć, opartych na introspekcji, czy też rozpocząć badanie ściśle obiektywne? Ufny w wartość metody obiektywnej, Pawłow wybrał tę drogę, wierząc, że nie fizjologia powinna się opierać na psychologii lecz odwrotnie.

*) Badania w związku z przetoką Ecka były prowadzone wraz z Nenckim.

*) Streszczenie teorii Pawłowa działalności kory mózgowej podaliśmy w № 22, 23, 24, 25, 26 Warsz. Czas. Lek., rok 1928

W ten sposób, świadomy wyraźnie swych celów, jasno zdając sobie sprawę z postawionego zadania, Pawłow rozpoczął niemal samodzielnie, opierając się jedynie na własnych siłach, pracę nad działalnością kory mózgowej.

Od tego czasu upłynęło lat niemal 30. Liczba współpracowników, tworzących obecnie szkołę Pawłowa, wzrosła znacznie. Wybudowano (jedyne zresztą na świecie) laboratorium (pierwsze t. zw. „Basznia” w r. 1913), specjalnie przeznaczone do badań w tym kierunku*). Horyzonty rozszerzyły się. Liczba zagadnień wzrosła. Fizjologia kory mózgowej stała się szeroką, w pełni swego rozwoju, opracowaną gałęzią wiedzy.

I chociaż niezmiernie jeszcze daleka jest nasza wiedza od pełnego opanowania naukowego działania kory mózgowej, choć, jak powiada Pawłow „góra nieznanego będzie jeszcze przez długi czas nieskończenie większa od oderwanych od niej cząstek poznanego”, to jednak to, co nam dotychczas dała teoria Pawłowa, stanowi tak trwałą, tak doskonałą w swej budowie fundament, że jest doprawdy godne podziwu, jak jeden człowiek, własną swą wielką pracą i umiejąc natchnąć rzeszę swych uczniów, zdołał stworzyć podobne dzieło.

Warto się przyjrzeć budowie, którą wzniosła szkoła Pawłowa, i jej metodom pracy. Niema tam chaotycznej pogoni za tematami, kierunek badań nie zmienia się, jak to często bywa, zależnie od błędnych ogników, zjawiających się to tu, to tam, na widnokręgu pracy doświadczalnej; badania szkoły Pawłowa od początku odbywają się w sposób planowy i zorganizowany. Każde nowe zagadnienie wyrasta na tle poprzednich, każdy nowy problemat ma swoje dokładnie określone miejsce w całej budowie tak, że fizjologia kory mózgowej, mimo owej „góry niewiadomego”, którą ma przed sobą, śmiało może uchodzić za jedną z najlepiej uporządkowanych gałęzi fizjologii.

I właśnie w obecnych czasach, kiedy praca w różnych dziedzinach nauki odbywa się wyjątkowo chaotycznie i bezplanowo, kiedy istnieje nadprodukcja bezwartościowej literatury naukowej, kiedy rozwój nauki, według pięknych słów Verworn'a, przypomina nie zorganizowany i celowy rozwój tkanek prawidłowych, lecz dzikie i zgubne rozrastanie się nowotworu, — teraz właśnie teoria Pawłowa może stanowić wzór ładu, planowości i celowej pracy.

Pawłow, stworzywszy ściśle obiektywną fizjologię kory mózgowej i uprzątnąwszy z dawnych czasów pokutujące w niej resztki psychologii i psychologizmu, nie neguje, jak to wielu przypuszcza, możliwości i celu istnienia psychologii, jako odrębnej nauki. Uważa tylko, że tak samo, jak fizyka i chemia stanowią podstawę fizjologii, tak samo tutaj: „nie psychologia powinna pomagać fizjologii kory mózgowej, lecz odwrotnie, fizjologiczne badanie tego organu u zwierząt powinno stać się podstawą ścisłej naukowej analizy subiektywnego świata człowieka”.

I niedaleki jest ten czas, mówił Pawłow na tegorocznym zjeździe fizjologów i psychologów w Bostonie, kiedy fizjolog będzie mógł dostarczyć

psychologowi danych o mechanizmie procesów korowych, na których kanwę psycholog nałoży zdobycze, otrzymane przezeń drogą introspekcji.

Jaki jest stosunek świata naukowego, a w szczególności fizjologii współczesnej, do teorii Pawłowa?

Otóż jest rzeczą charakterystyczną, że, o ile to, co Pawłow stworzył w dziedzinie fizjologii przewodu pokarmowego, zyskało sobie w pełni zasłużone uznanie, stało się trwałym, niemal już tradycyjnym dorobkiem nauki, a twórcy nadało imię największego fizjologa współczesnego, o tyle ten drugi najwspanialszy etap twórczości Pawłowa, praca nad działalnością kory mózgowej, pozostaje dotychczas niemal w ukryciu.

O teorii Pawłowa, poza kilkoma komunami, prawie zupełnie nie piszą podręczniki fizjologii, prawie nie istnieją streszczenia tej teorii, popularyzacje, poważne krytyki, nie istnieje dookoła niej niemal żaden światowy ruch naukowy. Należy, co prawda, zaznaczyć, że w Rosji teoria Pawłowa znalazła głośnie echo, i że jest ona tam szeroko omawiana i komentowana. Tłumaczy się to z jednej strony wielkim autorytetem jej twórcy i znaczną liczbą współpracowników, z drugiej zaś pewnymi kwestjami natury ogólnej, które we współczesnej Rosji są szczególnie aktualne, a z którymi teoria Pawłowa pozostaje w dość bliskiej styczności. Toteż szerokie rozpowszechnienie tej teorii i żywa dyskusja, nieraz zresztą bardzo ciekawa i pouczająca jaka się obecnie dookoła niej w Rosji toczy, raczej dotyczy zagadnień ogólnofilozoficznych, związanych z tą teorią, niż samej teorii i ściśle fizjologicznych jej konsekwencji.

Naogół zaś w literaturze fachowej podaje się, co prawda, wzmianki o pojęciu odruchów warunkowych, zaznacza się, że, „genjalny uczony Pawłow wraz ze swą szkołą nad temi odruchami pracuje”, ale więcej, jak dotychczas, do trwałego i znanego dorobku naukowego nie przenikło.

Czemu przypisać to dziwne zjawisko?

Oto poprostu temu, że teoria Pawłowa jest jeszcze dotychczas prawie zupełnie niezrozumiana. Dopóki Pawłow znajdował się jeszcze na niższych etapach swojej wielkiej pracy naukowej, dopóki nie wykroczył poza ramy współczesnej fizjologii, zyskał wszechświatowy rozgłos i uznanie, gdy zaś stanął na szczytach swej twórczości, gdy wysunął się daleko ponad dotychczasowe zdobycze nauki — stał się niezrozumiałym.

Prawda, Pawłow nie znajduje się w tej tragicznej sytuacji wielu genjalnych uczonych, którzy, wyprzedzając swą epokę i będąc przez całe życie zapoznani i niedocenieni, dopiero u schyłku życia lub po śmierci mogli się doczekać należnego uznania.

Pawłow w tem położeniu nie jest.

Zbyt wielkie są jego zdobycze z pierwszego okresu twórczości, zbyt wielki jest jego dorobek, który przeniknął do nauki, aby mogła go spotkać tragedia nieuznania. Za wielką wiarę ma świat naukowy w twórczą potęgę Pawłowa i za wiel-

*) Obecnie z powodu 80-lecia Pawłowa rząd sowiecki przeznaczył na odnowę pracowni 100.000 rubli.

zie zaufanie do jego osoby, ażeby mogła go otaczać martwa obojętność. Lecz, choć nie spotyka go obojętność ani brak uznania, nie towarzyszy tej jego pracy żaden oddźwięk zrozumienia, żadne echo współpracy myślowej; twór jego otacza tylko... legenda.

I dlatego, jakkolwiek paradoksalną jest ta prawda, faktem jest, że, mimo wielkiego rozgłosu i uznania, jakim cieszy się na całym świecie Pawłow, w istocie rzeczy jest on dotychczas jeszcze nieodkryty i zapoznany.

Źródła tego faktu szukać należy przede wszystkim w tem, że teoria Pawłowa, wykraczając poza ramy współczesnej fizjologii, przyswaja dla niej dziedzinę, dotychczas opanowaną niemal wyłącznie przez psychologję. Zjawiska, uzależnione od kory mózgowej, zwykło się interpretować, zarówno u ludzi, jak u zwierząt, wyłącznie psychologicznie, jako przejawy ich działalności duchowej, i to przyzwyczajenie jest nam wpojone już nie przez naukę, lecz przez samo życie. Pies na dźwięk metronomu w pewnych okolicznościach dlatego wydziela ślinę, że oczywiście przypomina sobie o jedzeniu, a ucieka, gdy zamierzamy się nań kijem, bo boi się uderzenia. To psychologiczne tłumaczenie zachowania się zwierząt, a tembardziej jeszcze ludzi jest w nas tak głęboko zakorzenione, że niemal nie wyobrażamy sobie możliwości innego ujęcia.

Teoria Pawłowa, badając powyższe zja-

wiska metodą obiektywną, jako przejawy działalności korowej, każe nam wyzbyć się dotychczasowych nałogów myślowych, zmusza nas do zajęcia zupełnie nowego, obcego nam stanowiska, każe niejako patrzeć na ruchy słońca oczyma Galileusza, i to nowe nastawienie psychiczne, jakiego od nas ta teoria wymaga, jest poważną trudnością, którą mamy do pokonania.

Powtóre zaś, teoria ta, mimo pozornej łatwości i niebywalej jasności stylu Pawłowa, jest prostu i zwyczajnie — trudna. Fizjologja najbardziej skomplikowanego narządu ustroju, którego procesy są przecież tak zawiłe, że przez długi czas wogóle nie widziano możliwości badania ich od strony obiektywnej, nie może być łatwa. To też problemy, które fizjologja kory mózgowej spotyka na swej drodze, są nieraz tak trudne, a zjawiska tak skomplikowane, że gruntowne zapoznanie się i zrozumienie tej gałęzi fizjologii wymaga długiej i uciążliwej pracy.

Istnieją jednak ludzie, którzy teorię Pawłowa poznali i zgłębili. Są to po większej części ci, którzy pracując pod bezpośrednim kierownictwem Pawłowa i obcując z nim stale myślowo, są współtwórcami jego teorii i dzięki nim ten tak bardzo sławny, a jednak tak bardzo niepoznany uczony zostanie kiedyś „odkryty”.

Jerzy Konorski i Stefan
Miller (Warszawa).

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Johann Weyer. (Johannes Wierus).

Urodził się w Holandji w r. 1515, zmarł w r. 1588. Był uczniem Agryppy von Nettesheim z Bonn, znanego lekarza-astrologa i zdeklarowanego blagiera-szarlatana. Dużo podróżował, zwłaszcza w krajach egzotycznych, gdzie zapoznał się szczegółowo ze sztuką czarnoksięską. Jako lekarz, zdobył sobie sławę naukową i dużą popularność. Został mianowany medykiem nadwornym księcia Wilhelma IV. W dziejach medycyny odznaczył się pracą pod tytułem: „*de daemonum praestigiis*”, która wyszła w 6-ciu wydaniach. Był to okres wiary w czarownice i diabłów, podtrzymywanej przez samego Lutra.

Walka z tym zabobonem nie była wówczas łatwa i wymagała dużej odwagi. Weyer umiał pozyskać dla swoich poglądów ks. Wilhelma, którego przekonał, że prześladowanie czarownic jest aktem nie tylko demoralizującym, lecz i szkodliwym dla państwa. Dzięki jego zabiegom wstrzymano wiele procesów, lecz, niestety, nie na długo. Nieuleczalna choroba Wilhelma i jego syna rozpętała nanowo krwawe prześladowanie czarownic i tropienie diabłów.

Weyer uchodzi za drugiego psychiatrę po Paracelsie, który pierwszy ogłosił pracę z tej dziedziny pod tytułem: „*De morbis amentium*”.

Jak Paracelsus, głosił, że czarownice, jak również opętane przez nie jednostki, to tylko chorzy ludzie, i należy ich traktować poludzką, „gdyż wiadomo, co każdego z nas czeka jutro”.

W owym czasie, kiedy obłąkanych traktowano gorzej nawet, niż przestępców, kiedy kajdany, hełmy czaszkowe, trumny i wypędzanie djabła systemem inkwizycyjnym uchodziły za jedyną terapię psychiatryczną, taki głos humanitarny był nie tylko dowodem współczucia, lecz przede wszystkim głębokiego zrozumienia istoty rzeczy. Dewizą Weyera było: „*vince te ipsum*”.

Thierry de Hery.

Wybitny lekarz i chirurg francuski, współczesnik i przyjaciel Parégo, wstawił się wprowadzeniem do Francji, po odbytej kampanji włoskiej w r. 1537, wcierań rtęciowych w syfilisie. Wydał wyczerpującą pracę pod tytułem: „*La méthode curative de la maladie vénérienne, vulgairement appelée grosse vérole et de la diversité de ses symptômes*”.

Opowiadają o nim, że pewnego razu, zwiedzając kościół św. Dyonizego w Paryżu, zatrzymał się przed grobowcem Karola VIII i, ukląkwszy, zaczął gorąco modlić się. Zakrystjan, widząc tę scenę, pociągnął go za połę i oświadczył mu, że niezawodnie omylił się, gdyż grobowiec, przy którym modli się, nie należy do żadnego świętego, jeno do króla.

„O, prostaczku”, odrzekł Thierry, „szanuję

twoją naiwność i, jeżeli kiedykolwiek zapadniesz na tę neapolitańską chorobę (tak wówczas nazywano kiłę), wyleczę cię darmo za twoją złą uwagę. Dowiedz się, że zawdzięczam temu dobremu królowi więcej, niż wszystkim świętym razem, gdyż on sprowadził do Francji chorobę, która zapewniła mi fortunę."

Wprowadzenie rtęci w terapii syfilisu w owym czasie dawało olbrzymie dochody lekarzom. We Włoszech zdobył sobie krezusowy majątek współczesnik Thierriego Berengario da Carpi, który brał honorarja, o których dzisiejsi lekarze nawet nie odważyliby się marzyć. Za wyleczenie, na przykład, kardynała Collonna Berengario zażądał ni mniej, ni więcej tylko „Jana Chrzyciciela” pendzla Rafaela.

Ileż to trzeba zachodu dziś, aby otrzymać zwykłą reprodukcję na państwowym blankiecie kredytowym! Najwymowniej świadczą o tem uginające się pod ciężarem ogłoszeń dzisiejszych syfilidologów szpalty gazet.

Tycho de Brahe.

Urodził się w r. 1546, zmarł w r. 1601 w Danii. Z zawodu astronom, studjował również medycynę, z której ogłosił bardzo ciekawe prace. Niektórzy dopatrują się w nim ideowego inicjatora homeopatii. W jednym ze swych listów do Jatro-matematyka Rothmanna wypowiada w tej sprawie następujące poglądy. „Światło północne powstaje z zapalnych gazów siarkowych i zwiastuje burzę, suszę lub zimno. Jeżeli zjawia się ono zbyt często, to staje się oznaką, że powietrze przesiąknięte jest zarazą, która również jest pochodzenia siarkowego. Należy ją leczyć oczyszczoną siarką. *Tamquam simile suo simili*. „Była to w owym czasie zupełnie nowa myśl, która sprzeciwiała się ogólnie przyjętej zasadzie Galenowskiej terapii: *„contraria contrariis curare”*.

Ten wybitny astrolog i lekarz zakończył swój żywot w sposób niezupełnie poważny.

Podczas jednej ze swych podróży w towarzystwie króla Rudolfa uczuł nagle potrzebę wypróżnienia pęcherza, lecz krępując się obecnością Jego Królewskiej Mości, nie miał odwagi poprosić o zatrzymanie powozu. Po przybyciu na miejsce wystąpiły już objawy zatrucia. Ratunek był spóźniony. Z powodu tego niezwykłego serwilizmu ktoś skomponował mu następujący nagrobek:

„Ci gît, qui possédant les plus hautes sciences
Fut victime des bienséances
Et dont le vrai portrait je fait en un seul mot:
Il vécut comme un sage et mourut comme un sot”.
Od te o czasie pozostał zwrot: „*Tycho me vocat*”, jako określenie potrzeby, nie dającej się odwlec.

WIEK XVII.

Okres biologiczno-naturalistyczny.

Po okresie Renesansu, którego główną zasługą było założenie podwalin pod budowę medycyny racjonalnej przez zbliżenie jej do nauk przyrodniczych i analizę zjawisk otaczających, nastąpił czas biologiczno-naturalistyczny. Medycyna zaczęła likwidować resztki spuścizny kierunku apriorystyczno-dedukcyjnego. Do zwrotu tego przyczyniły się w dużym stopniu

nowe prądy filozofji, które zwolniły nauki przyrodnicze od pozostałości scholastycznych. Na okres ten przypada rozkwit różnych specjalności. Tego samego, co uczynił renesans w stosunku do chirurgji, dokonał on w stosunku do położnictwa, które dotychczas znajdowało się w rękach akuserek. Gałąź ta została zupełnie usamodzielniona i podniesiona do godności innych działów medycyny. Jednocześnie zostały założone, zwłaszcza we Francji, pierwsze zakłady położnicze, gdzie odbywały się stałe wykłady dla studentów.

Pomiędzy różnymi kierunkami, największem powodzeniem cieszyły się teorie *jatro-chemiczna* i *jatro-mechaniczna*.

Najwybitniejszym przedstawicielem kierunku jatrochemicznego był

Sylvius. (Franz de le Boë).

Urodził się w r. 1641 w Hanau, zmarł w r. 1672. Jego teoria chemizmu była właściwie odnowieniem humoryzmu Galenowskiego. Według niej pokarmy pod wpływem soków wydzielniczych gruczołów śluzowych żołądka, trzustki, wątroby, a nawet śledziony ulegają fermentacji w postaci wzajemnej przemiany kwasów i zasad i przechodzą następnie do krwi, gdzie pod wpływem ciepła poddają się dalszym przeobrażeniom. Ciepło zaś powstaje przez pracę serca, które wprowadzone jest w ruch dzięki fermentacji krwi. Główną rolę w całej tej akcji miały odgrywać specjalne czynniki (*spiritus animales et volatiles*), które zdaniem Sylviusa, powstawały przez subtelną destylację płynów ustrojowych we krwi i mózgu, skąd drogą nerwów przedostawały się do narządów wewnętrznych. Czynniki te miały występować wszędzie, gdzie zacho-dziła potrzeba, niby *deus ex machina*.

Również lecznictwo opierał Sylvius na zasadach chemizmu i stosownie do tego, czy przeważały kwasy, czy też zasady, zalecał odnośną neutralizującą terapię.

Jatrochemja, oparta na sekrecji, uchodziła w swoim czasie za ostatni wyraz ścisłej nauki, gdyż logicznie zdawała się być niewzruszona, i trzeba było aż półtora wieku, aby uwidocznic sztuczność tej „naukowej biochemji”

Teorię swoją ogłosił Sylvius w głośnem dziele pod tytułem: „*Praxeos medicae idea nova*”.

Giorgio Baglivi.

Z pochodzenia Ormianin, urodził się w Raguzie w r. 1669, zmarł w Rzymie w r. 1707. Przedstawiciel szkoły jatro-mechanicznej, studjował przeważnie w Neapolu, odbył podróże naukowe do wielu miast włoskich. W pracy „*De praxi medica*” kładzie główny nacisk na „*ratio i observatio*”. Łóżko chorego uważa za najlepszy podręcznik.

Teoria jego opierała się na zasadzie, że ustrój żywy podlega stałym ruchom, których zakłócenie powoduje objawy chorobowe. Główne siedlisko zaburzeń ruchowych widział Baglivi w naczyniach końcowych, a mianowicie, w zatorowaniu ich światła. Jatro-mechanika wieku 17-go dotyczyła tylko etjologii i patologji chorób i nie wkraczała zupełnie w dziedzinę terapii i tem różniła się od teorii mechanicznej metodyków z okresu przedgalenowskiego, która rozciągała się również na lecznictwo.

Prócz licznych prac naukowych Baglivi był

również autorem bardzo ciekawych aforyzmów. Oto niektóre z nich.

„Kto dobrze rozpoznaje, ten dobrze leczy”.
„Próżność i pogoń za sławą we wszystkich czasach ogłupiała lekarzy, skłaniając ich do tworzenia różnych partij zamiast kierowania ich wysiłków do nowych poszukiwań i badań nad chorymi”.

„W żadnym czasie nie ogłoszono tylu książek, jak w naszym, lecz również nigdy nie były one tak ubogie w treść i wartość praktyczną, jak obecnie”.

„Pozowanie w akademjach, zwiedzanie bibliotek, duże księgozbiory, nigdy nie przeglądane, należenie do towarzystw naukowych, figurowanie w pismach — wszystko to nie przynosi najmniejszej ulgi cierpieniom chorego”.

Pomimo trzech wieków, które dzielą nas od Baglivięgo, morał tych aforyzmów nie stracił nic na swojej aktualności, a co zdaje się być znamiennejsze, przypuszczalnie w kilka wieków po nas będzie niemniej aktualny, niż dziś!

William Harvey

Był najwybitniejszą postacią tego okresu nie tylko pod względem położonych przez siebie zasług na polu medycyny, lecz również pod względem ideowym. Urodził się w Folkestone w r. 1578, zmarł w r. 1658 w Hampstead. W roku 1615 powołany został na profesora anatomji w Londynie, a w r. 1630 na nadwornego lekarza króla Karola I. Sławę zdobył sobie swem nieśmiertelnem dziełem „*De motu cordis et sanguinis*”, w którym podał dokładny opis dużego krwioobiegu, jakkolwiek nie znał jeszcze budowy naczyń włosowatych, opisanych dopiero później przez Malpighiego. Ówczesni anatomowie i fizjologowie, zwolennicy ideologii wilalistycznej, wystąpili ostro przeciw takiemu materialistycznemu pojmowaniu czynności ustrojowych. Harvey walczył niezmordowanie przez całe życie ze swymi przeciwnikami, którzy często nie przebierali w środkach. Głównym jego przeciwnikiem był słynny podówczas anatom Jean Riolan w Padwie.

Poza odkryciem wielkiego krwioobiegu Harvey ogłosił jeszcze szereg prac oryginalnych na temat ewolucji organizmu. Nazywano go sarkastycznie twórcą „teorii jajecznej” („*Omne animal ex ovo*”). Harvey nie doczekał się uznania dla swego wieko-

pnego odkrycia. Zmarł w nędzy. W ostatnich latach swego życia zaczął zatracać wzrok.

Pewnego razu, kiedy służący zbudził go, oświadczając, że już jest późno, Harvey zrozumiał, że przed nim zapanowała wieczna noc. Podniósł się z łóżka, wy dostał przechowywaną przez siebie truciznę i przerwał nić swego niezwykle płodnego i smutnego żywota. Odszedł wprawdzie w warunkach lepszych, niż inny wielki męczennik wiedzy — odkrywca małego krwioobiegu Servet o, lecz również jak on, niezrozumiany przez swoich współczesnych.

Dopiero w r. 1766 Kolegium lekarzy londyńskich zdecydowało ogłosić jego prace pod tytułem: „*Opera omnia*” w dwóch tomach. Znacznie później rodacy jego wystawili mu piękny pomnik na południowym wybrzeżu Anglii, zwrócony twarzą do kanału. W jednej ręce trzyma Harvey serce, drugą przyciska do serca własnego.

Ludzie umieją za pomocą pięknych symbolów rehabilitować swe grzechy, a jednocześnie w dalszym ciągu stosować gwałt moralny i fizyczny wobec każdej nowej śmielszej myśli w życiu i nauce!

Marcello Malpighi.

Urodził się w roku 1628, t. j. w roku odkrycia przez Harveya krwioobiegu, zmarł w r. 1694 w Rzymie. Był on profesorem w Bolonii, Pizie i Messynie. Od roku 1691 pełnił obowiązki przybocznego lekarza papieża Inocentego. Malpighi uchodził za twórcę anatomji mikroskopowej. On pierwszy posługiwał się w swych badaniach skonstruowanym przez siebie mikroskopem, złożonym z dwóch wypukłych szkieł o 180 krotnem powiększeniu. Dzięki temu mógł on dokończyć dzieła, zapoczątkowanego przez Servet o i Harveya, i opisać szczegółowo układ naczyń włosowatych. Prócz tej pracy podstawowej Malpighi ogłosił szereg innych z dziedziny mózgu, nerwów i nerek; zbadał histologicznie proces wylęgania się kurcząt, a w swej „*Anatomia plantarum*” opisał szczegółowo budowę i fizjologję świata roślinnego. Malpighi zmarł na atak apoplektyczny. Sekcji jego zwłok dokonał Baglivi, który dokładnie opisał jego chorobę, potwierdzoną wynikiem badań sekcyjnych. Pozostał po nim list do jego przyjaciela Borelliego, w którym opisuje, jaką drogą doszedł do swojego odkrycia: dotyczy on budowy pęcherzyków i naczyń krwionośnych płuc.

Wiadomości bieżące.

— W tych dniach, jak dowiadujemy się z „Kurjera Warszawskiego” (Nr. 344 z d. 15. XII. r. b.), w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyło się zebranie w celu uczczenia zasług członka honorowego Stowarzyszenia, prof. Henryka Nusbauma, z okazji 80 rocznicy jego urodzin. W przemówieniu wstępnem wiceprezes Stowarzyszenia, Dr. Orzel, podniósł zasługi naukowe i społeczne Jubilata, zaś szczegółowy rozbiór jego działalności naukowej i społecznej przedstawił Dr. Aleksander Żurkowski. Następnie Dr. Szumlański mówił o roli Nusbauma, jako jednego z założycieli

„Gazety Lekarskiej”, a Dr. Fr. Kowalski — o zasługach Jubilata dla Polskiej Macierzy Szkolnej. Wreszcie p. Adam Bieńkiewicz, ziemianin z Podola, przyjaciel prof. Nusbauma, wygłosił na cześć jego przemówienie w języku łacińskim.

Działalność naukowa i społeczna prof. D-ra Nusbauma była już przy innych okazjach wysoko podnoszona i ogółowi lekarzy polskich zbyt dobrze jest znana, aby trzeba ją było przypominać. Ograniczamy się przeto do krótkiej wzmianki o tej pięknej a tak dobrze zasłużonej uroczystości i ślemy Do stojnemu Jubilatowi życzenia długich jeszcze lat owocnej pracy.

—Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesało do Panów Wojewodów następujący Okólnik.

Nawiązując do okólnika № 207 w sprawie tępienia gryzonów z dnia 23. IX. 1929 r. L. Z. Z. 4446/29, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) uprasza Pana Wojewodę o pouczenie Panów Starostów (Prezydentów Miast), aby przy zarządzone obecnym przymusowym truciu gryzonów wybierano dla danej miejscowości tylko jedną trucikę, i że wszyscy właściciele realności winni pobierać ją w odpowiednim urzędzie gminnym, względnie w jednym miejscu, wskazanym przez niego. Gdyby bowiem poszczególni właściciele realności w danej gminie stosowali różne truciki, to przez to obraz skuteczności działania danej truciki byłby niejasny.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
A d a m s k i

—Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesało do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy następujący Okólnik.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje z początkiem 1930 r. w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie po raz ostatni skrócony kurs wyszkolenia dla tych lekarzy i farmaceutów, którzy zajmują już stanowiska administracyjnych urzędników lekarskich i farmaceutycznych I kategorii w państwowej służbie zdrowia.

Kurs powyższy trwać będzie 4 tygodnie i rozpocznie się w dniu 7 stycznia 1930 r., poczem bezpośrednio po ukończeniu kursu odbędzie się egzamin.

Na kurs ten będą mogli być zasadniczo przyjęci ci z pośród praktykantów względnie prowizorycznych (kontraktowych) lekarzy i farmaceutów, którzy wstąpili do państwowej służby zdrowia przed dniem 1 stycznia 1925 r., a którzy nie odbyli kursu przeszkolenia, w drodze zaś wyjątku również ci, którzy wstąpili do służby w czasie późniejszym, a których ze względu na warunki lokalne i niemożność zastąpienia nie można powołać na pełny kurs przeszkolenia.

Warunki uczestniczenia w kursie przedstawiają się jak następuje:

1) Zgłoszenie na kurs ma charakter dobrowolny. Kandydaci winni dołączać do próśb o dopuszczenie ich na kurs deklarację, stwierdzającą, iż przyjmują do wiadomości, że na czas odbywanego kursu otrzymają tylko płatny urlop, który im będzie udzielony od dnia wyjazdu na kurs, oraz zwrot kosztów podróży wraz z djetami za czas przejazdu, nie otrzymają natomiast djet za czas trwania kursu.

Wszystkim powołanym na kurs Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zapewnia możliwość otrzymania mieszkania wraz z całkowitem utrzymaniem w bursie Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie (ul. Puławska 91) za opłatą 6 zł. 50 gr. dziennie.

2) Kwoty, należne dopuszczonym na kurs kandydatom z tytułu przyznanego im zgodnie z postanowieniami ustępu 1 prawa do zwrotów kosztów podróży i djet za czas przejazdu powinny im być wypłacone przez właściwe władze II instancji z kredytów na podróż służbowe.

Podania kandydatów na powyższy kurs zechcą Panowie Wojewodowie (Pan Komisarz Rządu) przedłożyć Ministerstwu Spraw Wewnętrznych wraz ze swoją opinią do dnia 20 grudnia 1929 roku.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
A d a m s k i

—Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż z dniem 10 stycznia 1930 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie III kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania Inspekcji sanitarnej otoczenia (t. zn. ustępów, studzien, domów, mieszkań i t. p.), wykonywania dozoru sanitarnego nad artykułami żywności, nad miejscami ich wyrobu i sprzedaży, pobierania prób do badania tych artykułów i t. p.

Czas trwania kursu — 5 miesięcy.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia praktyczne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucji i urzędów sanitarnych i t. p.

Program kursu składa się z czterech działów:

I — ogólnoprygotowawczy: niezbędne wiadomości z fizyki i chemii, kreślenia i zdjęcia z natury, wiadomości z prawa sanitarnego, biurowość urzędowa, higiena ogólna i osobista, pierwsza pomoc.

II — dział higieny publicznej: statystyka, choroby zakaźne, choroby zawodowe, higiena społeczna, dezynfekcja, dezynsekcja i deratyzacja.

III — dział techniki sanitarnej: badania wody i urządzeń wodnych, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budownictwa, higiena mieszkań i zakładów użyteczności publicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wentylacja, kąpieliska, badania sanitarne na terenie, sporządzanie sprawozdań.

IV — dział higieny artykułów żywności:

- a) wiadomości co do składu, własności, prawidłowość artykułów żywności i przedmiotów użytku,
- b) kwalifikowanie i sposób pobierania prób do badania,
- c) wstępne badania niektórych artykułów,
- d) przesyłanie prób do zakładów badawczych,
- e) kontrola sanitarna wytwórni i miejsc sprzedaży,
- f) obowiązujące ustawodawstwo.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwo z ukończenia najmniej 4 klas gimnazjalnych, lub 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby, już pracujące w urzędach sanitarnych rządowych lub samorządowych, na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych.

Władze administracji ogólnej, samorządy terytorjalne oraz instytucje sanitarne, zainteresowane w odpowiednim wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonariuszy w drodze udzielenia im płatnego urlopu lub przez udzielenie stypendjum dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł., płatnych przy wpisie w dniu rozpoczęcia kursu.

Słuchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higieny za opłatą kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi 6 zł. dziennie).

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, odpisów świadectw szkolnych, względnie z poprzedniej pracy, świadectwa zdrowia oraz fotografii, na-

ęzy nadsyłać do Sekretariatu Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 grudnia 1929 r.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
Adamski

— Higiena i wychowanie fizyczne na kursach dla inspektorów szkolnych i na kursach dla profesorów szkół średnich.

Ministerstwo Oświecenia organizuje cykl dwumiesięcznych kursów dokształcających dla inspektorów szkolnych i kursów miesięcznych dla profesorów gimnazjalnych. Na kursach tych w ciągu paru lat mają być przeszkoleni wszyscy inspektorzy szkolni i większość profesorów gimnazjalnych.

W programach kursów dla inspektorów szkolnych 3 dni — ogółem 15 godzin — przeznaczono na zaznajomienie słuchaczy teoretycznie i praktycznie z różnymi zagadnieniami z dziedziny higieny szkolnej. — Panowie Inspektorzy wysłuchali szeregu odczytów na temat: „Rola inspektora jako wizytatora higieny” — (Dr. St. Kopczyński), — „Propaganda higieny przez szkołę” — (Dr. K. Mitkiewicz), — „Organizacja opieki nad szkołami powszechnymi w Warszawie” — (Dr. Roszkowski), — „Działalność Ligi szkolnej przeciwgruźliczej” — (Dr. Magnuszewska), — „Praca lekarza szkolnego i higienistki szkolnej w szkole powszechnej” — (Dr. Miklaszewska). — Panowie Inspektorzy zwiedzili ogród Jordanowski przy ulicy Bagatela (Przedstawiela p. Wanda Prażmowska), — Ośrodek Zdrowia w Mokotowie (Dr. Stypułkowski), — poradnie szkolne przy ulicy Sosnowej 4, — i przyjrzyli się pracy lekarza szkolnego i higienistki szkolnej, oraz poglądowym lekcjom gimnastyki na przyrządach i bez przyrządów (p. wizytator Krawczyk i p. Tryburska). — Poza tem zwiedzili szereg szkół powszechnych, wzniesionych w Warszawie w ostatnich latach.

Panowie profesorowie gimnazjalni na swym miesięcznym kursie pedagogicznym mieli w programie około 25 godzin, poświęconym sprawom higieny szkolnej i higieny wychowawczej. — „Fazy rozwoju dziecka w wieku szkolnym” — (Dr. Bogdanowicz), — „Neuropsychopatologia dziecka w wieku szkolnym” — (Dr. Sterlmg), — „Współpraca lekarza szkolnego z nauczycielem wychowawcą”, — „Zwalczanie przeciążenia w szkołach” — (Dr. Kopczyński), — „Propaganda higieny przez szkołę” — (Dr. Mitkiewicz), — „Zagadnienia wychowania fizycznego” — (pp. Sikorski, Olszewska). — PP. profesorowie gimnazjalni odbyli również szereg wizytacji szkół.

Świat lekarski niewątpliwie z przyjemnością stwierdzi dążność Ministerstwa Oświecenia do zainteresowania sprawami higieny i wychowania fizycznego zarówno czynników administracji szkolnej — pp. inspektorów szkolnych, jak i nauczycieli wychowawców. — Do dorocznych kursów przeszkolenia higienicznego nauczycielstwa szkół powszechnych, jakie od paru lat w lecie urządza państwowa szkoła higieny w porozumieniu z Ministerstwem Oświecenia, — dołącza się tu nowy czynnik uświadomienia higienicznego osób, wpływających na oświatę i kulturę kraju.

— Przed rokiem powstało w Warszawie Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu, którego założycielami są: Dr. Adamski, Zastępca Szefa Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Chodźko, b. Minister Zdrowia, Prof. Dr. Konopacki, Dyrektor Zakładu Histologii i Embrjologii U. Warsz., Dr. Łuniewski, Dyrektor Zakładu dla umysłowo chorych w Tworach, Prof. Dr. Mazurkiewicz, Dyrektor Kliniki Psychiatrycznej U. Warsz., Prof. Dr. Orzechowski, Dyrektor Kliniki Neurologicznej U. Warsz., Dr. Piestrzyński, Szef Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Przywieczerski, Naczeinik Departamentu

Śłużby Zdrowia, Dr. Rose, docent U. Warsz., Dr. Sławowski, Minister Spraw Wewnętrznych.

Towarzystwo ukonstytuowało się 19. XI. 1928 r. wybierając swym prezesem Prof. Dra Orzechowskiego, wiceprezesem Prof. Dra Konopackiego, sekretarzem Dra Łuniewskiego, skarbnikiem Prof. Dra Mazurkiewicza. Równocześnie powołano do życia Polski Instytut Badań Mózgu i powierzono jego kierownictwo Doc. Drowi Rosemu, dotychczasowemu kierownikowi takiego oddziału w Wilhelmskim Instytucie Badań Mózgu w Berlinie.

Instytut mieści się w Zakładzie Histologii i Embrjologii Uniwersytetu Warszawskiego i rozwija swą działalność naukową od szeregu miesięcy.

Składka Roczna członka zwyczajnego Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu wynosi 20 zł. Zgłoszenia przyjmuje skarbnik Towarzystwa Prof. Dr. Mazurkiewicz Warszawa, Hoża 58.

Prof. Dr. K. Orzechowski
Prezes Polskiego Towarzystwa
Popierania Badań Mózgu
w Warszawie.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	3 XI—9 XI	10 XI—16 XI	17 XI—23 XI	24 XI—30 XI
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	1 (0)	3 (0)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	588(35) *	531 (29)	506 (43)	421 (37)
Dur rzekomy	0	1 (0)	2 (0)	0
Dur osutkowy	15 (0)	14 (1)	17 (0)	16 (3)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	56 (5)	30 (3)	10 (9)	20 (7)
Plonica	786 (32)	683 (37)	696 (39)	714 (39)
Błonica	382 (19)	441 (32)	411 (19)	415 (16)
Zapal. op. mózgu	7 (5)	14 (1)	14 (6)	9 (4)
Odra	809 (10)	1206 (9)	1179 (16)	1471 (7)
Róża	109 (3)	115 (8)	127 (3)	107 (3)
Krztusiec	334 (9)	321 (10)	335 (8)	280 (5)
Malaria	2 (0)	5 (0)	4 (0)	5 (0)
Posoczn. połog.	18 (4)	29 (19)	31 (8)	18 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	315 (0)	431 (0)	249 (0)	292 (0)
Waglik	1 (0)	1 (0)	2 (0)	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	1 (0)	0
Wścieklizna	0	0 (1)	0 (1)	0
Zatrucie jad. kielb.	0	0	0	0
Chor. Heine-Medina	0	1 (0)	0	0
Inne choroby zakaźne	173 (4)	200 (3)	212 (3)	227 (5)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

Zakończenie V-go Kursu trachomatologicznego. W dniu 6/XII r. b. odbyło się w Państwowej Szkole Higieny zamknięcie V-go Kursu Trachomatologii dla lekarzy.

W sprawozdaniu z przebiegu kursu, kierownik kursu, Dr. H. Zachert zaznaczył, że w kursie tym brało udział 41 lekarzy przybyłych z 11-tu województw, w tem z przychodni

przeciwwaglicznych 17-tu; z Kas Chorych 6-ciu; lekarzy powiatowych i miejskich 7-miu; lekarzy szkolnych 6-ciu, innych 5-ciu.

W poprzednich kursach brało udział 206 lekarzy, czyli ogółem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państwowej Szkole Higieny 247 lekarzy.

Po sprawozdaniu kierownika kursu przemawiali: w imieniu Departamentu V Służby Zdrowia Dr. H. Palester; w imieniu prelegentów Prof. K. Noiszewski i Doc. Dr. H. W. Melanowski, w imieniu słuchaczy Dr. Piotr Olszewski oraz w imieniu Państwowej Szkoły Higieny Dr. J. Lubczyński.

NADESŁANO DO REDAKCJI

Roman Markuszewicz. O zaburzeniu instynktu samozachowawczego w schizofrenji. Odb. z „Nowin Psychiatr.” 1929. Kwart. III—IV.

Stephan Sterling—Okuniewski. De la dilatation diopathique de l'oesophage. Odb. z „Arch. des malad. de l'app. digest.”, 1929. T. XIX. N6

Stefan Sterling—Okuniewski. Wrażenia z wyieczki naukowej zagranicę. Odb. z „Lekarza Wojsk”. 1929. Tl. XIV N. 6.

E. Sonnenberg. O roli bizmutu w okresie surowiczoujemnym wrzodu twardego. Odb. z „Nowin Lekarsk.” 1928 Z. XXI.

Tenże. Die Rolle des Wismuts in der seronegativen Phase des Primäraffektes. Odb. z „Dermatol. Wochschr.” 1929 Nr. 17.

Tenże. Die Einspritzungen des Magisterium Wismuti als prophylaktische Konzeption. Odb. z „Dermat. Wochschr.” 1927 Nr. 48.

Władysław Dobrzyński. Opieka mieszkaniowa jako zadanie państwa i samorządu. Odb. z „Pracy i opieki Społ.” 1929 Nr. 1.

Tenże. Przyczynek do sprawy odbudowy i organizacji opieki mieszkaniowej. Odb. z „Pracy i Op. Społ.” 1929 Nr. 2.

Tenże. Jak przeciwdziałać zbyt niemu skupieniu ludności w miastach wielkich. Odb. z „Pracy i Op. Społ.” 1930 Nr. 3.

Tenże. Mieszkanie a wczasy po pracy. Odb. z „Osiedla” Nr. 1.

Tenże. Współdziałanie sfer społecznych w sanacji mieszkaniowej. Odb. z „Pracy i Op. Społ.” 1929 Nr. 4.

Seweryn Sterling. I. Gruźlica płuc a suchoty płuc (dorosłych). II. Wytyczne publicznego leczenia suchot płucnych (dorosłych). Odb. z „Nowin Lekarsk.” 1929 Z. 22.

TREŚĆ: A. STRASZYŃSKI. W sprawie sposobu działania środków używanych w leczeniu kily. — A. WIRSZUBSKI. Swoista psychoza opętania u Żydów. — B. GOLDSTEIN. O zaburzeniach wydzielania trzustki i o ich leczeniu. (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. BYCHOWSKI. Z praktyki dla praktyki. — O. BUJWID. Stosunki zdrowotne w Brazylii (Dok.). — J. KONORSKI i ST. MILLER. I. P. Pawłow. L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. STRASZYŃSKI. Sur le mode d'agir de médicaments employés dans le traitement de la syphilis. — A. WIRSZUBSKI. Psychose spécifique de possession chez les Juifs. — B. GOLDSTEIN. Sur les troubles de la sécrétion du pancréas et leur traitement. (Rev. gén. fin.). — Z. BYCHOWSKI. De la pratique pour la pratique. — O. BUJWID. Les conditions sanitaires au Brésil. (fin). — G. KONORSKI et St. MILLER. I. P. Pawłow.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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.