

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 17

WARSZAWA, 25 KWIETNIA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Życie płciowe kobiety w świetle psychoanalizy¹⁾

Podał

Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

Panie i panowie.

Zaproszony łaskawie przez Szanowne Prezydium Waszego Towarzystwa do wygłoszenia odczytu na temat psychoanalizy i jej stosunku do życia płciowego kobiety, chętnie, a jednocześnie z pewnym lękiem staję do tego apelu. Z lękiem — powiadam — dlatego, że temat jest tak obszerny i skomplikowany, a dziedzina, w którą mam zamiar Was wprowadzić, tak jest odmienna od tego świata wyobrażeń, w którym zwykła obracać się myśl Wasza, że obawiam się, czy potrafię w krótkim z konieczności odczycie dać choć zarys, kontur tego, co można w tej sprawie powiedzieć, tembardziej, że muszę poprzedzić temat, który sobie obrałem, krótkim chociażby wstępem o podstawowych kanonach psychoanalizy. Ale obawy swoje staram się pokonać i przystępuję do rzeczy.

Psychoanaliza jest to dziś już umiejętność specjalna, zarówno teoretyczna, jak praktyczna, umiejętność, nieskończona wprawdzie, nie zamknięta, ale znajdująca się w stanie nieustannego a wspólnego rozwoju, umiejętność, nie od wszystkich jednak uznawana, ale posiadająca z drugiej strony zwolenników i propagatorów w świecie całym, umiejętność, która poszczycić się może olbrzymią literaturą w postaci czasopism specjalnych i wydawnictw książkowych, ześrodkowanych dzisiaj w t. zw. Międzynarodowym towarzystwie nakładowym psychoanalitycznym (Internationaler Psychoanalytischer Verlag) z główną siedzibą w Wiedniu, miejscu urodzenia i działalności twórcy teorii, Zyg-

munta Freuda, z filjami w Lipsku, Zurychu i Londynie. Jest to już dzisiaj, jak powiadam, ogromny gmach wiedzy specjalnej, który od lat 30 i kilku wciąż rośnie, rozwija się, ulega przemianom i uzupełnieniom w szczegółach architektonicznych, zachowując przytem te fundamenty i tę fasadę, które mu nadał zrazu Freud, gmach — i tu przechodzimy już od zewnętrznej prezentacji do głębszej charakterystyki — wyrosły na gruncie surowej empirji lekarskiej, zdobyte na chorych nerwicznych, wbrew twierdzeniu ludzi, rzeczy nieświadomych, którzy uważają go za jakiś zamek nاپowietrzny, pełen tworów fantastycznych.

Będę tu mówić tylko o tych fundamentach, o tych pojęciach podstawowych, na których wspiera się gmach wiedzy psychoanalitycznej, albowiem inaczej zrozumienie wywodów dalszych o życiu płciowym kobiety byłoby całkiem niemożliwe.

Na podstawie empirji — podkreślam to raz jeszcze — na podstawie badań nad histerją, a raczej nad chorymi, tą chorobą obarczonymi, wyprowadzony został przez Freuda pierwszy, podstawowy wniosek wagi kapitalnej, że w psychice ludzkiej poza tem, co wypełnia naszą świadomość, o czem wiemy, co pamiętamy lub czego na razie nie pamiętamy, ale w chwili sposobnej przypomnieć sobie możemy — uznać należy istnienie dziedziny, od świadomości odrębnej, dziedziny tworów psychicznych nieświadomych, popędowych, graniczących już tylko o staję z czemś czysto biologicznym, tworów, które każdej chwili nie mogą być do świadomości samorzutnie wprowadzone, cc więcej, tworów, znajdujących się w zasadniczej z tą świadomością sprzeczności, jako że dla niej są przykre, przez nią odpychane, wypierane, tłumione, a jednak niemniej przeto, że nieświadome, obdarzone siłą dynamiczną, siłą czynną. Nie tu miejsce na wywód obszerniejszy, w jaki sposób psychoanaliza doszła do takiego ujmowania nieświadomych procesów psychicznych, musimy na razie przyjąć za nieulegające żadnej wątpliwości, że 1^o procesy nieświadome o powyżej wspomnianym

¹⁾ Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Ginekologicznego 21 marca 1929 r.

charakterze istnieją, 2^o że powstają one wskutek obrony świadomości od pewnych przykrych dla niej przeżyć, i po 3-e, że treść dotyczy nietylko przeżyć aktualnych o przykrem zabarwieniu, które bywają zazwyczaj tylko asumptem, powodem do powstawania takiej lub innej psychonerwicy, takiego lub innego rysu charakteru człowieka lub jego postępowania, ale dotyczy przede wszystkim przeżyć w bardzo wczesnym dzieciństwie, zasypanych pyłem niepamięci, z pod którego psychoanaliza je wydobywa, przeżyć nb. głównie o charakterze seksualnym, przeżyć, dlatego zapomnianych, że tłumionych, wypartych przez pracę świadomego „ja”, z którym pozostają w sprzeczności.

Jak rozumieć należy te przeżycia seksualne dziecka? Czy dziecko ma jakąś seksualność? I oto tutaj trafiamy na drugi element podstawowy, kardynalny teorii psychoanalitycznej, element najbardziej rewolucyjny w stosunku do poglądów, które istniały dawniej, który obudził najwięcej sprzeciwów — życie seksualne dziecka. Droga żmudnych poszukiwań Freud doszedł do przekonania, że błędem jest utożsamianie seksualności z funkcją rozrodczą, że fatalną konsekwencją tego błędu był pogląd powszechny, jakoby seksualność zjawia się w człowieku wtedy, kiedy następuje okres dojrzałości.

Dojrzałość płciowa rozstrzyga o momencie zjawienia się zdolności rozrodczej, ale sam popęd istnieć już musi przedtem, ażeby móc wejść w okres dojrzałości. I oto Freud nie na zasadzie przesłanek syllogistycznych, ale na podstawie empirycznej ustala fakt istnienia popędu płciowego od najwcześniejszego dzieciństwa. Człowiek rodzi się z popędem płciowym, który oczywiście w okresie dziecięcem manifestuje się całkiem inaczej, w sposób temu okresowi właściwy.

Przejawy tego popędu w okresie dziecięcym są zdawna znane, nie mogły nie być spostrzeżone, ale rozumiane były inaczej, uważane były zawsze za rozwój przedwczesny, za coś chorobliwego lub niegrzeczność, nieokiełznanie, które należy ukrócać, karać, tępić wszelkimi sposobami. Ludzkość tak się z temi poglądami zrosła, że wreszcie uwierzyła, że normalne dziecko pozbawione jest popędu seksualnego. A nauka przyjęła ten pogląd z dobrodziejstwem inwentarza. Zaslugą Freuda jest tylko to, że prawdzie śmiało spojrzął w oczy... A na tem zazwyczaj polegają wszystkie genialne odkrycia.

Powstała w ten sposób t. zw. teoria libidinis. Termin „*libido*” nie da się przetłumaczyć bez reszty na żaden język, zawiera w sobie pojęcie pragnienia wogóle, dążenia do nasycenia popędu seksualnego w najszerszym rozumieniu tego wyrazu, pojęcie energii seksualnej, która od urodzenia aż do śmierci poprzez *akme* swojego rozwoju w dojrzałości płciowej i funkcji rozrodczej — ulega rozmaitym przeobrażeniom.

Libido przechodzi w rozwoju swym w najwcześniejszym dzieciństwie szereg stanów, o których tu pokrótce chociażby wspomnieć muszę. Ale zanim je wymienię, scharakteryzuję ogólnie seksualność dziecięcą w tym okresie: jest ona niescalona, niejednorodna, nie ześrodkowana na narządzie płciowym, ale, przeciwnie, rozrzucona po całym ciele, ma swe siedlisko w rozmaitych obrębach

ciała, z których najważniejsze są obręb ust i obręb odbytnicy, pozatem rozlana jest niejako po powłokach skórnych, składa się więc z popędów cząstkowych, których scalenie i ześrodkowanie na narządzie płciowym ma, jako rezultat, seksualność dojrzałą.

To jedna cecha seksualności dziecięcej — owo rozczłonkowanie. A druga cecha w tym okresie to, że — wskutek braku ustosunkowania się do otoczenia, wskutek braku wyraźnego zróżnicowania między podmiotem a przedmiotem — seksualność dziecięcą, popęd seksualny dziecka, ma jako cel, jako przedmiot nie coś zewnętrznego, ale własne ciało — innemi słowy — ma charakter wybitnie autoerotyczny. Dwie pierwsze fazy noszą nazwy: oralna czyli ustna i analna czyli odbytnicza; obie fazy, jak widzimy, splatają się z zadawaniem najpierwotniejszych funkcji organizmu — z odżywianiem i wydzielaniem, obie noszą też nazwę *pregenitalnych* (wyraz również trudny do przetłumaczenia, a oznaczający, że są to fazy seksualne, gdzie narząd płciowy (*genitale*) nie gra jeszcze żadnej roli. Obręb ust i obręb odbytnicy jest wtedy źródłem specyficznej rozkoszy, z trudem przezwyciężanej, z trudem likwidowanej na rzecz fazy następnej, o której zaraz powiemy obszerniej, albowiem dla nas dziś będzie specjalnie ważna.

O tych dwu pierwszych fazach dodamy jeszcze dwie uwagi: po 1-e, że pomimo ich wspomnianego wyżej charakteru wybitnie autoerotycznego zaznacza się już, zwłaszcza w drugiej — analnej — aktywny stosunek do obiektów świata zewnętrznego, tylko nie w sensie dodatnim, ale w sensie ujemnym, zaznacza się mianowicie chęć niszczenia tych obiektów; dotyczy to 2—3-go roku życia, kiedy, jak wiadomo, dziecko wszystko łamie, drze, niszczy, wyrzuca przez okno, słowem, ujawnia się tutaj element sadyistyczny; ta druga faza zazwyczaj nosi też nazwę analno-sadyistycznej; zaś druga uwaga dotyczy tego faktu, że obie płci przeżywają obie fazy w sposób zupełnie jednakowy, i podczas ich trwania, t. j. mniej więcej do 3 — 4-go roku życia, w seksualności dziecięcej obu płci niema żadnych różnic. Różnice te zaznaczają się dopiero w trzeciej, najważniejszej dla nas fazie seksualnej, kiedy *libido*, odrywając się, jak powiedziałem wyżej, z trudem od poprzednich swych pozycji — od obrębu ust i obrębu odbytnicy — koncentrować się zaczyna na narządzie płciowym. Jest to t. zw. faza *genitalna*, ściślej mówiąc, *falliczna*, również wspólna obu płciom, tylko inaczej u każdej z nich przebiegająca, faza, kiedy wszystka rozkosz płciowa, płynąca poprzednio z podrażnienia obrębu ust (brodawka przy ssaniu, palec zastępujący brodawkę, branie do ust i gryzienie wszystkiego, co się nadarzy) oraz z obrębu odbytnicy (podrażnienie odbytnicy przez zatrzymywanie kału w kiszce stolcowej lub podczas jego wydzielania), kiedy — powiadam — wszystka rozkosz w warunkach nb. normalnego rozwoju dziecka, całe zadowolenie z siebie, innemi słowy, cała *narcystyczna libido* spływa niejako zewsząd ku narządowi płciowemu, ześrodkowuje się na nim. Tu zabiegniemy trochę naprzód — ale musimy już tutaj o tem wzmiankować, że dla dziecka, wchodzącego w ten okres rozwoju, jest tylko jedna płeć — męska — t. j. że dziewczynka swoją lechtaczkę obsadza nieświadomie taką samą ilością *libidinis*, jak chło-

piec swego fallusa, i uważa ją zrazu za równowartościową. Tu czai się zarodek pierwszej deprecji, pierwszego w życiu dziewczynki bolesnego rozczarowania — ale o tem za chwilę.

W tym samym właśnie okresie, kiedy *libido* wstępuje w fazę organizacji fallicznej, zmienia się w dziecku stosunek do otoczenia. *Libido* szuka zaciepienia o obiekty zewnętrzne, ztraca swój autoerotyzm, ztraca też w dużej mierze swe zabarwienie sadystyczne w stosunku do obiektów, staje się aktywna, dążąca do opanowania, ale bez żądy niszczenia. Wytwarza się w nieświadomych głębiach psychiki dziecka zespół mglistych wyobrażeń, wzruszeń, uczuć, znanych pod nazwą kompleksu Edypa, a dotyczących nieświadomego ustosunkowania się do najbliższych obiektów zewnętrznych — do rodziców. Tu występuje jedna z podstaw równie kardynalnych dla teorii psychoanalitycznej, jak dwie pierwsze, t. j. istnienie samych procesów nieświadomych oraz rozwój seksualności dziecięcej czyli teorii *libido*.

Panie i panowie, to, co powiedziałem dotąd o teorii seksualnego rozwoju dziecka, to, co powiem za chwilę o t. zw. kompleksie Edypa, może u niejednej i u niejednego z Was wywołać bądź zdumienie, graniczące z niewiarą, bądź wzruszenie ramion, graniczące z humorem. Nic nie mogę na to poradzić. Są to fakty, stwierdzone przez tysiące psychoanalityków u milionów ludzi, pod wszelkimi stopniami geograficznymi żyjących, wszelakich ras i narodowości, fakty, stwierdzone między innymi i przezemnie u chorych codziennie w ciągu lat dwudziestu kilku. — Po tej krótkiej dygresji, którą mi wybaczyć, idziemy dalej. Cóż to jest ów kompleks Edypa?

Stosunek dziecka do rodziców w tym okresie życia zaczyna wykazywać wyraźne znamiona stosunku erotycznego. Chłopiec wyraźnie skłania się ku matce, a w stosunku do ojca zachowuje się dwuwartościowo (ambiwalentnie): kocha go, ale jednocześnie jest o niego zazdrosny i miewa uczucia wrogie; u dziewczynki zaś odwrotnie — ojciec stanowi przedmiot swoistego, mglistego, nieświadomego pożądania, zaś matka stanowi przeszkodę, którą radaby usunąć, kochając ją jednocześnie. Tak kolizja dwu kategorii uczuć sprzecznych stanowi pierwszy konflikt w duszy dziecka, pierwszy osad, odczuwany, jako poczucie winy nieświadomionej, ale niemniej przeto tak niewątpliwej, że w razie niedostatecznego jej stłumienia, w razie niepomyślnej likwidacji tego pierwszego konfliktu powstaje na psychice człowieka głęboka rysa, która może dać o sobie znać bądź w kształtowaniu cech charakteru i usposobienia, bądź w pewnych odchyleniach od t. zw. normy psychicznej, bądź wreszcie w zdecydowanej chorobie w postaci psychonerwicy lub psychozy.

Kompleks Edypa! Skąd ta nazwa? Słynna tragedia Sofoklesa „Król Edyp” osnuta jest właśnie na tej podstawowej odwiecznej prawdzie, dotyczącej wszystkich ludzi od początku świata, ujętej w formę mitu. Sofokles, dzięki genialnej intuicji swojej, wyczuł, że w tym zespole uczuć mieści się odwieczna tragedia ludzkości i uwydatnił ją środkami artystycznymi. Edypowi wyrocznia delficka przepowiedziała kiedyś, że zabije ojca, a matkę własną pojmie za żonę. Wszel-

kiemi siłami stara się Edyp uniknąć swojej Ananke, ale napróżno. Ananke jest nieubłagana. Edyp, nie znając swego ojca Laërtesa, zabija go w potyczce u bram Teb; tebańczycy obwołują go królem, jako zwycięzcę, i oddają mu, jako żonę, owdowiałą Jokastę, jego rodzoną matkę. Kiedy Edyp przypadkowo dowiaduje się o tej prawdzie, rozpoczyna się właśnie tragedia jego duszy. Ugina się pod brzemieniem olbrzymiego poczucia winy i w końcu za karę oślepia siebie, mimo to, że popełnił przestępstwo swe w całkowitej nieświadomości. Tragedja Sofoklesa jest tragedią wieczystą całej ludzkości i dlatego jest sama wiecznotrwała. Każdy człowiek od wieków nosi w sobie i po wieki nosić będzie to nieświadome poczucie winy, które w zależności od stopnia swego napięcia może tak lub inaczej ujawnić się w jego życiu późniejszym.

Zależnie od wrodzonej konstytucji, zależnie od tego, czy siła tłumienia była silniejsza, a więc zdołała stłumić dostatecznie to nieświadome poczucie winy, czy też słabsza i dlatego nie potrafiła tego uczynić — człowiek okazuje się więcej lub mniej zdrowym psychicznie. Dlatego też granica między zdrowiem psychicznym a chorobą jest tak trudna do uchwycenia, do ustalenia, jest tak płynna, tak rozlewna.

Cóż się dzieje w warunkach, do normy najbardziej zbliżonych, z tym zespołem Edypa? Co uważać należy za najpomysłniejszą jego likwidację u każdej płci? Musimy wejrzeć w to bliżej. Ale w tym celu musimy pomówić tu o jeszcze jednym zespole uczuć i wyobrażeń niezmiernie ważnym, bodaj równie ważnym, bo w ścisłym związku pozostającym z zespołem Edypa, o zespole, który właśnie dotyczy tej fazy fallicznej. Chodzi mi o t. zw. zespół kastracyjny. Mówiliśmy już o tem, jak wielką dozę *libidinis* obsadzony jest w tej fazie członek u chłopca i lechtaczka u dziewczynki, dodamy jeszcze tutaj, że w związku z tem występuje u wszystkich dzieci w tym okresie onania. Otóż w zależności od gróźb i przestrog otoczenia z powodu widocznego zainteresowania się chłopca członkiem, gróźb, że, o ile wciąż „tam” będzie ruszał, to mu „to” obetną, albo mu „to” odpadnie, występuje mniej lub więcej silnie zespół obaw, przeczuci, że może istotnie ten tak cenny narząd może ulec jakiejś katastrofie. Jednocześnie przeżywa dziecko wzruszenia, afekty, w związku z zespołem Edypa powstające. I oto między temi dwoma zespołami powstaje zderzenie, konflikt, który w warunkach, najbardziej zbliżonych do normy, kończy się w ten sposób, że dla uratowania tego cennego narządu, którego drażnienie podsycane jest tendencją zrównania się z ojcem w stosunku do matki, chłopiec musi z tej tendencji zrezygnować: kompleks Edypa rozbija się o kompleks kastracyjny, likwiduje się dzięki niemu, i mianowicie w ten sposób, że dążność do identyfikowania się z ojcem z dziedziny seksualnej, libidynnej przesuwają się na wyższą płaszczyznę, chłopiec wchłania niejako ojca w siebie, w chłopcu tworzy się ideał jaźni, wzorowany na ojcu, chłopiec utrzuwa w sobie dzięki temu linję męską, a rezygnując jednocześnie z matki, jako z obiektu swojej *libido*, zachowuje dla niej uczucie dobre, tkliwe, poniekąd cichych pretensyj i uraz o zdradę na rzecz ojca. To jest t. zw. norma w rozwoju chłopca.

A co się dzieje u dziewczynki? Tu przebieg jest o wiele bardziej skomplikowany. Albowiem tutaj w pierwszym okresie fazy fallicznej, jakieś to już wspominali, lechtaczka jest dla dziewczynki czemś równoznacznym z fallusem u chłopca, i drażnienie jej zrazu ma również tendencje identyfikacji z ojcem, ale wkrótce następuje odkrycie doniosłe, odkrycie bolesne, że lechtaczka jednak nie jest członkiem, że tego członka, podobnego jak u brata lub chłopca, z którym się bawi — brak. W tym momencie musi nastąpić rezygnacja z członka i, co za tem idzie, rezygnacja z utożsamiania się z ojcem; uczucie aktywności, które trwało jeszcze przez cały krótki, coprawda, czas, kiedy lechtaczka zastępowała fallus, zanika — powstawać zaczyna po raz pierwszy uczucie bierności. *Libido* po tem skonstatowaniu braku członka, innemi słowy, po skonstatowaniu kastracji, cofnąć się musi do poprzedniej analnej fazy, kiedy w fantazjach swych podczas oddawania kału, w fantazjach, dotyczących zjawiania się dzieci na świat, rodziła dziecko przez odbytnicę. Fantazja o dziecku „analnem” zastąpić jej musi brak członka, i w ten sposób następuje identyfikacja, utożsamienie się z matką i bierne ustosunkowanie się do ojca na wzór matki. Ale wszystko to nie idzie tak gładko i bez przeszkód. Rezygnacja z roli męskiej, uznanie kastracji, jako faktu dokonanego i nieodwołalnego, nigdy prawie nie następuje bez reszty. Zawsze pozostaje ta tęsknota za męskością w mniejszej lub większej mierze, — i ten rys — zwany kompleksem męskości — przewija się,

jak nić czerwona, przez całe życie płciowe kobiety i stanowi źródło szeregu zaburzeń w sferze seksualnej, które wahają się w ciągu całego życia kobiety między t. zw. normą a patologją. Zobaczymy dalej, jak trudne jest dla kobiety to pogodzenie się z biernością, jak trudna jest ta rezygnacja z aktywności.

Tyle tymczasem co do kompleksu kastracyjnego u dziewczynki, który, jak powiedzieliśmy, tylko w przypadkach zupełnie wyjątkowych bywa całkowicie likwidowany. Fantazja o analnem dziecku, które zastąpić ma dziewczynce członek, opiera się w związku z kompleksem Edypa o ojca: od niego właśnie ma to dziecko otrzymać; fantazja taka ma, jako skutek, poczucie winy nieświadome, które nakazuje porzucenie jej, poniechanie jednocześnie uczuć nieprzyjaznych, rywalizujących o ojca w stosunku do matki — i identyfikacja z matką przesuwą się na płaszczyznę wyższą, na wchłonięcie niejako tej matki w siebie, na stworzenie w sobie owego „ideału jaźni” na wzór matki, t. j. cech kobiecości, ideału kobiecego. Kompleks Edypa zostaje w ten sposób rozwiązany. Około 5-go roku życia ta dziecięca organizacja seksualna zakańcza się, następuje okres t. zw. utajonej seksualności, w której właściwie nic nowego się nie dzieje: dziecko-dziewczynka żyje resztkami faz poprzednich, mniej lub więcej stłumionych, z mniejszym lub większym poczuciem winy. Przygotowuje się, narasta okres dojrzałości płciowej.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Chirurgicznej 2-iej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. Z. RADLIŃSKI)

i

Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. L. PASZKIEWICZ)

O mięsaku limfatycznym.

Podał

Dr. med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).
st. asyst. Klin. Chir. 2-iej U. W.

(Dokończenie — p. Nr. 15 i 16).

Rzadsze umiejscowienia mięsaka limfatycznego.

Prócz wyżej przytoczonych narządów mięsak limfatyczny może dawać rzadsze umiejscowienia w nerkach, macicy, jądrach, trzustce, sutku i t. d. Przytaczam z piśmiennictwa przypadki mięsaka limfatycznego gruczołu krokowego, moszny, trzustki, sutka i macicy.

29. D. Symmers (1923) podał przypadek mięsaka limfatycznego gruczołu krokowego u 30 letniego pacjenta, który od 7 tygodni miał zaburzenia w oddawaniu moczu: mocz oddawał często i z trudem. Pozatem miał bóle w okolicy lewej nerki, promieniujące do talerza biodrowego. W krót-

kim czasie pacjent ten stracił 9 kilo. Mocz prawidłowy. Roentgen wykazuje po stronie lewej nerki duży cień. Chory w 25 dni po przybyciu do szpitala zmarł. Na sekcji znaleziono na miejscu gruczołu krokowego guz o średnicy 9 cm., długości 7 cm., obejmujący cewkę i przechodzący na trzecią dolną część pęcherza moczowego. Jama pęcherza duża. Obydwa mięśnie biodrowo-lędźwiowe nacieczone masami nowotworowymi. Nerka lewa znacznie powiększona, na powierzchni nerki liczne guzki. Górna trzecia część moczowodu nacieczona nowotworowo, rozszerzona. Na lewej opłucnie owalny guz. Rozpoznanie mikroskopowe wszystkich guzów: *lymphosarcoma*.

Dotychczas są znane tylko dwa przypadki *lymphosarcoma prostaticae*; wyżej opisany przypadek Symmersa i drugi de Couplaud.

30. Oudard (1923) opisał następujący przypadek mięsaka limfatycznego moszny. 22 letni mężczyzna zjawił się z powodu trwającego od dwóch lat obrzęku prawej połowy moszny. Przystąpiono do zabiegu i stwierdzono w błonie kurczliwej moszny guz niezrośnięty ani z jądrem, ani z najądrzem, ani z nasieniowodem. Guz usunięto łącznie z dużą częścią moszny. Wkrótce po operacji zjawił się przerzut w pachwinie (w tkance podskórnej). Czterokrotne naświetlanie radem ($\frac{1}{2}$ godzinny seans, filtr aluminiowy) okolicy nadłonowej i moszny z początku dało pozorne pogorszenie (zwiększenie obrzmienia), po trzech miesiącach guz znikł zupełnie. Badanie mikroskopowe guza wykazało, że był to mięsak limfatyczny z przerzutami do pachwiny.

W wyżej opisanym przypadku, który zdaje

się być unikatem, podkreślam znów w leczeniu powodzenie energii promienistej (radu).

3. L. Huillier. Noworodek płci żeńskiej zmarł w 9 dn. po urodzeniu z powodu zapalenia otrzewny, ropni wątroby w następstwie zapalenia żył pępka. Na sekcji znaleziono guz w głowie trzustki — 32×21 mm. Badanie mikroskopowe (22) *lymphosarcoma*.

32. P. Eichler (1928). Noworodek płci męskiej zmarł w 7 dni po urodzeniu. Na sekcji stwierdzono guz wielkości 8,7:5,5:5,5 cm. wychodzący z głowy i trzonu trzustki. Z ogona trzustki pozostało 1,5:0,5 cm. bezpośrednio związanych z guzem. Na przekroju w środkowej części guz był ciemnoczerwony, na obwodzie jasnoszary. Rozrostu gruczołów i tkanki limfadenoidalnej w innych okolicach nie stwierdzono. Mikroskopowo (16): *lymphosarcoma*.

33. Frascella (1924) opisał przypadek mięsaka limfatycznego sutka u 22 letniej kobiety, będącej w 3-im miesiącu ciąży.

34. Schöna przypadek mięsaka limfatycznego sutka. dotyczył mężczyzny z ginekomastją.

35. Schlagenhauer podał przypadek mięsaka limfatycznego macicy, przydatków i przymaciczy z krwotokami macicznymi u 40 letniej kobiety. Przednia i tylna warga szyi były bardzo powiększone. Schlagenhauer mniema, że punktem wyjścia nowotworu były w danym przypadku resztki tkanki limfadenoidalnej, znajdujące się niekiedy w części pochwowej.

Mięsaki limfatyczne spotykamy nietylko tam, gdzie normalnie w rozwiniętym organizmie istnieją gruczoły, grudki limfatyczne, względnie tkanka limfadenoidalna. Mięsaki limfatyczne powstają niekiedy i heterotopowo (surowicówki, twardówka, okostna — M. Borst). W życiu zarodkowym zdolność tworzenia elementów morfologicznych krwi jest bardziej rozwinięta, niż w życiu późniejszym; ogniska tkanki limfadenoidalnej są rozrzucone po całym ustroju (wątroba, nerki, nadnercza, płuca, skóra). Z resztek pozostałych po tych ogniskach tkanki limfadenoidalnej mogą również powstać ogniska nowotworowe.

Rozpoznanie.

Jedynie pewne rozpoznanie mięsaka limfatycznego można postawić na zasadzie badania mikroskopowego, które daje wyżej opisany typowy obraz. Postać gruczolową należy różniczkować z grzlicą, przerzutem raka i mięsakiem, wychodzącym z rusztowania łącznotkankowego gruczołu. Ziarnica złośliwa (*lymphogranulomatosis* Hodgkin) mniej może wchodzić w grę, gdyż jest to cierpienie, obejmujące układ limfatyczny, a więc dające jednocześnie powiększenie gruczołów wielu okolic ciała, podczas gdy mięsak limfatyczny jest guzem pojedynczym, jakkolwiek rozwija się często w wielu gruczołach, lecz zawsze blisko leżących koło siebie. *Lymphomata colli tbc.* mają charakter przewlekły, zmiany w gruczołach znajdują się w rozmaitych okresach rozwoju (obok twardych, miękkie zropiałe, często dają charakterystyczne przetoki). Przerzuty rakowe w gruczołach są bardzo twarde, wcześniej spajają się ze sobą, wyjątkowo tylko nie jesteśmy w stanie wykryć ogniska pierwotnego. Mięsaki, wychodzące z tkanki łącznej gruczołu, wcześniej przerastają w skórę, dają duży

rozpad, owrzodzenia, silnie broczące, wskutek nadżarcia naczyń krwionośnych.

Mięsak limfatyczny śródpiersia wywołuje duszność, nerwobóle, zaburzenia w krążeniu, zacieśnienie w obrazie rentgenowskim.

Mięsak limfatyczny gardzieli ma wygląd twardych płaskich nacieków.

Mięsak limfatyczny gruczołów zaotrzewnowych nie ma cech nowotworowych własnych, daje przerzuty do gruczołów okolicznych (materiał do badania).

Mięsak limfatyczny przewodu pokarmowego najczęściej jest guzem ruchomym, znajdującym się nad prawym talerzem biodrowym, nie dającym objawów niedrożności. Każdy przypadek z nieokreślonymi objawami ze strony jamy brzusznej winien być zbadany jaknajdokładniej (Roentgen-pasaż). Rozpoznanie mięsaka limfatycznego jelita jest dopiero możliwe po zabiegu operacyjnym.

Zarówno wygląd makroskopowy przekroju guza, jak i zajęcie gruczołów krezkowych łudząco przypominają raka, rozstrzyga dopiero badanie mikroskopowe (Z. Radliński).

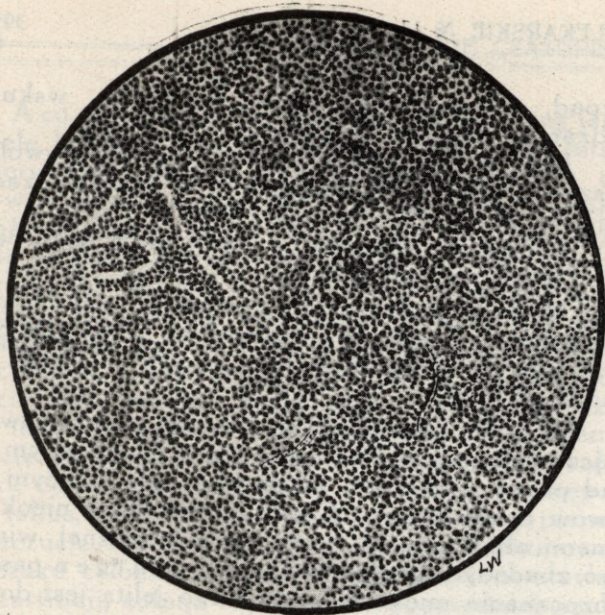
Nie stwierdziłem obrazu krwi typowego dla mięsaka limfatycznego. Często natomiast spotykałem niedokrewność wtórną prostą, zmniejszenie liczby czerwonych ciałek krwi, bez zmian morfologicznych.

Mięsak limfatyczny występuje zwykle w wieku dojrzałym (niekiedy bardzo młodym), u mężczyzn częściej, niż u kobiet.

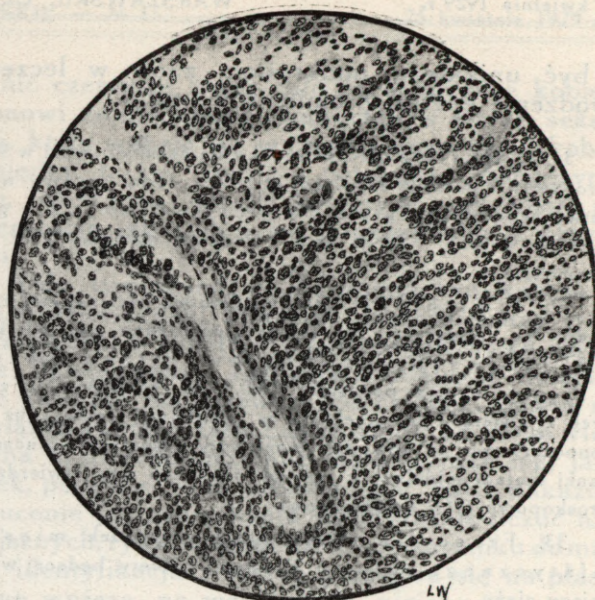
Leczenie i rokowanie.

Leczenie i rokowanie jest poniekąd zależne od umiejscowienia nowotworu. Guzy przewodu pokarmowego należy zawsze wcześniej i rozlegle operować. Znale są przypadki wyleczenia mięsaka limfatycznego żołądka i jelit (Brandt, Schopf, Meyering, Konjetzny, St. Graves. Rentgenoterapia (i radoterapia) ma duży wpływ na rozpad komórek w tkance nowotworowej, jednak nie w każdym przypadku. Przebieg z powodu złośliwości nadzwyczajnej zazwyczaj szybki, rokowanie jest z zasady złe, wyleczenie bądź na drodze operacyjnej, bądź na drodze aktynoterapii należy do rzadkich wyjątków. Pomimo to znale są nadzwyczaj ciekawe pojedyncze przypadki zwolnienia (*remissio*) w rozwoju nowotworu po głębokich wycięciach próbnych. Ruff opisał przypadek mięsaka limfatycznego lewego migdałka: po wycięciu jego powstał nawrót, który po pewnym czasie znikł samoistnie. W 2½ roku powtórzyło się to samo z migdałkiem prawym. Sędziak spostrzegł w jednym przypadku po usunięciu mięsaka limfatycznego prawego migdałka obrzmienie lewego, które samo cofnęło się. Przypadkowe powikłanie zakażeniem (róza) może powstrzymać rozwój nowotworu (H. Hirschfeld).

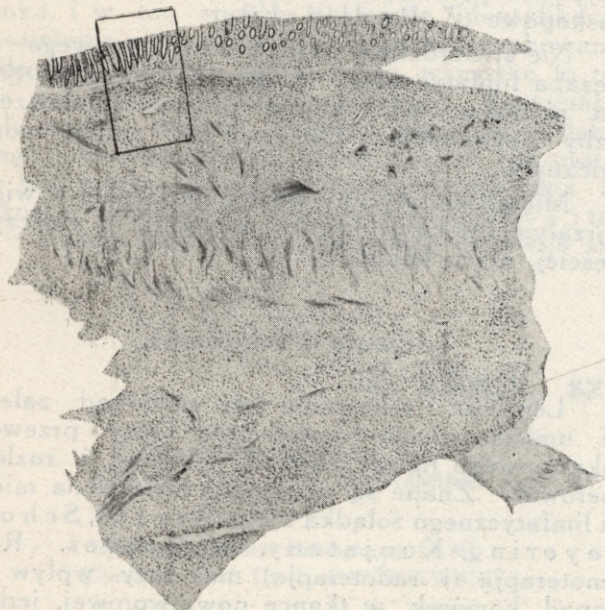
Znale są przypadki równoczesnego występowania mięsaka limfatycznego z kiłą. O. Berghausen opisał dwa takie przypadki. W jednym z nich były powiększone wszystkie gruczoły szyi. W obu tych przypadkach dopiero pod mikroskopem rozpoznano mięsaka limfatycznego. Leczenie



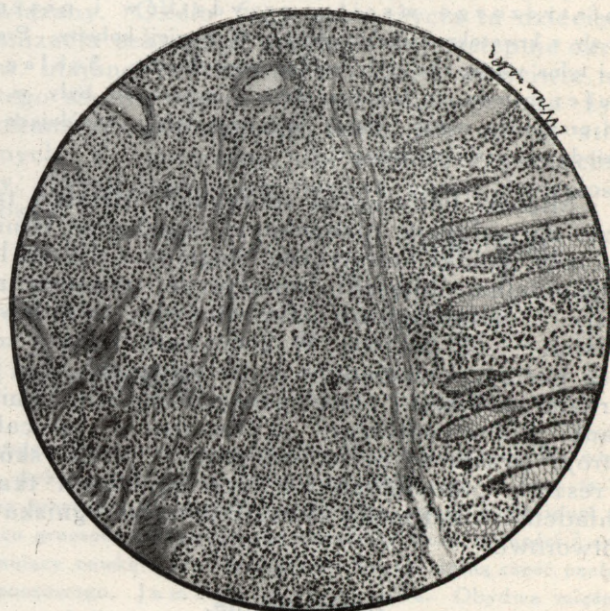
Rys. 1. *Lymphosarcoma parviglobocellulare* gruczoła szyi (Leitz, ok. 2, obj. 6). Widać po prawej stronie preparatu w górze resztki zatoki limfatycznej.



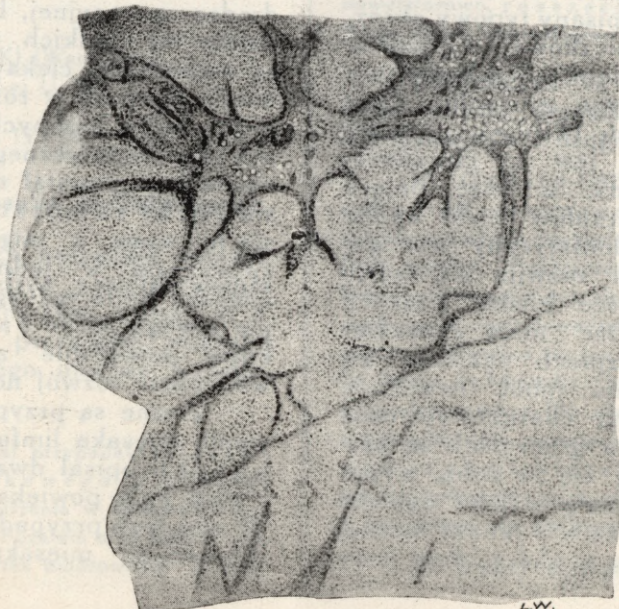
Rys. 2. *Lymphosarcoma magnoglobocellulare* gruczołu pachwiny. (Leitz, ok. 2, obj. 6). Z utkania gruczołu limfatycznego nie pozostało ani śladu.



Rys. 3. *Lymphosarcoma* jelita (lupa). Widać wzrost nowotworu naciekający śluzówkę i mięśniówkę.



Rys. 4. *Lymphosarcoma* jelita (Leitz, ok. 3, obj. 3). Jeszcze wyraźniej niż na rys. 3 (ten sam preparat) widać naciekanie śluzówki i mięśniówki.



Rys. 5. Mięsak limfatyczny naśladujący budowę gruczołu limfatycznego (lupa).

specyficzne dało tylko przejściową poprawę.

* * *

Starałem się dać możliwie wyczerpujący obraz mięsaka limfatycznego, który jest cierpieniem nadzwyczaj rzadkiem, i rozstrzygnąć niektóre związane z nim zagadnienia sporne, przynależność do określonej grupy schorzeń, jak również zwrócić uwagę na pewne cechy właściwe odróżniające go od innych nowotworów złośliwych, w szczególności od mięsaków.

Kundrat podał 50 przypadków mięsaka limfatycznego, pochodzących z okresu 10 letniego. Duża część tych przypadków była niewątpliwie źle rozpoznana, z powodu ówczesnej niedostatecznej znajomości przyczyn obrzmienia gruczołów limfatycznych (np. nie rozpoznawano zianicy złośliwej). Te same uwagi muszą okazać się słusznymi w stosunku do 61 przypadków Nothnagla od r. 1882 do 1893. Z większych statystyk jedynie pewne są 27 przypadków Ghona i Romana, zebranych i zbadanych w ciągu 8 lat w Wiedniu i Pradze, i nasza statystyka dotycząca 22 badań mikroskopowych i 35 przypadków klinicznych, potwierdzonych badaniami mikroskopowymi. Na ogólną liczbę około 6.400 badań mikroskopowych, zrobionych w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W. w ciągu 9 lat, zaledwie w 19 rozpoznanie brzmiało *lymphosarcoma* (ziarnica złośliwa w 27).

Ghon i Roman przypuszczają, że z 50 przypadków, podanych przez Kundrata, tylko 20 można uważać za mięsaki limfatyczne, z których 7 przypada na gruczoły szyjne, 4 na żołądek, 1 na dwunastnicę, 4 na jelito biodrowe, 3 na kątnicę, 1 na prośnicę. Przypadki Ghona i Romana dotyczyły 5 razy gruczołów szyjnych, 4 jamy ustnej i gardzieli, 4 żołądka, 3 jelita czczego, 3 jelita biodrowego, 2 dwunastnicy, 2 śródpiersia przedniego, 1 prośnicy, 1 okrężnicy, 1 krezki okrężnicy, 1 śledziony. W przypadkach, przez nas zebranych (nasze własne łącznie z najnowszymi z piśmiennictwa), 16 przypadków dotyczyło mięsaków limfatycznych gruczołów, 11 jelita cienkiego, 5 jelita grubego, 5 gardzieli, 4 żołądka, 3 grasicy, po 2 — gruczołów zaotrzewnowych, trzustki, migdałków, sutka po 1 — macicy jajników, gruczołu krokowego, moszny. Stosunek mężczyzn do kobiet był, jak 7:5, prawie połowa miała poniżej 30 lat, najstarszy chory miał lat 65, najmłodszy 7 dni.

Paltauf twierdzi, że mięsak limfatyczny jest chorobą bakteryjną, gdyż ma się szerzyć w podobny sposób, jak gruźlica. Richer i Fischer widzą nawet duże pokrewieństwo między obydwoma sprawami i sądzą, że w pewnych przypadkach gruźlica gruczołów limfatycznych może stać się bardzo złośliwą. Czas jednak już skończyć z powyższymi domysłami. Sądzę, że mięsak limfatyczny powinien być przez wszystkich zaliczany do nowotworów złośliwych, ponieważ posiada wszelkie cechy nowotworowe, zarówno w budowie mikroskopowej, jak i w przebiegu klinicznym. Mięsak limfatyczny ma budowę nietypową, niekiedy w początkowych okresach powstania oszczędza część tkanki limfadenoidalnej, wśród której powstaje (bad. 11), gdzieindziej jakgdyby nieudolnie naśladuje budowę

gruczołu (rys. 5), naogół jednak ma wygląd charakterystyczny, który dokładniej został opisany wyżej. Mięsak limfatyczny ma wzrost nieograniczony, wyraźnie naciekający, daje wznowy, przerzuty, charłactwo, — a więc posiada wszystkie cechy nowotworu złośliwego. Komórki nowotworowe spotykamy zarówno w świetle naczyń limfonośnych, jak i krwionośnych — tą drogą powstają przerzuty bliższe i dalsze. Punktem wyjścia dla nowotworu są młode niedojrzałe komórki ośrodków rozmnażania, względnie znajdujące się na obwodzie grudek limfatycznych (dwa typy histologiczne). Przyczyna powstania — tak samo niejasna, jak i dla innych nowotworów. Tkanka limfadenoidalna najsilniej jest rozwinięta w wieku młodym, dlatego też i w wieku młodym stosunkowo tak często powstaje mięsak limfatyczny, który jest sprawą nowotworową złośliwą, typu mezenchymalnego o budowie histologicznej, zbliżonej do budowy mięsaka okrągłokomórkowego (różnica — obecność siateczki). Jakkolwiek uważam, że mięsak limfatyczny jest niewątpliwie nowotworem złośliwym, jednakże ma pewne cechy wyróżniające. Przedewszystkiem powstaje, chociaż topograficznie w jednym miejscu, jednak wielogniskowo, czego dowodem są nasze przypadki m. l. gruczołów szyi i przytoczonych z piśmiennictwa m. l. jelit. W przeciwieństwie do innych nowotworów złośliwych jelit mięsak limfatyczny światła jelita nie zwęża. Mięsak limfatyczny różni się od innych mięsaków tem, że daje często przerzuty przez naczynia limfonośne i krwionośne, wreszcie przerzuty do gruczołów limfatycznych, które inne mięsaki dają znacznie rzadziej, ma bardzo małą skłonność do spajania się ze skórą i rozpadu.

Na zakończenie chciałbym zwrócić uwagę i na ten szczegół, że różnica w złośliwości guza nie jest zależna od jakichś widocznych różnic w budowie jego mikroskopowej, lecz zależna jest jakgdyby od miejsca, w którym nowotwór się usadowił. Tak np. trzy przypadki na 4-y mięsaka limfatycznego żołądka, pomimo dużych rozmiarów, po doświadczonej operacji miały przebieg pomyślny, mięsaki limfatyczne zaś jelit prawie zawsze dawały nawroty i kończyły się źle.

Uważam za miły obowiązek serdecznie podziękować p. Prof. Z. Radlińskiemu, szefowi mojemu, za cenne wskazówki przy opracowywaniu tematu, p. Prof. Dr. L. Paszkiewiczowi za zaofiarowanie mi wiele drogocennego swojego czasu, oraz za życzliwą pomoc i pozwolenie wykorzystania materiału Zakładu Anat. Patol. U.W.

PIŚMIENNICTWO.

1. Anderson. Bulletin of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hospital 1922, N. 7. — 2. Arena, La Riforma medica, an XLII, N. 32, 1926. — 3. L. Aschoff, Pathologische Anatomie I. Bd. Jena 1919. — 4. Berger L. i A. Weiss. Lymphosarcome abdominal à métastases multiples simulant cliniquement un cancer thyroïdien. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris 1923, N. 2. — 5. Berghausen O. Lymphosarcoma and syphilis. Amer. Journ. of Syph. 1920, 4. — 6. Bo A. Linfosarcoma faringeo. Boll. d. mol. d. orecchio d. gola e naso. Riv. osp. 1925, April. — 6. Borbe. Zur Frage der Röntgenwirkung bei Lymphosarkomatose. Forsch. a. d.

Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XXVIII. H. 4. — 8. Borst M. Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste. Leipzig. S. Hirzel. 1924. — 9. Eichler P. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 36. Hft. 2. 1928. — 10. Ferreri, F. Tre casi di limfosarcoma della faringe di cui uno con riproduzione nella milza, trattati con la radjoterapia profonda. Tumori, 1922, fasc. — 11. Frascella. Limfoblastomatosi sistemica mammaria simulante una ipertrofia pat. gravida. Tumori, anno X, fasc. III. 1924. — 12. Garré C. H. Küttner, Lexer. Handbuch der praktischen Chirurgie. Stuttgart. T. Enke 1923. — 13. Gerlach. Über das Lymphosarkom. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. IX. H. 6. — 14. Giuliani. Archivio italiano di Chirurgia. T. XX f. 3. 1928. — 15. Ghon A. i B. Roman. Über das Lymphosarkom. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 19 H. 12 1916. — 16. Gliński K. Zur Kenntnis der Dickdarmlymphosarkome. Virchows Arch. 167. 1902. — 17. Graves St. Primary lymphoblastoma of the intestine. Journ. of med. research. 1919 N. 40. — 18. Harvier. Lymphosarcome du Thymus. Soc. med. des hôpitaux. Gaz. des hôpitaux. 1921. N. 21. — 19. Henke F. Mikroskopische Geschwulstdiagnostik. Jena G. Fischer 1906. — 20. Hirschfeld. H. Enzyklopaedie der klinischen Medizin. Erster Bd. Berlin. J. Springer 1925. — 21. Hornowski J. Anatomja patologiczna. Warszawa 1924. E. Wende i Ska. — 22. Huillier. Jahr. Bericht. Virchow und Hirsch. IX 1874. — 23. Kaufmann E. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Berlin. G. Reimer 1911. — 24. Konjetzny. XXX Tagung der Vereinigung nordwestdeutschen Chirurgen 1925 (Zentrbl. f. Ch. N. 49. 1925). — 25. Konrad Helly. Handb. der spez. pathol. Anat. u. Hist. Bd. I. T. 2. — 26. Kundrat. Über Lymphosarkomatose. Wr. Kl. Woch. 1893. str. 211 i 234. — 27. Lexer E. Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. Stuttgart. F. Enke. 1921. — 28. Masson P. Diagnostics de laboratoire. Tumeurs. Paris. Maloine. 1923. — 29. Mayr. Über die Kundratsche Lymphosarkomatose des Magendarmtractus. München 1909. — 30. Meyering. Über Lymphosarkomatose des Magen. Zeitschr. f. Ch. N. 49, 1925. — 31. Meyeringh H.

Zur Kenntnis des Lymphosarkoms. Bruns Beiträge zur Klin. Chirurgie Bd. CXXV. H. I 1925. — 32. Minot i Isaacs. The Journal of the American medical Association Vol. LXXXVI N. 17. 1926. — 33. Oliva C. La riforma medica. 1922. XXXVIII. N. 25. — 34. Oudard. Lymphosarcome kystique du scrotum; ablation chirurgicale, recidive, traitement radiotherapique, guérison. Journ. d'Urologie. T. XV. N. 1. — 35. Paltauf. Lymphosarkom (Lymphosarkomatosis, Pseudoleukämie, Myelom, Chlorom) Erg. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. von Lubarsch-Ostertag. 1897. 652. — 36. Perrier. Lymphosarcome de l'amygdale avec metastases traité par le radium. Revue médicale de la Suisse romande. N. 10. 1921. — 37. Radliński Z. Resekcja kątnicy. Przegląd lekarski 1907. (odbitka). — 38. Rankin F. W. Annals of Surgery. Vol. LXXX. N. 5. 1924. — 39. Ribbert H. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie Leipzig. F. C. Vogel. 1920. — 40. Schön. Lymphosarkomatose mit Beteiligung der Brust bei einem Gynäkomasten. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd 25. — 41. Schindler R. Die gastroscopische Diagnose des diffusen Lymphosarkoms des Magens. Klin. Wochenschr. 1922 N. — 42. Szubert E. Über Kundratsche Lymphosarkomatose. München 1913. — 43. Simoncelli G. Contributo allo studio del linfosarcoma intestinale. Policlinico sez. chir. 1924. N. 11. — 44. Sternberg. C. Primärerkrankungen des lymphatischen und hämopoetischen Apparates Erg. d. allg. Pathol. Anat. v. Lubarsch - Ostertag. 1905 481. — 45. Sternberg C. Handb. der spez. pathol. Anat. u. Hist. Bd. I. T. 1. — 46. Symmers D. Archives of Surgery. Vol. VII. N. 3. 1923. — 47. Thomas H. Helly. Lymphosarcoma of the small intestine. Journ. of the amer. med. assoc. L. XXXII. N. 10 1924. — 48. Truffi. Sul linfosarcoma intestinale. Morgagni N. 10 1926. — 49. Truffi. Sul linfosarcoma intestinale. Contributo anatomo-patologico. Morgagni N. 1926. — 50. Webster L. T. Lymphosarcoma, lymphatic leucaemia, leucosarcoma, Hodgkins disease. Bull. of the John Hopkins hospital. December 1920.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Termoregulacja.

Podaje

N. ZANDOWA. (Warszawa).

(Ciąg dalszy -- p. Nr. 16).

Automatyzm regulowania ciepłoty ciała polega według H. H. Meyera na tem, że krew, zbytnio nagrzana, drażni ośrodek chemicznej regulacji nerwu błędnego i powoduje zmniejszenie produkcji ciepła, działając zaś jednocześnie na ośrodek regulacji fizycznej, wywołuje rozszerzenie naczyń skóry i zwiększone promieniowanie ciepła. Odwrotnie, ochłodzenie krwi pobudza ośrodki współczulne, które produkują nadmiar ciepła i, zwężając naczynia skóry, powodują podniesienie się ciepłoty ogólnej.

Dresel nieco odmiennie zapatruje się na sprawę ośrodków termoregulacyjnych. Nie uznaje on istnienia ośrodka „nagrzewania współczulnego” i „ochładzania błędnego” w międzymózgowiu i sądzi, że rolę taką pełnią wszystkie komórki współczulne, rozsiane w rdzeniu przedłużonym i grzbietowym, oraz wszystkie komórki nerwu błędnego, zgrupowane w rdzeniu przedłużonym. W międzymózgowiu ma istnieć jeden tylko ośrodek, na który

wpływa zarówno krew przegrzana, jak i ochłodzona. Podczas jednak gdy w pierwszym przypadku następuje podrażnienie ośrodka, w drugim zjawia się zahamowanie. Odpowiednio do tego działania ośrodka na komórki opuszkowe jest biegunowo różne: podrażnienie ośrodka międzymózgowego wywołuje działanie komórek współczulnych i zwężenie naczyń, zahamowanie jego pozwala komórkom autonomicznym rozszerzać naczynia. Dowody potwierdzające istnienie podobnego automatyzmu, polegają na następującem. O ile nagrzać krew, dążąc do rdzenia przedłużonego, za pomocą nałożenia na tętnicę szyjną rurki z gorącą wodą (Kahn), powstaje rozszerzenie naczyń obwodowych, pocenie i przyspieszony oddech, a więc objawy, zmierzające do obniżenia ciepłoty.

Kahn tłumaczy zjawisko to podrażnieniem ośrodka opuszkowego, natomiast Dresel skłania się raczej ku przypuszczeniu, iż czynny tu staje się ośrodek międzymózgowy I s e n s c h m i d a i K r e h l a.

Ochładzanie ośrodka międzymózgowego (Barbour) przy pomocy rurki, przez którą biegnie woda o 22°, powoduje podniesienie ciepłoty ciała, zaś ogrzewanie go wodą o 42° — spadek ciepłoty. Hashimoto wykazał, że najdalej posunięte ochładzanie ośrodka międzymózgowego nie jest w stanie podnieść ciepłoty ciała powyżej 42° R.

Doświadczenia te wystarczają, by dowieść, że ośrodki termoregulacyjne działają automatycznie, i że ciepło ma na nie wpływ taki sam, jak ciała chemiczne przeciwgorączkowe (*antipyretica*), zaś chłód — jak ciała, wywołujące gorączkę (Barbour).

Działanie leków wegetatywnych potwierdza dane powyższe o wpływie nerwu współczulnego i błędnego na ciepłotę ciała. Pilokarpina, drażniąc nerw błędny, obniża ciepłotę (Morat i Doyon), zaś atropina — porażając go, podnosi ją, również adrenalina, pobudzając nerw współczulny, wywołuje podniesienie ciepłoty (Eppinger, Falta i Rudinger).

O ile zagadnienie termoregulacji daje się względnie łatwo rozwickłać przy znajomości gry naczyń krwionośnych w skórze, o tyle sprawa produkcji ciepła jest do obecnej chwili nierozwiązana. Istnienie ośrodków nerwowych, zarządzających produkcją ciepła nie mówi o tem, w jakich narządach ono się tworzy. Najczęściej podtrzymywane jest mniemanie, że główne źródło ciepła znajduje się w mięśniach (Aronsohn, Riesser). Jednakże wyłączenie mięśni za pomocą kurary nie wyłącza hipertermji i podrażnienie ośrodka cieplnego przez ukłucie powoduje podniesienie ciepłoty (Hirsch, Müller i Rolly). Stąd nasuwa się wniosek, że oprócz mięśni muszą być czynne inne narządy. Ito, Sinielnikow, Isenschmid i in. upatrują głównie w wątrobie i trzustce źródło produkcji ciepła. Inni (Krehl, Kratsch, Dresel) sądzą, że wszystkie narządy czuwają nad równowagą pomiędzy tworzeniem się i promieniowaniem ciepła. Tak się przedstawia w zarysach ogólnych termoregulacja w warunkach normalnych. Cały aparat działa harmonijnie, i każdy bodziec wywołuje odpowiedź, mającą na celu utrzymanie *status quo* całości. Skóra, najczulej chroniąca organizm zarówno przed nagrzaniem, jak i przed oziębianiem, promieniuje zazwyczaj 80% (L. R. Müller) całkowitej ilości ciepła, produkowanej przez organizm. O ile temperatura zewnętrzna spada, i organizmowi grozi nadmierne ochłodzenie — skóra zmniejsza oddawanie ciepła. Następuje jej zblednienie wskutek zwężenia naczyń włosowatych, żyłek i tętniczek (Bruns i König 1920. Panna Carrier 1922).

Wiadomo, że zwężenie naczyń zależy od podrażnienia układu współczulnego; to ostatnie wywołuje w obrębie ośrodka termoregulacyjnego śródmózgowego nadprodukcję ciepła, tworzy się więc podwójny zasób ciepła, przez ograniczenie promieniowania i przez wzmocnienie produkcji. Jako skutek tego zjawia się pewien nadmiar ciepła wewnątrz organizmu i podniesienie t° ciała, jak to zaznaczono na wstępie. Uzyskane w ten sposób nagrzanie krwi może powodować z kolei rozszerzenie naczyń włosowatych skóry, a to w celu pozbycia się nadmiaru ciepła. Widzimy wtedy zarumienienie skóry na mrozie. Krogh podaje inne jeszcze tłumaczenie zaróżowienia się skóry na mrozie. Sądzi on, że bardzo niskie temperatury wywołują po krótkim okresie zwężenia — rozluźnienie, a nawet porażenie ścian naczyń włosowatych, żyłek i tętniczek. Rozszerzenie naczyń włosowatych skóry decyduje o jej zaczerwienieniu. Na początku, dopóki większe tętnice są dostatecznie szerokie, i dopływ krwi do

kapilarów jest wystarczający, — skóra jest różowa. W miarę, jak duże tętnice zwężają się, krew w kapilarach nie odnawia się należycie, i skóra staje się sina. Bładość skóry na mrozie świadczy o tem, że nie nastąpiła nadprodukcja ciepła, że zatem krew nie nagrzała się dostatecznie i nie wywołała rozszerzenia naczyń.

Termoregulacja, niezbędna przy zbyt wysokich temperaturach otaczającej atmosfery, polega na rozszerzaniu naczyń skórnych, co powoduje większą utratę ciepła. Obok tego zjawia się pocenie, a wraz z niem przeobrażenie potu płynnego w opary i oddawanie przez skórę dużej ilości ciepła.

Mechanizmy czynne przy grzaniu naczyń skóry są liczne i rozmaicie umieszczone. Pierwszy z nich polega na odruchu miejscowym, tak zwanym „osiowym“ (*axonreflex* Bruce), naczynia włosowate skóry i powłok mogą się zwężać i rozszerzać bez udziału układu nerwowego ośrodkowego, wystarczają ku temu nerwy czuciowe obwodowe. Następujące doświadczenie potwierdza ten fakt: język żaby pozbawiony wszystkich połączeń nerwowych wykazuje rozszerzanie naczyń po podrażnieniu mechanicznym. O udziale nerwów czuciowych w tem zjawisku mówi to, iż miejsce we zastosowanie kokainy niweczy odruch.

Mechanizm odruchu miejscowego ma polegać na przechodzeniu bodźca z nerwu czuciowego bezpośrednio na komórkę kurczliwą Rougeta, stanowiącą w obrębie naczynia włosowatego analogon do pierścienia mięśniowego naczyń większych (Krogh). Ponieważ bodziec przechodziłby bezpośrednio z wyrostka osiowego czuciowego na aparat mięśniowy, odruch nazwano „axonreflex“.

Mechanizm ten u zwierząt wyższych odgrywa rolę znacznie mniejszą niż u niższych, dzięki temu, że rolę tę przejmują mechanizmy bardziej skomplikowane, ogarniające również i ośrodkowy układ nerwowy. Za dowód tego może służyć choćby ten fakt, że bodziec termiczny, zaaplikowany na jedną kończynę, wywołuje efekt obustronny.

Mechanizm, regulujący ciepłotę, dzięki grzaniu naczyń skórnych, jest dobrze znany. Polega on na odruchu, którego ramię doprowadzające składa się z włókien czuciowych, po których biegą bodźce termiczne, zaś odprowadzające z włókien współczulnych lub autonomicznych.

Nie ulega obecnie wątpliwości, że termoregulacja odbywa się precyzyjnie z chwilą, kiedy procesy przechodzą poprzez ośrodek w ciełe prątkowanie i wciągają go w sferę działania (Barbour 1921).

Jeżeli podkreślimy, że każde nadmierne zwężenie naczyń włosowatych skóry stwarza przekrwienie narządów wewnętrznych, to dojdziemy do określenia pojęcia równowagi w ukrwieniu t. j. stanu, przy którym rozmieszczenie krwi w skórze, w narządach wewnętrznych i w układzie nerwowym stwarza uczucie błogostanu, rzadko osiągalnego.

Ciekawe pod tym względem doświadczenia przytacza F. Lange (1925). Badał on mianowicie przy pomocy kapillaroskopu ukrwienie włosowate w skórze w rozmaitych stanach fizjologicznych, oraz po zadziałaniu rozmaitemi bodźcami. Okazało się, że reakcje kapilarów dadzą się rozbić na dwie

wielkie grupy, z których pierwsza obejmuje bodźce bólowe, podrażnienie prądem faradycznym, oraz ujemnie zabarwione bodźce psychiczne (przykreść moralna). W drugiej grupie znajdują się bodźce przyjemne, jak umiarkowane ciepło oraz dodatnie wrażenia psychiczne.

Pierwszą grupę cechuje utrudnione ukrwienie

skóry (zwężenie naczyń), drugą — łatwe przenikanie krwi do naczyń włosowatych skóry. Odpowiada to zdawna przyjętej przez empirję formule, że skóra różowa, dobrze ukrwiona jest oznaką dobrego stanu ogólnego, blada zaś — nasuwa przypuszczenie złego samopoczucia osobnika.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Bakterjologia i Serologia.

∞ T. GRYGLEWICZ. *Bakterjologia i Serologia. Wykłady i wskazówki do ćwiczeń.* (Wilno 1928 r. str. 468 i 229 z indeksem.)

Książka niniejsza jest to obszerny podręcznik, bodaj pierwszy w tych rozmiarach, ogłoszony drukiem w Polsce Odrodzonej. Autor zebrał bardzo bogaty materiał, umiejętnie opanowany i systematycznie ułożony. Niestety, wielką wadą podręcznika jest jużto niedostateczne uwzględnienie współczesnej literatury z ostatnich lat, jużto całkowite pominięcie niektórych kwestyj, mających dzisiaj pierwszorzędne znaczenie zarówno w dziedzinie kształtowania się poglądów na biologję drobnoustrojów, jak i w praktyce. Autor nie wspomina wcale o zmienności bakteryj, która w obecnej chwili ma olbrzymią literaturę i wywiera wpływ decydujący na dżagnostykę bakterjologiczną i serologiczną. Nie znalazłem również wzmianki o bakterjofagach. Mówiąc o aglutynacji, autor nie wspomina ani słowem o analizie receptorów w myśl założeń Weila i Felixa, chociaż sprawa ta nie jest obca polskiej literaturze oryginalnej. Odczyn Wassermana nie jest poddany żadnej analizie głębszej. Brak zupełnie wzmianki o odczynach kłaczkujących Sachsa i Georgiego, Meinickego i innych. W rozdziale o anafilaksji niema wcale mowy o doświadczeniach na narządach wyciętych, chociaż sprawa ta ma doniosłe znaczenie dla całego ujęcia zjawiska anafilaksji jako procesu komórkowego. Sprawa izoaglutynin krwi, sprawa grup serologicznych krwi ludzkiej w podręczniku prof. Gryglewicza nie istnieje wcale, aczkolwiek stanowi ona prawdziwą chlubę nauki polskiej w ostatniej dobie. Odczyny skórne są potraktowane w sposób zupełnie niewspółmierny z ich doniosłością teoretyczną i praktyczną. Cała olbrzymia akcja uodpornienia czynnego przeciwko błonicy, zapoczątkowana w Ameryce, jest w podręczniku zupełnie pominięta. Autor mówi tylko o 68 osobach szczepionych, kiedy szczepiono dziesiątki tysięcy. Tak samo sumarycznie potraktowane są szczepienia ochronne w płonicy. Małżonkowie Dick otrzymali dziwnym zbiegiem okoliczności nazwę van Dick. Ziarniak maltański został umieszczony obok ziarniaków ropotwórczych i gonokoków wbrew przyjętemu dzisiaj pogładowi. Autor nie wspomina wcale ani o szczepieniach śródkórnych węglika, ani o antywirusie Besredki. W rozdziale o gruźlicy nie jest dostatecznie uwzględnione znaczenie posiewów materiału dla celów dżagnostycznych, niema również wzmianki o B. C. G. W dziale durów rzekomych brak wzmianek o typie Para C, niejednokrotnie omawianym w polskiej literaturze. Wybrałem tylko najważniejsze usterki; świadczą one dowodnie, jak ryzykowną rzeczą jest opracowywanie podręcznika w warunkach, wyłaczających dostęp do literatury nowożytniej. Na tę okoliczność powinny zwrócić baczną uwagę czynniki miarodajne, ażeby profesorowie, zwłaszcza uczelni prowincjonalnych, mogli w dostatecznej mierze zaopatrywać się w książki i czasopisma.

Z. Szymanowski.

∞ KAHLFELD—WAHLICH. *Bakteriologische Nährbodentechnik.* (Wyd. 2. 1929. str. 167, cena 8 mk. Nakł. H. Kornfelda, Berlin.)

Książeczka, dobrze znana w pracowniach bakterjologicznych, zawiera szereg przepisów wypróbowanej wartości. Autorzy są to długoletni laboranci w Instytucie Roberta Kocha w Berlinie. Wydanie obecne, znacznie rozszerzone, zawiera szereg przepisów najnowszych z techniki pożywek, szereg wskazówek technicznych z innych działów i szczegółowy opis aparatury. Wielkie doświadczenie autorów i mnóstwo rad praktycznych czynią książkę niezbędną dla każdego bakterjologa. Polecamy ją przeto jako podręcznik doskonały.

Z. Szymanowski

Choroby zakaźne.

NEUFELD. *Nowe wyniki badań epidemjologicznych.* (Klin. Woch. 1929 Nr. 2).

Artykuł omawiany zawiera streszczenie szeregu nowych prac angielskich i amerykańskich, najwidoczniej niedostatecznie znanych lekarzom niemieckim. Mają one charakter częściowo statystyczny, częściowo doświadczalny. Tematem głównym jest sprawa zakażenia utajonego, albo, jeżeli się tak wyrazić można — epidemjologia nosicielstwa. — Punktem wyjścia jest ta okoliczność, że przebieg całego szeregu epidemij i epizootij ma taki charakter, że niepodobna ich uważać za następstwo wybuchu choroby w jednym tylko ognisku, u jednego tylko osobnika. Nosicielstwo musi tu odgrywać bez porównania większą rolę, niż sądzono dotąd. Cały szereg ścisłych badań dostarcza na to bezpośrednich dowodów.

Neufeld zaczyna od pracy Glover'a, angielskiego lekarza wojskowego, który badał szerzenie się epidemij zapalenia opon mózgowych w obozach. Stwierdził on, że w okresach pomiędzy wybuchami epidemij nosicielstwo meningokoków u ludzi zdrowych waha się od 2 — 5%. W chwili wybuchu cyfra ta podnosi się do 20% Glover porównywa nosicielstwo do fali morskiej, która w czasie pogody jest niska, ale istnieje zawsze. W czasie burzy fale są wyższe i pokrywają się pianą. Przypadki chorobowe są podług Glover'a taką pianą na fali nosicielstwa. Autor podkreśla także znaczenie przeludnienia, jako czynnika, ułatwiającego udzielanie się zarazki i przez to zwiększającego procent nosicielstwa, a także szanse wybuchu epidemij.

Druga choroba, w której nosicielstwo również odgrywa wybitną rolę, jest porażenie dziecięce. Wernstedt badał epidemjologję tego cierpienia w Szwecji, gdzie jedna epidemja wybuchła w r. 1905, a druga w 1911. Za tym drugim nawrotem epidemja ominęła przeważnie miejscowości, nawiedzone w 1905, oczywiście wskutek uodpornienia ludności. Zdaniem autora, liczba przypadków w r. 1905 była bezwzględnie niedostateczna na to, ażeby pozostawić po sobie masowe uodpornienie. Nie pozostaje nic innego, jak przypuścić, że nosicielstwo

w r. 1905 musiało być daleko większe, niż liczba przypadków chorobowych, oraz, że nosicielstwo może odgrywać rolę czynnika odpornościowego. Przypuszczenie to staje się tem prawdopodobniejsze, jeżeli uwzględnimy wpływ wieku na umieralność z powodu omawianej choroby w czasie epidemii w r. 1911.

Wernstedt obliczył, że dzieci do lat 5-ciu chorowały i umierały w miastach więcej, niż ludzie starsi, gdy tymczasem na wsi, stosunek ten był odwrotny. Autor tłumaczy to większym skupieniem ludności w miastach i większym wskutek tego nosicielstwem, i co zatem idzie uodpornieniem tych, którzy w 1905 r. już żyli. Natomiast dzieci, które przyszły na świat później, były z natury rzeczy w r. 1911 — nieuodpornione. Na wsi chorują dorośli więcej, niż w mieście, gdyż mniejsza gęstość zaludnienia pociąga za sobą mniejsze rozpowszechnienie nosicielstwa. Badacze amerykańscy znaleźli później tę samą prawidłowość w szerzeniu się porażenia dziecięcego. Aycocck znalazł to samo dla odry i błonicy, a Falest znalazł taki sam wpływ gęstości zaludnienia na zapadalność w różnym wieku dla koklusu i ospy wietrznej.

Epidemiologia błonicy i płonicy w strefie gorącej rzuca również bardzo ciekawe światło na znaczenie nosicielstwa. Sprawy te łatwo mogą być badane za pomocą odczynów skórnych z jednej strony i za pomocą metod bakteriologicznych (posiewy treści jamy nosowo - gardzielowej) — z drugiej. Badania różnych autorów stwierdzają zgodnie, że procent ujemnych odczynów skórnych na błonicę jest niemal taki sam w Nowym Yorku, jak w Brazylii i na Filipinach, gdy tymczasem liczba przypadków choroby jest pod zwrotnikami bez porównania mniejsza. To samo dotyczy płonicy. W Rio de Janeiro od 50-ciu lat nie notowano ani razu epidemii tych chorób; a liczba przypadków sporadycznych wynosi na 100 tysięcy mieszkańców 5 zejść śmiertelnych na błonicę i 0,3 na płonicę. Przeciętna zapadalność wynosi 0,8% dla błonicy i 0,6% dla płonicy. Cyfry tych samych chorób wynoszą w Ameryce Północnej 7,5 do 15%, względnie 8 — 27% Z tego wszystkiego wynika, że liczba osobników, zawierających antytoksyny, nie idzie bynajmniej w parze z zapadalnością. Innemi słowy, rozpowszechnienie zarazki jest bez porównania większe, niż zapadalność i prawie że niezależne od warunków klimatycznych.

Z prac doświadczalnych Neufeld wspomina o badaniach Baileyna i jego uczniów. Polegały one na wprowadzaniu królikom do nosa wacików, nasączonych hodowlą rozmaitych bakterii. Pneumokoki zjadliwe wywoływały tą drogą zapalenie płuc, szybko kończące się śmiercią. Szczepy niezjadliwe spowodowały przemijającą gorączkę, utrzymywały się na błonie śluzowej w ciągu 4-ch do 10 dni i pozostawiały po sobie odporność ogólną oraz ciała odpornościowe w surowicy. Króliki, uprzednio uodpornione dożylnie, wykazały odporność jamy nosowej, i pneumokoki, wprowadzone na waciku, ginęły tam po upływie kilku godzin. Najważniejszy jednak jest ten fakt, że saprofity, wprowadzone do jamy nosowej, utrzymywały się tam b. długo i wywoływały zmiany odpornościowe w surowicy. Jest to bezwzględnie ścisły dowód, że zmiany takie mogą się rozwinąć nawet wówczas, gdy ustrój żadnej chorobie nie podlega.

W związku z tem Neufeld wraca do szerzenia się chorób zakaźnych w strefie gorącej. Podług autorów amerykańskich zarazki są tam niemniej rozpowszechnione, niż w strefie umiarkowanej. Wogóle zasadniczym wyrazem stosunku zarazka do ustroju nie jest bynajmniej choroba, lecz nosicielstwo i idące za niem uodpornienie. Przypadki chorobowe stanowią raczej nieszczęśliwy wyjątek od ogólnej zasady, kiedy odporność, nabyta przez nosicielstwo, z tych czy innych powodów zawodzi. Takich nieszczęśliwych przypadków bywa daleko więcej w klimacie umiarkowanym, niż pod zwrotnikami. Wchodzą tu w rachubę z jednej strony czynniki powodujące zwiększenie zjadliwości zarazki, z drgiej zaś momenty, osłabiające siły odpornościowe ustroju i funkcję bakterjobójczą błony śluzowej nosa

i gardzieli. Stąd większa wrażliwość dzieci na zarazki gnieżdzące się w nosie i gardle.

Ostatni ustęp dotyczy zapalenia płuc. Choroba ta uchodziła dawniej za niezaraźliwą, gdyż pneumokoki znajdowano u zdrowych i u chorych ludzi bez różnicy. Gdy nauczono się rozróżniać typy pneumokoków, wtedy okazało się, że I i II są bardzo rzadkie u ludzi zdrowych i występują albo u chorych, albo w bezpośrednim ich otoczeniu. Innemi słowy stwierdzono przenoszenie się zarazki z osób chorych na zdrowe. Epidemiologia zapalenia płuc wyłącza jednak możliwość występowania choroby jedynie drogą kontaktu. Zachodzi więc sprzeczność, którą wyjaśniły dopiero badania systematyczne, dokonywane kilka razy w ciągu zimy na jednym i tym samym osobniku. Przekonano się, że zjadliwe pneumokoki mogą się utrzymać w jamie nosowo-gardzielowej człowieka zdrowego przez czas dłuższy, potem ustępują i już więcej nie wracają. Zachodzi tu więc nosicielstwo okresowe. Jeżeli w okresie nosicielstwa nastąpi osłabienie odporności ustroju wówczas następuje wybuch choroby. Tak więc, szerzenie się zarazki jest związane z nosicielstwem, zaś wybuch choroby zależy od momentów indywidualnych.

Konkluzje Neufelda są bardzo powściągliwe. Autor stwierdza, że poglądy nasze na kształtowanie się epidemii znajdują się obecnie w stanie przełomu. Zmienia się pogląd na nosicielstwo. Uważaliśmy je dotąd za zjawisko drugorzędne, gdy tymczasem dziś skłonni jesteśmy wyznaczyć mu rolę naczelną. Dawniej sądziliśmy, że wpływ odpornościowy nosicielstwa jest nieznaczny, dziś widzimy, że odgrywa on pierwszorzędną rolę. Wreszcie dawniej uważaliśmy nosicieli za niebezpiecznych rozsładników zarazy, dziś natomiast wiemy, że tak nie jest, że zakażenie niebezpieczne jest tylko wtedy, gdy do ustroju wtargnie w wielkiej masie, i że wskutek tego człowiek chory jest bez porównania groźniejszy dla otoczenia, niż nosiciel.

Z. Szymanowski.

STOELZNER. W sprawie czynnego uodparniania przeciw błonicy. (D. m. W. Nr. 1. 1929 r.)

Opierając się na licznych statystykach wszystkich krajów, zwłaszcza Ameryki, dochodzi autor do wniosku, że błonica jest obecnie chorobą częstszą i cięższą, niż dawniej. Nierzadkie są przypadki śmiertelne, w których zastosowanie surowicy przeciwbłoniczej, nawet dość wczesne i w wielkich ilościach, nie odnosiło pożądanego skutku. Ten stan tłumaczy autor na podstawie zjawisk, spostrzeganych na hodowlach bakteriowych wspomnianych złośliwych przypadków, tem, że wytwarzały się znaczne ilości jądów, szybciej łączących się z tkankami i opornych na działanie surowicy. Drugą przyczynę występowania złośliwych przypadków możnaby upatrywać w zakażeniu mieszanem paciorkowcem, do czego jednak autor nie przywiązuje zbyt dużej wagi. Wobec nieskutecznego działania surowicy w tych złośliwych przypadkach, pokreślają coraz częściej, autorzy konieczność czynnego uodparniania. Ponieważ jednak nie wszystkie osobniki z dodatnim odczynem Schick'a chorują, a niektóre z ujemnym również podlegają zakażeniu, szczepienie zaś niezawsze jest zdolne zamienić dodatni odczyn na ujemny, wobec tego obawiać się należy, czy te szczepienia odniosą pożądaný skutek. Pomimo braku wielkiego zaufania, autor zaleca jednak przeprowadzanie szczepienia.

S. Luxenburg.

LOEWENSTEIN. Nowe drogi w zapobieganiu błonicy. (D. m. W. Nr. 2 1929 r.)

Zestawiając wyniki leczniczego stosowania szczepiorki Behring'a, dochodzi autor do wniosku, iż niejednokrotnie ujemne skutki jej działania zależą od całkowitej ilości jądów w niej zawartych. Niepomyślne rezultaty osiągnięto również przy stosowaniu (opracowanej przez Ramona) przesączonej hodowli bakterii błonicy w formalinie w stosunku 4:1000 wprowadzanej

podskórną. Według własnej metody autor stosuje nieprzeszczepianą hodowlę bakterij błonicy unieszkodliwianą przez traktowanie formaliną w postaci wcierań do skóry.

Badania przeprowadzono początkowo na świnkach morskich, w celu przekonania się o odczynie skórny. Stosując tę samą metodę u dzieci, określano zdolność antytoksyczną we krwi danego osobnika przed i po wcieraniu bakterij. Opierając się na licznych spostrzeżeniach, dochodzi autor do wniosku, iż szczerpienie tą drogą należy stosować aż do zniknięcia odczynu Schick'a. Odporności nabywają dzieci w 50—60 dni po ostatnim weieraniu, o największym natężeniu po 4 miesiącach.

S. L u x e n b u r g.

Gruźlica.

GUILLERY. Działanie na odległość toksyn prątków gruźliczych na tkankę tłuszczową i skórę (Virchows Arch. 270 T., zes. I.)

Autor podaje wyniki kilkoletnich badań nad wpływem na organizm jądów, pochodzących z ogniska prątków gruźliczych, znajdujących się w organizmie. Posługiwał się przytem metodą, oddawna znana w bakterjologii, a mianowicie, bakterje umieszczał w woreczku z cellulozy, który jest całkowicie nieprzepuszczalny dla bakterij, natomiast przenikliwy dla gromadzących się w nim jądów. Doświadczenia prowadził autor na zwierzętach wrażliwych na gruźlicę — na świnkach morskich i królikach, wprowadzając gdziekolwiek do ich organizmu woreczek z bakterjami. Badanie histologiczne wpływu jadu gruźliczego na tkanki odległe dało następujące wyniki: w najbliższym otoczeniu woreczka znajdował się zawsze gęsty płaszcz komórek, składających się przedewszystkiem z limfocytów, pozatem z nielicznych leukocytów oraz resztek rozpadłych jąder. Do tego pasa przylegająca tkanka przedstawiała się w postaci typowej ziarniny gruźliczej, zawierającej przeważnie komórki nabłonkowe, pozatem limfocyty i komórki olbrzymie. Nigdzie nie spostrzegano układu typowego gruzełków, nigdzie ubóstwa naczyń właściwego tkance gruźliczej. Przeważnie naczynia były liczne i wyraźnie stanowiły punkt wyjścia i ośrodek zmian; jako pierwsze zmiany w pozatem normalnej tkance występowały delikatne nacieki w ścianie większych naczyń i to zawsze w tym porządku, że na początku limfocyty, dopiero potem nabłonkowe i olbrzymie, a więc w porządku innym, niż w gruzełkach. Serowaceń nigdy autor nie obserwował. Zmiany tego rodzaju występowały w miejscach nawet bardzo odległych od woreczka, bez żadnego ciągłego związku z naciekami i ziarniną w jego otoczeniu.

Jest to typ rozwoju zmian chorobowych „skokami”.

Autor obserwował te zmiany w sieci, tkance tłuszczowej podskórnej i skórze. W skórze odpowiadały one obrazom, znanym oddawna pod nazwą tuberkuloidów. W związku z wynikiem swoich badań autor sądzi, że powstawanie tych tuberkuloidów nie musi być związane z obecnością prątków gruźliczych w skórze, a może być tylko wynikiem działania jadu gruźliczego, pochodzącego z odległego ogniska.

A m b a s z ó w n a.

UNVERRICHT. Gruźlica szczytów i jej stosunek do wczesnego nacieku. (D. m. W. Nr. 2 1929 r.)

Autor zwraca uwagę, iż lekceważenie gruźlicy szczytów może mieć przykre następstwa zarówno dla zwalczania gruźlicy jako takiej, jak i dla samego chorego.

Rozpoznanie wczesnych nacieków nastręcza pewne trudności, które trzeba umieć pokonać. Umiejscowione suche rzęzenia oskrzelowe w połączeniu z osłabionym oddechem powinny zwrócić uwagę lekarza w kierunku wczesnego nacieku, nasuwając konieczność przeprowadzenia badania promieniami Roentgen'a i bakterjologicznego płwociny.

Zdaniem autora, niejednokrotnie udaje się wykazać zmiany w szczytach płuc przy obecności wczesnego nacieku (stąd

konieczność dokładnego badania szczytów). W innych przypadkach wczesny nacieki jest dalszym etapem zmian szczytowych.

S. L u x e n b u r g.

F. SMITHIES, M. WEISMAN i F. FREMMELE. Enterocolitis tuberculosa. (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 25 r, 1928.)

Gruźlica przewodu pokarmowego umiejscawia się rzadko w żołądku lub górnych odcinkach jelit. Jako najtypowsze uszkodzenie wymieniać należy ileum terminale, kątnicę, wyrostek robaczkowy, wstępnicę oraz esicę i odbytnicę.

W większości przypadków gruźlica jelit rozpoczyna się jako cierpienie czysto miejscowe, zlokalizowane najczęściej w okolicy zastawki Bauhina. Druga postać, spotykana u kobiet, cechuje się zmianami, idącymi od strony otrzewny, a pochodzącymi z organów rodnych.

Jest to sposób zakażenia drogą ciągłości, inne zaś sposoby szerzenia się gruźlicy — są to droga krwi lub też limfy. Zakażenie może również nastąpić przez łykanie materiału zakaźnego z ustroju własnego (płwocina) lub obcego — zakażenie pokarmowe.

Klinicznie autorzy rozróżniają 3 grupy. Grupa I: Gruźlica płuc łagodnie czynna lub nieczynna z objawami niestrawności. Badanie brzucha nie wykazuje szczególnych zmian.

Grupa II: Gruźlica płuc czynna lub nieczynna, połączona z zaburzeniami trawienia. Badanie brzucha wykazuje małe, ściśle umiejscowione zmiany.

Grupa III: Gruźlica płuc przeważnie czynna z wyraźnymi zaburzeniami przewodu pokarmowego o charakterze uogólnionym i trwałym.

W grupie I objawy wszelkie są bardzo niewyraźne, często wykonywa się zabieg na wyrostku.

W grupie II — zaburzenia sprowadzają się głównie do zaparcia, czasem z domieszką rozvolnienia. Stolce mogą zawierać ropę, krew, strzępy śluzówki i laseczniki Kocha. Powłoki brzuszne silnie napięte szczególnie w okolicy kątnicy, czasem wyczuwa się guzowatości.

Grupa III obejmuje stany rozpadowej gruźlicy. Brzuch jest bardzo wzdęty, napięty i bolesny, tak, że palpacja jest ledwo możliwa. Często (40%) bywa wysięk w jamie brzusznej. Biegunki wycieńczają silnie chorego. Przetoki odbytnicze wikłają sprawę. Badanie radiologiczne, szczególnie przez odbytnicę, należy wykonywać b. ostrożnie ze względu na możliwość przedziurawienia. Niekiedy lepiej prowadzić badanie drogą ust.

Różniczkowo Brown i Sampson wskazują na to, że sprawy niegruźlicze rzadko ograniczają się do ostatnich 18 cali jelita krętego, kątnicy lub początkowych 12 cali wstępnicy. Jeżeli więc osoba, mająca gdzieindziej zmiany gruźlicze, narzeka na niestrawność, jeżeli radijoscopia wykaże szczególną drażliwość wspomnianego odcinka jelit, to należy myśleć o gruźlicy jelit.

Przy zmianach rozleglejszych rozpoznanie jest łatwiejsze, ponieważ żadna sprawa zakaźna nie lokalizuje się w okolicy kątnicy w tak rozległych rozmiarach.

Leczenie zasadnicze i tam, gdzie jest możliwe, jest chirurgiczne. Usunięcie chorego odcinka jelit ma jednocześnie tę zaletę, że pozwala ustalić rozpoznanie z całą pewnością.

Djeta musi dostosować się do stanu chorego. Jedzenie winno być lekko strawne, nie zawierać błonnika i t. p. pszlaków. Mleko, o ile można, podawane z cytrynianem, by uniknąć dużych skrzepów. Kalorycznie djeta musi być bardzo obfita, biorąc pod uwagę gorączkę i rozpad tkanek. Natomiast postępowanie tuczne nie jest wskazane ze względu na zbytne obciążenie chorego jelita. Zaparcie i drażliwość uspokaja najlepiej parafina (do 10 łyżek dziennie). Parciom zapobiega lawatywa z oliwy z dodatkiem 1.3 ortoformu i 0.03 extr. belladonnae. W razie silnej biegunki djeta musi być płynna. Podaje się wówczas dermatol tyle razy dziennie, ile stolców miewa chore; niekiedy pomagają lawatywy z środkami ściągającymi. Kał należy odzyskać.

B. Goldstein.

Lecznictwo.

∞ Skorowidz Lecznictwa pod redakcją prof. D-ra L. Korczyńskiego.

Oryginalne to i pomysłowe wydawnictwo ukazało się w postaci kartoteki, zawartej w ładnej skrzyneczce orzechowej i obejmującej 4 działy. W dziale A mieszczą się na kartach szarych wiadomości z zakresu etjologii, patologii i symptomatologii, oraz dokładny opis sposobów leczenia około 300 chorób, podanych w porządku alfabetycznym. Dział B zawiera na kartach pomarańczowych wiadomości o wszystkich znanych i wypróbowanych specyfikach. W dziale C mieszczą się karty żółte z opisem związków chemicznych i przetworów galenicznych, przyjętych przez farmakopeję, oraz wzory recept. W dziale D na kartach zielonych znajdujemy tablice ze wskazówkami dla receptury, wykaz dawek i synonimów oraz krótki wykład o niektórych metodach leczniczych (leczenie dietetyczne, światłem kąpielami i inne). Kartoteka ma być stale uzupełniana w miarę zjawiania się środków leczniczych. Na stronę praktyczną położono główny nacisk. W opracowaniu „skorowidza” wzięli udział znani specjaliści krakowscy. Redakcja wydawnictwa jest bardzo staranna, strona zewnętrzna nader estetyczna, cena stosunkowo niewysoka — Zł. 130 gotówką lub 150 w 7 ratach miesięcznych. Skorowidz odda lekarzom-praktykom nieocenione usługi i z pewnością spotka się z przychylnem z ich strony przyjęciem.

S.

E. STEINITZ. O leczeniu syntaliny. (Ther. d. Gegenwart N. 11, rok 1928).

Jeżeli systematycznie podawać syntalinę według norm uznanych i z zachowaniem wszelkich ostrożności, to dochodzi się do wcale niezłych wyników leczniczych.

Najlepiej jest zachować podawanie syntaliny dla zakończenia czynności odcukrzenia. Mianowicie, przeprowadzić odcukrzenie ustroju za pomocą insuliny oraz diety, a dopiero, kiedy ilość wydzielanego cukru będzie bardzo mała, zacząć stosowanie syntaliny, li tylko jako środka, umożliwiającego podawanie węglowodanów w większej ilości, względnie zastępczego dla insuliny. Syntalinę można zastąpić 20 do 50 jednostek insuliny.

Ciała ketonowe pod działaniem syntaliny znikają bardzo szybko.

Uszkodzeń lub też wpływów ujemnych autor naogół nie stwierdził, przynajmniej w ciągu 2 letniego okresu stosowania syntaliny, o ile tylko zachowano należyłą ostrożność w dawkowaniu.

Działanie uboczne daje się ominąć przez ostrożne dawkowanie, przez stopniowe przyzwyczajanie, wreszcie przez użycie pewnych leków jak decholina, preparaty trzustkowe i t. p.

Lekkie przypadki cukrzycy można doprowadzić do odcukrzenia przez samą syntalinę, w przypadkach cięższych niezbędna jest kombinacja z insuliną.

Śpiączka cukrzycza pozostaje wyłącznie w zakresie leczenia insulinowego, ewentualnie można zaraz po ustąpieniu groźnych objawów przejść do syntaliny.

Po dłuższym leczeniu syntalinowym pozostaje jej działanie przez pewien czas mimo zaprzestania podawania.

Ta właściwość kumulacji działania syntaliny jest wyżykana w tym sensie, że, od czasu do czasu, wprowadza się przerwę w jej podawaniu, jednocześnie badając bilans węglowodanowy bez podawania leków.

Te przerwy, które doradzał już Frank, nie są jednakże konieczne i żadnych skutków ujemnych dla pacjentów nie powodują.

B. Goldstein.

K. MEYER NOBEL. O leczeniu stanów skurczowych za pomocą związków bromowych strontu. (Ther. d. Gegenwart N. 12 z r. 1928).

Środkiem, par excellence nadającym się do wywoływania centralnie spowodowanych stanów skurczowych i drgawek, jest pikrotoksyna.

Zwalczanie tych stanów może nastąpić drogą dwojaką — centralnie przez bezpośrednie działanie na podrażnione komórki nerwowe mózgowia oraz obwodowo — przez osłabienie przewodnictwa czyli drogą pośrednią.

Jest rzeczą oddawna znaną, że brom posiada wybitne własności przeciwkurczowe.

Z drugiej strony Grossheim wykazał, że związki strontu posiadają wybitne działanie hamujące na nerwy obwodowe. Już wapń bowiem znany jest ze swych własności przeciwkurczowych — stront, o wyższym ciężarze atomowym, działa silniej.

Związki strontu z bromem, posiadające tem większe działanie, że działają synergicznie, pozwalają powiększyć dawkę pikrotoksyny o 250% — 300%.

Wprawdzie związki takie, jak luminal, również działają w sposób podobny (do 280%), zwierzęta jednak użyte do badań giną przytem skutkiem zatrucia luminalem, podczas gdy bromki strontu w dawkach używanych okazały się praktycznie nieszkodliwe. Najskuteczniejszy z preparatów okazał się *bromostrontuiran* — połączenie bromku sodu z bromkiem strontu i mocznikiem,

B. G.

Choroby serca i naczyń.

J. H. BARACH. O czynnikach konstytucjonalnych w nadciśnieniu. (J. of the Am. Med. Ass. Tom 91. N. 20 z r. 1928).

W wywiadach u osobników z nadciśnieniem znajdujemy szereg czynników, które wskazują na związek tego cierpienia z t. zw. konstytucją.

A więc, w dzieciństwie szczególnie częste zakażenia na tle zmniejszonej odporności ustroju. Stan ten trwa, niezależnie od warunków zewnętrznych, aż do okresu dojrzewania płciowego.

Od tej chwili u kobiet rozwija się zespół migdałkowo-tarczyczny, który wpływa na psyche i na rozwój fizyczny kobiety, szczególnie na czynność rozrodczą. Objawy pokwitania są silnie zaznaczone, jednocześnie rozwija się nadciśnienie, które stopniowo się wzmaga i wcześniej czy później prowadzi do dekompensacji.

Czas trwania tego ostatniego okresu zależy od niskowartościowości narządów ustroju. Może ona być nabyta wskutek przebytych infekcyj, najczęściej jednak jest wrodzona. U niektórych prowadzi nadciśnienie do niedomogi serca, u innych do wylewów, u innych znowu do niewydolności nerek.

U mężczyzn zespół tarczyczny nie występuje. To też wole spotyka się u mężczyzn rzadko. U nich natomiast występuje t. zw. zespół astenji nerwowo-naczyniowej, której głównymi objawami są zmiany naczynioruchowe i przemijające nadciśnienie. Z czasem to ostatnie przybiera charakter stały i prowadzi po pewnym czasie do dekompensacji, jak wyżej.

B. G.

S. LEVINE i M. N. FULTON. O stosunku nadciśnienia do zwężenia ujścia zastawki dwudzielnej. (The Am. Journ. of Med. Sciences Tom 176 N 4, 1928).

Na zasadzie materiału, obejmującego 762 przypadki *stenosis mitralis*, autor stwierdza, że samo przez się cierpienie to daje raczej nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi.

Natomiast z wiekiem pacjenci częściej zapadają na nadmierne ciśnienie, aniżeli przeciętnie w tymże wieku. Np. na 159 przypadków zwężenia ujścia mitralnego u osobników wyżej 45 lat 58% miało nadmierne ciśnienie.

Autor wypowiada się także za reumatycznym pochodzeniem zmian zastawki mitralnej, stwierdzonych w starszym wieku, odrzucając stanowczo myśl o ich miażdżycowym pochodzeniu.

Niezwyczajna częstość koincydencji obydwu cierpień pochodzi prawdopodobnie z szczególnej wrażliwości układu krążenia zarówno na zmiany zakaźne, jak i zwyrodniające.

Autor uważa, że nadmierne ciśnienie wpływa poniekąd dodatnio na przebieg zwężenia ujścia mitralnego. Objaśnia to autor w ten sposób, że naskutek wzmożonego ciśnienia w krążeniu dużem przerasta i rozciąga się lewa komora, potem dochodzi do rozciągnięcia pierścienia włóknistego zastawki dwudzielnej i zwężenie zwykle przechodzi w wadę skombinowaną (*stenosis et insufficiencia*).

B. G.

G. DEUSCH i A. LIEPELT. O naczyniach włosowatych skóry w nadciśnieniu. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 160 zeszyt 3/4).

Jak wiadomo, nadciśnienie powstaje na skutek skurczu tętniczek małych krążenia obwodowego, natomiast naczynia włosowate z racji swojej budowy nie mogą brać udziału w tym skurczu.

Istnieją pewne różnice w kapillarach pomiędzy t. zw. nadciśnieniem czerwonym a białym.

W nadciśnieniu czerwonym naczynia włosowate są wąskie, kręcone wężykowato i rozszerzone ze zmieniającym się stanem skurczu i porażenia.

W hipertenzji bladej naczynia włosowate normalne, tętniczki skurczone, przepływ krwi raczej przyspieszony.

Autorzy znajdują naczynia włosowate w hipertenzji zazwyczaj wąskie i pokręcone, o długości bardzo zmiennej.

Przepływ krwi był przerywany, niekiedy wybitnie przyspieszony.

Stałych różnic w zachowaniu się naczyń włosowatych u hipertenzików w zależności od zajęcia nerek nie dało się zauważyć.

Pod wpływem azotynów (nitroskleran) występuje zarówno u zdrowych, jak u chorych, jednocześnie ze spadkiem ciśnienia także rozszerzenie kapillarów, które przemija razem ze spadkiem ciśnienia.

Przepływ krwi w naczyniach włosowatych jest ciągły i przyspieszony. Naczynia te wydają się dłuższe, czasem występują niewidoczne dotąd kapillary.

Punkt działania azotynów leży w tętniczkach mniejszych.

B. G.

E. FIMBACHER. O środkach obniżających ciśnienie krwi. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 161, zeszyt 1—2, 1928).

Upust krwi 400 — 1000 cm.³ daje dużą poprawę subiektywną, aczkolwiek ciśnienie wraca do stanu poprzedniego już po kilku dniach. Przeciwwskazaniem jest niedokrewność współistniejąca z cierpieniem nerek.

Nakłucie lędźwiowe, przeprowadzono w 2 tylko przypadkach bez widocznego efektu.

Działanie naświetlań było niejednolite.

Pewne wyniki, acz niewielkie, otrzymano zarówno zapomocą dużych ilości doprowadzanych płynów (t. zw. Wasserstoss), jakoteż zapomocą diety suchej.

Znane jest także działanie środków przeczyszczających wszelkiego rodzaju na obniżenie ciśnienia. Na krzywej ciśnienia działania tego jednakże nie widać.

Kąpiele kwasowęglowe i balsamiczne dawały wyraźne obniżenie ciśnienia podczas spoczynku kąpielowego, stałego wyniku obniżającego jednak osiągnąć się nie dało.

Leki kojąco-nasenne z grupy pochodnych kwasu barbiturowego mogą powodować obniżenie ciśnienia naskutek samego stanu snu oraz związanego z nim zwiótczenia mięśni.

Połączenie diuretyny z lumenalem lub t. zw. teominalu dają, wprawdzie, wyraźne obniżenie o jakie 20 mm. Hg, lecz działanie to jest szybko przemijające.

Z preparatów jodowych wymienić należy jodek potasu, o którym oddawna wiadomo, że obniża ciśnienie, a raczej poprawia samopoczucie chorych.

Jod-Calcium-Diuretin bardzo szybko się rozpowszechnił, mimo że faktycznie obniżającego działania tego przetworu nie udało się wyraźnie stwierdzić.

Inną kombinację przedstawia desencyna, zawierająca jod, pierwiastki benzytowe i azotynowe. Środek ten u chorych powoduje obniżenie ciśnienia, które po 5 godzinach przechodzi, nie osiągając atoli stanu pierwotnego. Działanie po 5 godzinach wynosiło jeszcze jakie 20 mm. Najwyraźniej występuje ono w sprawach miażdżycowych i t. zw. postaciach samoistnych. Wystarczy zazwyczaj od 0,12 do 0,25 ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tabletki) do 5 razy dziennie.

W rezultacie desencyna jest dziś jednym z najlepszych jeszcze środków działających na nadmierne ciśnienie.

Co do połączeń rodanowych, to autor nie mógł stwierdzić wyraźnie ich działania.

Animaza posiada li tylko znaczenie subiektywne.

Depressina działania obniżającego nie posiada; skargi subiektywne zmniejszają się

Z pośród azotynów wypróbowano nitroskleran. Przy śródzielnym stosowaniu obniżenie występuje szybko, lecz po 5 godzinach ciśnienie wraca do stanu poprzedniego. Stałego obniżenia nie otrzymano.

Czy działanie rozmaitych środków jest zależne od ich zastrzyknięcia, czy też prosto od zastrzyknięcia płynu, nie wiadomo. Otrzymano, bowiem, pewne obniżenie także po śródzielnym zastrzykiwaniu roztworów cukru gronowego, względnie soli.

Działanie preparatów choliny było tylko subiektywne, z innych stron donoszą natomiast o dodatnich wynikach po stosowaniu choliny.

Co do stosowania pyroterapii (sztucznej gorączki) to niezależnie wyniki są jednakowe. Czasem, bowiem, przy istnieniu silnych bólów następuje raczej wzrost ciśnienia.

Stosując sztuczną gorączkę w przypadkach, które z innych powodów wymagały podobnego leczenia (*arthritis chronica, adipositas*), otrzymywano wyniki tylko czasowe, nigdy zaś trwałego obniżenia.

Ten rodzaj leczenia jest mało wskazany ze względu na działania uboczne, które przewyższają działanie na ciśnienie.

B. G.

H. O. MOSENTHAL. O leczeniu nadciśnienia pierwotnego. (J. of the A. M. A. Nr. 10, Tom 91, rok 1928).

Nadciśnienie pierwotne czyli *hypertonia essentialis* jest to schorzenie o etiologii nieznannej, cechujące się stałym postępującym zwiększeniem się ciśnienia krwi, zarówno skurczowego, jak i rozkurczowego. W następstwie tego nadciśnienia powstają zmiany w sercu, w naczyniach mózgowych i nerkowych mogące doprowadzić do zejścia niepomyślnego.

Według Fahra 23% wszystkich zgonów u osób powyżej lat 50 należy przypisać nadciśnieniu.

Leczenia swoistego nadciśnienia dotychczas nie znamy. W pewnych przypadkach nadciśnienia na tle zatrucia ciężowego okazał się skuteczny wyciąg wątrobowy Majora.

Najlepszym środkiem na obniżenie ciśnienia krwi jest uspokojenie układu nerwowego. Jest to rzecz niezmiernie trudna do przeprowadzenia, wymagająca ogromnego wysiłku ze strony lekarza i chorego. Wchodzi tu w grę dokładne przestudjowanie warunków życia chorego i umiejętne usuwanie z jego życia wszelkich trosk, niewygód, któreby mogły wpłynąć na stan psychiczny.

Obok odpowiedniego uregulowania trybu życia chorego ważną jest rzeczą systematyczne ćwiczenie układu krążenia, a mianowicie serca.

Umiarkowane uprawianie lżejszych sportów, spacer, gimnastyka i t. p. nadają się znakomicie do podtrzymywania siły mięśnia sercowego.

Dobrem przyzwyczajeniem jest 1 — 2 godzinny odpoczynek poobiedni oraz co najmniej 8 godzinny w nocy. W przypadkach cięższych lepiej jeszcze robi 1 dniowy wypoczynek w łóżku co tydzień.

Zadaniem diety jest zapobieganie powstawaniu otyłości, co się sprowadza głównie do ograniczenia spożywania tłuszczów, a poniekąd także węglowodanów.

Wiele mówiono dotychczas o szkodliwości substancji białkowych dla hipertoniców. Badania ostatnie nie potwierdziły jednak tego. Badacze okolic podbiegunowych oraz eskimosi, którzy odżywiają się głównie mięsem, wcale nie wykazują zwiększenia ciśnienia. Toteż autor uważa, że wskazania do ograniczenia pokarmów białkowych zaczynają się dopiero w przypadkach hiperglobulji z jednej strony lub też nefrosklerozy z następczą azotemją z drugiej strony.

Ponieważ przypadki nadmiernego ciśnienia zdarzają się bardzo często w związku z zaburzeniami nerek, sprawa substancji białkowych w diecie jest dla lekarza bardzo trudna do rozstrzygnięcia.

Ilość płynu doprowadzonego do ustroju w granicach normy, zdaje się nie wpływać na wysokość ciśnienia. Przeciw-

nie, umiarkowane spożywanie płynów przyczynia się raczej do lepszego wypłukania ustroju z rozmaitych odpadków przemiany ustrojowej.

Ograniczenie ilości soli nie wpływa na wysokość ciśnienia, natomiast ograniczenie to wpływa dodatnio na schorzenia towarzyszące nadciśnieniu, jako to: obrzęki, bicie serca, duszność i t. p. objawy sercowe.

Co się tyczy związku nadciśnienia z zaparciem i następstwami objawami jego w postaci samozatrucia ustroju, to ostatnio wykazano zupełną bezpodstawność tego przypuszczenia.

W związku z tem nie należy zbyt nalegać na kuracje czyszczące, stosowane u chorych z nadciśnieniem. Wystarczy zwykłe uregulowanie wypróżnień, bez uciekania się do środków drastycznych.

Celem ostatecznym kuracji obniżających ciśnienie jest zapobieżenie skutkom hipertensji, a więc objawom niedomogi sercowej, udarom czy mocznicy.

Leczenie, a raczej profilaktyka napadów takich sprowadza się głównie do odpowiedniej diety, niezbyt skąpej w składniki białkowe.

Stosowanie naparstnicy daje naogół dobre wyniki, usuwając lub zmniejszając niedomogę serca.

W ogólności zaś niedomoga serca na tle nadciśnienia winna być leczona tak, jak niedomogi innego pochodzenia.

Stosowanie rodanów daje naogół niezłe wyniki.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

W. Harris zwraca uwagę na konieczność dokładnego badania rentgenologicznego stawu biodrowego i kości miednicy, których schorzenie często mylnie bywa brane za przewlekłą rwę kulszową. Doświadczenie przekonywa, że cierpienia kostno-stawowe wymienionej okolicy zdarzają się częściej, niż przywykliśmy sądzić.

(Lancet 1928. Grudzień).

Eppinger zaleca stosowanie strychniny w niewyrównanych wadach serca. Dawka 0,001 — 0,002 dwa do trzech razy dziennie jest zupełnie nieszkodliwa, a wywiera działanie wybitne. Leczenie strychninowe należy poprzedzić kuracją naparstnicową. Również i w zapaleniu płuc, jakoteż w leczeniu wstrząsów pooperacyjnych działanie strychniny jest bardzo do-
datnie.

(W. m. Woch. 1928 Nr. 43)

Zamiast adrenaliny poleca Schmidt, jako dodatek do nowokainy, efedrynę. Bierze się 0,05 — 0,1 gr. efedryny na 100 ctm. 1% roztworu nowokainy. Również i do uspiania awertynowego (przez odbyty) nadaje się dodatek efedryny w celu zapobieżenia spadkowi ciśnienia. 0,05 — 0,1 efedryny utrzymuje ciśnienie krwi na poziomie prawidłowym łatwiej, niż inne środki pobudzające.

(Ztbl. f. Gyn. 1928 Nr. 51)

Upadek krążenia w ostrych chorobach zakaźnych, a głównie w zapaleniu płuc włóknikowem oprowadza Schottmüller w spo-

sób następujący; przeciwko słabej działalności serca — strofantyna dożylnie, zaś przeciwko towarzyszącemu jej porażeniu ścian naczyń — wlewania kroplowe suprareniny w roztworze fizjologicznym soli kuchennej (1 ctm.³ na 100 ctm.³ soli) 50 ctm.³ na godzinę. Ażeby zapobiec rozkładaniu się suprareniny pod wpływem światła, należy roztwór trzymać w irygatorze, ochronionym przed działaniem światła. Wlewania mogą być stosowane w ciągu 2—3 a nawet więcej dni. Jeżeli występuje działanie uboczne, to należy zmniejszyć liczbę kropli. Ponieważ nakłuwana dłużej, niż 24 godziny, żyła zatyka się zakrzepem to okazuje się potrzeba wybrania do nakłucia innej żyły. Zatorów przy tem postępowaniu Schottmüller nigdy nie spotrzągał.

(D. m. Woch. 1928. Str. 1538).

Hertz zajął się poruszoną przez Stocka sprawą zatrucia rtęcią przez plomby amalgamowe. Okazało się, że z 35 osobników z plombami amalgamowymi u 34 znaleziono rtęć w kale i moczu. Z drugiej jednak strony z pomiędzy osobników, nie mających plomb amalgamowych i wolnych zupełnie od stykania się z rtęcią znaleziono u 11 rtęć w wypróżnieniach — musiała więc rtęć dostać się do ich ustroju w jakiś inny niewyjaśniony sposób. U żadnej jednak z badanych osób nie można było stwierdzić jakichkolwiek objawów zatrucia rtęcią. Stąd wnosi Hertz, że niebezpieczeństwo zatrucia minimalnymi dawkami rtęci nie jest tak wielkie, jak sądzi Stock. W każdym jednak razie sprawa przewlekłego zatrucia rtęcią zasługuje na baczną uwagę klinicystów.

(Klin. Woch. 1929 Nr. 12).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

100-e posiedzenie inauguracyjne z d. 29.I.1929.

(w nowej siedzibie)

Prezes Bregman, witając w nowej siedzibie gości i członków Zrzeszenia, zaznaczył, że w nowym lokalu znajdzie ono warunki sprzyjające rozwinięciu działalności zarówno naukowej, jak i społeczno-zawodowej. Zarazem możność spotykania się i wymiany myśli wpłynie dodatnio na zbliżenie się towarzyskie członków. Zaznaczywszy, że Zrzeszenie pod względem naukowym rozwija się pomyślnie, wyraził życzenie, aby odczyty i pokazy były możliwie zwięzłe, oraz wskazał na potrzebę zastosowania kinematografu do ilustrowania pokazów.

Wyrażeniem w imieniu Zarządu podziękowanie gościom za przybycie na posiedzenie uroczyste Bregman zakończył swoje przemówienie.

Następnie dawniejszy prezes Róbin wyjaśnił genezę powstania Zrzeszenia, którego powołanie do życia stało się koniecznością, wywołaną względami, dobrze zebranych znaniami. Zrzeszenie ma na celu: 1) zachęć do pracy naukowej drogą urządzania wieczorów dyskusyjnych i seminaryjnych oraz przy pomocy dostarczania członkom swoim czytelni i biblioteki; 2) regulowanie spraw zawodowych, społeczno-lekarskich i t.d.; 3) wytworzenie życia klubowego. Żadnej polityki Zrzeszenie nie uprawiało i uprawiać nie będzie. Przy Zrzeszeniu istnieje biuro pośrednictwa pracy i Kasa wzajemnej pomocy.

Po obu tych przemówieniach Z. Bychowski wygłosił odczyt p. t. *Profesor anatomji Ludwik Hirsfeld — życie i działalność* (druk rozpoczęty w № 16 „Warsz. Czasop. Lek.“)

Sekretarz: J. Merenlender.

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

XXIV posiedzenie naukowe z dnia 26 października 1928.

Prezes — Drozdowicz

Sekretarz — Adelfang.

1. Leśniowski J. *Zespół uciskowy rdzenia na tle schorzenia siódmego kręgu grzbietowego.*

Mówca przedstawia rentgenogramy chorej, u której badanie kliniczne stwierdziło niedowład mięśni i odruchów brzusznych, kończyny dolne wychudzone wykazują zupełne porażenie zgięciowe z wybitnymi przykurczami i nieznacznym wzmocnieniem odruchów ścięgowych. Objaw Babińskiego obustronnie dodatni. Masywne zaburzenia czucia w postaci: obniżenia uczucia bólu i dotyku i ciepła. Odma rdzeniowa wykazała niedrożność przestrzeni podpajęczynówkowej. W płynie m.-rdz. bezbarwnym zawartość białka i dodatni odczyn na globulinę, pozostałe odczyny ujemne. Również ujemny odczyn Wassermanna.

Rentgenogramy kręgosłupa wykazały zmiany w kręgu grzbietowym siódmym w postaci drobnych ognisk odpowienienia i przewapnienia, tak, że cały krąg sprawia wrażenie drobnonakrapianego. Zarysy przestrzeni międzykręgowych są zupełnie dobrze zachowane, jak również i kształt kręgu. Ponadto dokoła schorzałego kręgu znajduje się duży jajowaty cień.

Próba lipjodolowa wykazała, że lipjodol w dwie godziny po wstrzyknięciu zatrzymał się na górnej granicy D-7 w postaci odwróconej kuli karabinowej, oddzielne kropelki przeszły poniżej.

Opierając się na stale postępującym rozwoju cierpienia, na danych klinicznych oraz wyniku badań płynu m.-rdz., odmie rdzeniowej i próbie lipjodolowej, rozpoznaliśmy sprawę uciskową rdzenia. Ze względu zaś na wyraźne zmiany rentg. w obrazie D-7 przyjęliśmy za tło cierpienia ucisk rdzenia przez jakąś sprawę zewnątrzrdzeniową.

Po różniczkowaniu sprawy chorobowej między gruźlicą i nowotworem refer. dochodzi do wniosku, że należy zatrzymać się raczej nad nowotworem przedkręgosłupowym z przerzutem do kręgu. Chora w przeciągu 5 miesięcy otrzymała 4 serie naświetlań z wynikiem naogół dobrym (ustąpiły niemal zupełnie zaburzenia czucia, ruchy częściowo powróciły).

W dyskusji Zawadowski zaznacza, że obserwował przypadek przerzutu nowotworowego do trzonu kręgu piersio-

wego. Trzon sam uległ destrukcji, zaś naokoło widoczny był na zdjęciach intensywny cień wrzecionowaty, taki, jaki się widuje w gruźlicy naokoło chorego odcinka kręgosłupa. Cień taki w gruźlicy odpowiada naciekowi i ropniowi. Natomiast w przypadku, przedstawionym przez prelegenta, cień gruszkowaty odpowiada rozrostowi nowotworu, zaś krąg sam przedstawia t.zw. „vertebre en ivoire“ t.zn. przerzut z przewagą procesu osteoplastycznego nad osteoklastycznym.

Łapiński uważa, że ropnie opadowe w *spondylitis tbc.* dają na zdjęciach profilowych szersze cienie, niż na zdjęciach przedniotylnych. W danym przypadku nie widać zupełnie tego cienia na zdjęciu bocznym, co przemawia przeciw gruźlicy kręgów.

2. Łapiński W. *Przypadek schorzenia kości udowej.*

Ref. demonstruje rentgenogramy kości udowej młodego chłopca ze znacznymi zmianami w okolicy krętarza małego i omawia trudności rozpoznawcze, jakie przypadek nastręczył.

W dyskusji Adelfang zaznacza, że sprawę należy różniczkować między *osteomyelitis circumscripta* i *ostitis fibrosa*. Wobec dużych zmian w strukturze tkanki kostnej na dość znacznej przestrzeni A. skłania się raczej do rozpoznania *ostitis fibrosa*.

3. Grudziński Z. *Wrażenia i uwagi ze zjazdu międzynarodowego rentgenologów w Sztokholmie* (ukaze się w druku).

W dyskusji Zawadowski zaznacza, że jednostka elektrostyczna została opisana jeszcze w roku 1902—5 przez Villarda.

H. Adelfang

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu wiedeńsk. tow. laryngologicznego w marcu r. ub. Sternberg demonstrował przypadek *przewlekłego zapalenia pneumokokowego śluzówki krtani*, powtarzającego się od 2 lat w odstępach 1—3 miesięcznych. Obecne dolegliwości trwają już 3 miesiące. Obiektywnie stwierdza się nacieczenie nagłośni pokrytej na powierzchni językowej nalotami szaro-białymi. Po usunięciu nalotów pozostaje powierzchnia uszkodzona. Podobne drobne naloty widać na fałdach nagłośniowonalewkowych. Badanie wewnętrzne nie wykazało uchybień od normy. Wassermann ujemny. Badanie bakteriologiczne w rozmazach i hodowli dało czystą hodowlę pneumokoków.

(Zntbl. f. Hals. t. 13).

Znaczenie szczepień przeciudurowych w przebiegu ciężkiej epidemii rodzinnej duru brzuszego podkreślał Lemierre na podstawie obserwacji, dotyczącej takiej epidemii. Na 8 osób jednej rodziny zachorowało sześć, zakażając się od pierwszego przypadku, który zapadł na dur poza miastem. Nie zapadły jedynie dwie osoby i ojciec rodziny, szczepiony przed 10 laty w czasie wojny i dziewczynka dziewięcioletnia, izolowana i szczepiona po zachorowaniu pięciu osób. Chłopiec 14-letni, szczepiony jednocześnie z poprzednio wymienioną dziewczynką, przechodził dur o dłuższym okresie wylęgania, przebiegający nietypowo i nadzwyczaj łagodnie.

(Paris Méd. Nr. 9)

Na tem samym posiedzeniu Marchon zaleca noszenie masek przez ludzi, stykających się z chorymi na grypę.

W szpitalu morskim w Brest w czasie ostatniej epidemii lekarze, pielęgniarki i chorzy nosili maski muslinowe zwilżone olejkami gomenolowymi. Mimo, że w szpitalu przebywało ogółem 600 chorych na grypę, nie odnotowano ani jednego przypadku zakażenia szpitalnego.

(Paris Méd. Nr. 9).

O skurczu śledziony u człowieka pod wpływem emocji mówili Benhamou, Marchioni i Nouchy, opierając się na zmianie konturów śledziony na zdjęciu rentgenowskim pod wpływem strachu. Jednocześnie przemijająco występowała poliglobulia. Ostatniego objawu nie stwierdzono u osobnika, pozabawionego śledziony.

(Paris Méd. Nr. 9).

Z j a z d y.

Z czynności stałej delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich.

XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w r. 1925 wybrał (czwartą od r. 1900) Delegację Stałą, do której weszli jako członkowie: prof. dr. Ciechanowski, doc. dr. Janiszewski (oba ponownie) i prof. dr. M. Siedlecki z Krakowa, prof. dr. Romer z Lwowa, prof. dr. Gantkowski z Poznania, prof. dr. Kryński (ponownie) z Warszawy i prof. dr. Januszkiewicz z Wilna, a jako zastępcy prof. dr. Franke (Lwów), prof. dr. Karwowski (Poznań), prof. dr. Loth i prof. dr. Sawicki (Warszawa), prof. dr. Dziewulski (Wilno).

Delegacja odbyła dwa posiedzenia plenarne, jedno w Warszawie (obecnych 11), drugie w Krakowie (obecnych 9), a nadto załatwiała sprawy przez głosowanie listowne i na posiedzeniach prezydium, odbywających się w Krakowie.

A. Czynności pełnej delegacji.

1) Delegacja ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym prof. dr. Ciechanowskiego, wiceprezesem prof. dr. Romera, sekretarzem generalnym doc. dr. Janiszewskiego, skarbnikiem prof. dr. Siedleckiego.

2) Jako prezydium Wydziału gospodarczego XIII Zjazdu, wyznaczonego na r. 1929 w Wilnie, zaprosiła Delegacja: prof. dr. Januszkiewicza (prezes), prof. dr. Dziewulskiego (wiceprezes), prof. dr. Michejda (sekretarz generalny), prof. dr. Jakowickiego (zastępca sekretarza generalnego i redaktor wydawnictw), dr. Bądryńskiego (skarbnik).

3) Wydziałowi gospodarczemu XIII Zjazdu przekazano do rozpatrzenia i ewentualnego wykonania wnioski różnych sekcji XII Zjazdu, dotyczące strony organizacyjnej Zjazdów, jakoto: ściślejszego terminu XIII Zjazdu (wniosek Sekcji fizjologicznej), urządzania liczniejszych posiedzeń wspólnych i łączenia kilku sekcji w większe grupy (Sekcja anatomiczna), tematów posiedzeń ogólnych (Sekcja zoologiczna i anatomiczna), porządku obrad w Sekcjach (Sekcja otolaryngologiczna), włączenia przypadających na rok 1929 zjazdów specjalistycznych w ramy głównego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w charakterze jego sekcji, udziału większych firm przemysłowo-lekarskich na wzór Francji w kosztach Zjazdu, wczesnego ogłaszania programu naukowego Zjazdów i t. d.

4) Wyrażono życzenie, aby Wydział gospodarczy rozważył jako ewentualne tematy posiedzeń ogólnych lub wspólnych na XIII Zjeździe sprawę wychowania fizycznego ze stanowiska zdrowia publicznego i potrzeb Państwa, i sprawę zwalczania kiły.

5) Na wniosek Wydziału gospodarczego oznaczono wspólnie z nim ściślejszy termin Zjazdu w Wilnie na koniec miesiąca września 1929.

6) Przyjęto sprawozdanie Wydziału gospodarczego XII Zjazdu w Warszawie, udzielając mu na wniosek Komisji rewizyjnej (prof. Franke i prof. Siedlecki) absolutorium i uchwalając wyrazić mu uznanie i podziękowanie, zwłaszcza prezesowi prof. Kryńskiemu, sekretarzowi generalnemu dr. Lothowi i skarbnikowi dr. Dydyńskiemu.

7) Z pozostałych po XII Zjeździe funduszy udzielono a) 2.000 zł. zasiłku czasopismu „Kosmos“, b) 500 zł. na koszt „Biura propagandy nauki polskiej zagranicą“, organizowanego przez prof. dr. Lotha, c) 2.500 zł. Wydziałowi gospodarczemu XIII Zjazdu w Wilnie, jako zaliczkę zwrotną na koszt organizacji Zjazdu.

8) Zatwierdzono załatwienie uchwał XII Zjazdu przez Prezydium Delegacji i polecono w dalszej akcji położyć nacisk na dwie główne uchwały, mianowicie na postulat złączenia wszystkich spraw zdrowia publicznego ze sprawami opieki społecznej w Państwie w jednym zarządzie centralnym oraz na postulat utworzenia szeregu rezerwatów przyrodniczych.

9) Uchwalono wnioski do zmiany „Ustawy Zjazdów“, obejmujące: a) skrócenie odstępów między Zjazdami — po osiągnięciu zdania wszystkich Towarzystw naukowych lekarskich i przyrodniczych w Państwie — z lat czterech (uchwalonych na XI Zjeździe w Krakowie) w przyszłości do dwóch lat, a na razie przynajmniej przywrócenie (ustanowionych na IX Zjeździe) odstępów trzechletnich, b) objęcie przez Delegację Stałą zadań łącznika pomiędzy Zjazdami ogólnymi lekarzy i przyrodników polskich a zjazdami specjalistycznymi oraz pomiędzy Towarzystwami naukowymi, c) przelanie

likwidacji Zjazdów i wydania sprawozdań ze Zjazdów na Wydziały gospodarcze, już faktycznie spełniające te zadania od r. 1900, d) zastrzeżenie głosu na pierwszym i ostatnim posiedzeniu ogólnym tylko uproszonym prelegentom, e) skrócenie przemówień w dyskusjach do 5 minut, f) zastrzeżenie, że delegacja stała będzie załatwiać ze spraw jej przekazywanych tylko wnioski, pisemnie umotywowane, ze szczegółami sposobu załatwienia, g) skasowanie „Regulaminu Komitetów miejscowych“.

10) Uchwalono podjąć kroki celem uregulowania sprawy reprezentacji Polski na Międzynarodowych Zjazdach lekarskich i przyrodniczych.

11) W sprawie protokołu obrad Sekcji nauk antropologicznych XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie uchwalilo Prezydium Delegacji stałej podać do wiadomości publicznej, co następuje:

„Sekretarz Sekcji nauk antropologicznych XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich złożył w Redakcji „Kosmosu“ we Lwowie w r. 1926 protest przeciwko drukowanemu brzmieniu protokołu tej Sekcji w „Księdze pamiątkowej XII Zjazdu“ (tom I, str. 187 — 201), w którym to proteście zaznacza, że tekst rękopiśmienny protokołu sporządzonego i podpisanego przez niego, a uzgodnionego z gospodarzem Sekcji, nie zawierał i nie miał zawierać przemówień dyskusyjnych, a miał być uzupełniony jedynie treścią wygłoszonych referatów, nadesłanych przez autorów; w tekście zaś wydrukowanym włączono wbrew temu przemówienia dyskusyjne osób, krytykujące wyniki prac szkoły antropologicznej lwowskiej, nie włączono jednak głosów przeciwnych. Prezydium Delegacji stwierdza, że za tę różnicę tekstów nie ponosi żadnej odpowiedzialności Redakcja „Księgi pamiątkowej XII Zjazdu“, gdyż oddała do druku bez zmiany tekst, jedyny, jaki otrzymała z Sekcji“.

B. Załatwienie uchwał plenarnych XII Zjazdu.

Na drugim posiedzeniu ogólnym powziął XII Zjazd 20 uchwał i rezolucji, których dalsze załatwienie poruczył Delegacji Stałej.

1. Siedm z tych uchwał dotyczyło najważniejszych zadań społeczno-higienicznych, mianowicie: a) walki z wielkimi klęskami społecznymi: gruźlicą, kiłą, alkoholizmem i jaglicą (jako najczęstszą w Polsce przyczyną oślepienia), b) sprawy wychowania fizycznego, c) opieki społecznej w zakresie ubezpieczenia na starość i niezdolności do pracy, d) zapobieganie zarazie psychicznej przez zwalczanie literatury sensacyjnej i pornograficznej.

a) 1) Dla wykształcenia odpowiedniej liczby specjalnych organizatorów walki z gruźlicą u ludzi domagał się Zjazd osobnych kursów o gruźlicy na Wydziałach lekarskich Uniwersytetów lub z ich pomocą; żądał dalej wciągnięcia do walki z gruźlicą całego nauczycielstwa i duchowieństwa oraz obowiązkowego nauczania higieny na wszystkich wydziałach szkół wyższych i w seminarjach duchownych. Skutkiem tych uchwał był I kurs dla lekarzy, jednomiesięczny, urządzony w Warszawie już w jesieni 1925 przez Polski Związek przeciwgruźliczy wspólnie z Generalną Dyrekcją służby zdrowia, na którym to kursie wykładali profesorowie wszystkich Wydziałów lekarskich polskich; wykłady te wyszły jako osobne obszerne wydawnictwo. Kursy te są powtarzane, w r. 1929 odbył się czwarty z rzędu, nadto urządza kursa dla personelu pomocniczego Państwowa Szkoła Higieny. Delegacja zwracała się w tej sprawie także do Wydziałów lekarskich.

W odpowiedzi Wydział krakowski zawiadomił, że uwzględni szerzej gruźlicę w kursach dla lekarzy, a poznański, że uwzględni walkę z gruźlicą w wykładach higieny społecznej, urządza zwiędzenie lecznicze dla gruźliczych przez studentów i ze profesor higieny corocznie urządza kurs o gruźlicy w poznańskim Seminarjum duchownym. W Krakowie sprawa walki z gruźlicą jest obszerne traktowana w wykładach i seminarjum higieny społecznej, nadto w klinice II chorób wewnętrznych uczestniczą w pracy istniejącej tam od r. 1928 poradni przeciwgruźliczej studenci, którzy również zwiedzają lecznicę. Szerszy udział nauczycielstwa i duchowieństwa w walce z gruźlicą leży jednak nadal odłożym, i nie wprowadzono dotąd wykładów higieny w szkołach wyższych poza Wydziałami filozoficznymi i Studium pedagogicznym.

W sprawie racjonalnej walki z gruźlicą u bydła, mającej obok społeczno-higienicznego wielkie znaczenie ekonomiczne, a żądanej przez XII Zjazd zwróciła się Delegacja Zjaz

dów do Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr państwowych. Ministerstwo odpowiedziało 6. III. 1926, że racjonalniejszą niż przedtem walkę umożliwi jednolita polska ustawa weterynaryjna, której projekt już opracowało. Jednakże okazało się, że nie jest konieczna osobna ustawa (uchwalana przez Sejm i Senat), ale że wystarczy rozporządzenie Ministerstwa rolnictwa, które też zostało wydane w r. 1928. W samem zaś zwalczaniu gruźlicy u bydła, prowadzonym przez organizacje rolnicze, wielki postęp dało zarzucenie dawniejszej kosztownej metody B a n g a, a wprowadzenie tańszej metody O s t e r t a g a. Co do metody C a l m e t t e a, to na Międzynarodowej Konferencji w Paryżu w roku 1928, na którą Rząd polski delegował Prof. Juliana N o w a k a, postanowiono przez lat 4 prowadzić na większą skalę badania próbne we wszystkich krajach; dla Polski jako stację doświadczalną w tym kierunku wyznaczono Instytut weterynaryj i medycyny doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

2. Zwalczania kiły dotyczył postulat przymusowego badania co do kiły osób rodzących we wszystkich zakładach położniczych w Polsce. Delegacja Zjazdów przedłożyła ten postulat XII Zjazdowi Generalnej Dyrekcji służby zdrowia.

3. Zwalczanie alkoholizmu według odpowiedzi Ministerstwa spraw wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) udzielonej Stałej Delegacji 8. I. 1927, natrafia na trudności z powodu niedostatecznych środków. Mimo to prowadzi ją Ministerstwo w miarę możliwości, wydając serię tablic statystycznych, udzielając subwencji stowarzyszeniom przeciwalkoholowym, oraz popierając kursa przeciwalkoholowe, urządzone przez Państwową Szkołę Higieny (pierwszy w grudniu 1926) i wystawy przeciwalkoholowe. Ministerstwo zawiadomiło również w r. 1927 Delegację, że stara się o nabycie folwarku Gościewo w Poznańskim na wzorową lecznicę dla alkoholików.

4. Postulat utworzenia Państwowego Instytutu badań nad jaglicą przedstawiło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia), do którego odniosła się Delegacja Stała, w grudniu 1926 Ministerstwu W. R. i O. P. Na zażycie tego Ministerstwa oświadczyły gotowość organizacji tego Instytutu przy Uniwersytecie Wydziały lekarskie krakowski i lwowski i przedłożyły żądane wnioski do budżetu w r. 1927. Pomimo ponawiania tych wniosków sprawa dotąd nie posunęła się naprzód.

b) Postulat wydania ustawy o wychowaniu fizycznym skierowała Delegacja do Sejmu, Senatu i Rządu. Ciało ustawodawcze wcale się nią nie zainteresowało. Natomiast Minister Spraw Wojskowych, Marszałek Piłsudski, utworzył w r. 1926 przy swem Ministerstwie Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego (i przysposobienia wojskowego), wyposażony w duże środki (w budżecie na r. 1929/30 9,5 milionów zł.), przy swym gabinecie Radę naukową wychowania fizycznego, która opracowała projekt ustawy o wychowaniu fizycznym, wreszcie zarządził budowę Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego w Warszawie, który, rozpoczęty w r. 1928, w ciągu roku będzie skończony, a przewyższa wszystkie inne w Europie.

c) Uchwałą Zjazdu XII o konieczności ustawy o ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do pracy i starości przedstawiła Delegacja Prezydium Rady Ministrów i Ministerstwu pracy i opieki społecznej oraz spraw wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia). Oba te Ministerstwa odpowiedziały (w grudniu 1926 i styczniu 1927), że projekt ustawy został opracowany. Projekt stał się ustawą wskutek uchwały Sejmu w marcu 1929.

d) Apel XII Zjazdu do prasy w sprawie literatury sensacyjnej i pornograficznej był przez całą prasę powtórzony, nie dawał więc pola do żadnych dalszych kroków. Nie stety, ta sama prasa, która go ogłosiła, prawie wcale do niego się nie stosuje, a walka z zarzą moralną jest nader słaba mimo, że Państwo Polskie ratyfikowało w r. 1928 międzynarodową konwencję o zwalczaniu pornografii.

II. Trzy uchwały odnoszą się do organizacji służby zdrowia publicznego i opieki społecznej, mianowicie: a) ich ogólnego kierownictwa, b) podstaw statystycznych, c) pomocy lekarskiej dla ludności przez lotnictwo sanitarne.

a) Uchwałą Zjazdu, przedstawiającą konieczność połączenia spraw opieki społecznej ze sprawami zdrowia publicznego, w jednym Urzędzie naczelnym równorzędnym z innymi naczelnymi urzędami, przedłożyła Delegacja Radzie Ministrów, Senatowi, Sejmowi i powołanej przez Rząd komisji reformy administracji państwowej (na ręce przewodniczącego jej w r. 1925 prof. dr. M. Bobrzyńskiego). Z Prezydium Rady Ministrów otrzymała Delegacja odpowiedź, że sprawę tę przesłano stamtąd Ministerstwu Spraw Wewnętrznych Ministerstwu Opieki społecznej, a w marcu 1927 r. zwrócono się do tych Ministerstw o wyrażenie opinii. O dalszych losach

tej sprawy nie otrzymała dotąd Delegacja wiadomości; ostatni raz zwracała się w tej sprawie do Ministerstwa w marcu 1929.

b) Żądanie Zjazdu, by w statystyce państwowej szerzej uwzględniano statystykę zdrowia publicznego (przyczyn śmierci i t. d.), przedłożone przez Delegację Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, pozostało wprawdzie bez odpowiedzi jednakże w publikacjach oficjalnych widać coraz większe starania o udoskonalenie tej statystyki.

c) Potrzeba stworzenia lotnictwa sanitarnego celem szybkiej pomocy w nagłych przypadkach chorobowych, przedstawiona wskutek uchwały Zjazdu Ministerstwu Spraw Wojskowych i Spraw Wewnętrznych, została w pełni uznana przez oba Ministerstwa, a Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przesłało Delegacji swój okólnik, wydany w lutym 1927 do wszystkich Wojewodów w sprawie przewozu chorych cywilnych samolotami wojskowymi. Sama zaś sprawa pomnożenia takich samolotów sanitarnych stopniowo postępuje dzięki ofiarności społeczeństwa, i dziś już samoloty takie w każdym prawie Województwie są do użytku ludności cywilnej.

III. W sześciu uchwałach wskazał Zjazd na niektóre środki rozwoju nauki, mianowicie przez a) ochronę przyrody, b) badania oceanograficzne, c) propagandę nauki polskiej zagranicą.

a) XII Zjazd podniósł nie tylko ogólnie konieczność ochronyabytków przyrody (rezerwatów), jako nieoceanionego materiału do badań naukowych, którego straty nie powetuje, ale w szczególności wskazał na konieczność: 1) zatwierdzenia statutu Parku Narodowego w Białowieży, którego projekt Komisja Ochrony Przyrody przedłożyła Rządowi jeszcze w r. 1923, 2) stworzenia rezerwatu Świtezi i 3) na kopalni „Paryż” w Dąbrowie Górniczej. Na pisma Delegacji w tej sprawie do Sejmu, Senatu, Ministerstwa Rolnictwa, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Spraw Wewnętrznych (ad 1—2), Handlu i Przemysłu (ad 3) odpowiedziało tylko Ministerstwo Rolnictwa w marcu 1926, donosząc o wydzieleniu w r. 1924 250 h. lasów jako rezerwatu nad Świtezią i wdrożeniu w roku 1926 pertraktacji o zakupno na ten cel znajdujących się tam także prywatnych lasów.

Oprócz jednak tej odpowiedzi zaznaczyć należy, że niewątpliwie wskutek uchwały XII Zjazdu nadano charakter oficjalny i szersze atrybucje istniejącej już przedtem Komisji Ochrony Przyrody, rozwijającej pod kierunkiem prof. dr. S z a f e r a z Krakowa w latach następnych coraz żywszą i skuteczniejszą działalność. Sprawa rezerwatów znacznie postąpiła i dziś oprócz licznych drobniejszych rezerwatów istnieją duże rezerваты. W r. 1928 zorganizowano w całym Państwie „Tydzień Ochrony Przyrody”, oraz pierwszą wyprawę Ochrony Przyrody w Krakowie. Powstała w związku z oficjalną Komisją Społeczną „Liga Ochrony Przyrody”.

b) Postulat XII Zjazdu, by powstał Instytut Morski dla wszechstronnych badań naukowych, przedłożony przez Delegację Zjazdów Ministerstwu W. R. i O. P., wypełniony został w bardzo znacznej mierze. Mianowicie stacja badań, istniejąca na Helu pod nazwą „Morskie Laboratorium Biologiczne”, została powiększona, przyłączona do Instytutu Nauk Rolniczych w Bydgoszczy, który również prowadzi badania oceanograficzne. W toku jest obecnie nabycie przez Rząd (Ministerstwo Przemysłu i Handlu) statku, specjalnie przeznaczonego i urządzonego do doświadczalnych badań naukowo-rybackich. Przy Ministerstwie W. R. i O. P. (wydział nauki) utworzona została „Rada Badań Morza”, która pozostaje w stosunkach z organizacjami naukowymi międzynarodowymi i której prace mają uznanie zagranicą.

c) Pomysł stworzenia Biura zagranicznej propagandy nauki polskiej w szczególności medycyny, przedstawiła Delegacja Zjazdów — Naczelnej Izbie lekarskiej w Warszawie, ponieważ XII Zjazd proponował utrzymywanie tego biura z drobnych opłat wszystkich lekarzy. Jednakże Izba ta oświadczyła, że niema środków na poparcie takiego Biura i że uważa Kasę im. Mianowskiego za instytucję więcej powołaną w tej sprawie. Delegacja Zjazdów przyznała na koszt organizacyjne takiego Biura wspomniany wyżej zasiłek (wyplacony do rąk prof. Lotha). Jako środek propagandy polskiej nauki wznowiła Polska Akademia Umiejętności swój „Katalog literatury naukowej polskiej” i wydała zeszyt za lata 1914 — 1919 oraz zebrała już materiał za dalsze lata.

IV. Cztery uchwały dotyczyły dydaktyki przyrodniczej w zakresie mineralogii i geologii oraz geografii i dydaktyki lekarskiej w kierunku dokształcania lekarzy, jakoteż utworzenia katedr higieny społecznej i wychowania fizycznego we wszystkich wydziałach lekarskich polskich.

Uchwały XII Zjazdu, domagające się włączenia do magisterjatów filozoficznych mineralogii i geologii, zmiany przepisów o doktoratach z nauk przyrodniczych i rozszerzenia nauki geografii w szkołach średnich przedłożyła

Delegacja Ministerstwu W. R. i O. P., które zastanawiało się nad niemi przy opracowywaniu programów szkół średnich. Magisterjaty z mineralogii i geologii zostały wprowadzone, natomiast przy innych przyrodniczych magisterjatach i egzaminach przedmioty te nie są uwzględniane.

W sprawie katedr higieny społecznej i wychowania fizycznego zwróciła się Delegacja do Naczelnej Izby Lekarskiej, która jednak doniosła w lutym 1927, że akcji w tej sprawie nie podejmie, oraz do Wydziałów Lekarskich, z których odpowiedziały tylko krakowski i poznański (w r. 1927). Pierwszy, że jego już dawno ponawiane starania o katedrę higieny społecznej nie odnoszą skutku z powodu warunków finansowych Państwa, a na katedrę wychowania fizycznego brak odpowiednich kandydatów; drugi, że katedrę wychowania fizycznego już posiada a higienę społeczną dostatecznie uwzględnia

w wykładach higieny ogólnej. Wydział krakowski zdołał w r. 1927 utworzyć mimo braku osobnej katedry całe Studium wychowania fizycznego na wzór poznańskiego (istniejącego jeszcze przed r. 1925); higiena społeczna mimo braku katedry jest w Krakowie wykładana jako osobny przedmiot (doc. dr. Janiszewski), dla którego zostało stworzone także Seminarjum.

Natomiast uchwała, wzywająca Wydziały lekarskie polskie do urządzania kursów dla lekarzy, przesłana im przez Delegację, odniosła zupełny skutek. Kursa urządzono na wszystkich Uniwersytetach, najwcześniej, od r. 1926, w Krakowie, a odbywają się one w Krakowie, Lwowie i Warszawie już corocznie przy licznych udziałach słuchaczy (na niektórych kursach było ponad 100 uczestników).

(Dok. nast.).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

(Ciąg dalszy — p. Nr. 16).

W sprawie działalności Rządu w zakresie walki z chorobami wenerycznymi przemawiał Dr. Borkowski, referent do spraw wyżej wymienionych w Departamencie Służby Zdrowia.

Budżet na walkę z chorobami wenerycznymi i nadzór lekarski nad nierządem w roku budżetowym 1928/9 wynosił 367.800 zł. Z budżetu tego opłacono personel, złożony z 41 lekarzy, oraz 75 osób służby sanitarno-pomocniczej, pracujących bądź to w przychodniach przeciwwenerycznych, bądź też w referatach (oddziałach) sanitarno-obyczajowych dla nadzoru lekarskiego nad nierządem.

Otwarto 4 nowe państwowe przychodnie przeciwweneryczne (ogólna liczba czynnych 30).

Przyznano stałą zapomogę 4 przychodniom samorządowym.

Udzielono zapomogę na urządzenie 15 przychodni samorządowych, głównie w Ośrodkach Zdrowia.

Subwencje udzielone wynoszą ogólnie zł. 21.250.

W państwowych przychodniach przeciwwenerycznych leczono ogółem 11.344 osoby chore wenerycznie.

Lekarze państwowych przychodni przeciwwenerycznych na obszarze województwa Stanisławowskiego dokonali oględzin 8.795 osób z pośród miejscowej ludności, wśród której panuje kiła endemiczna.

Kwestja udostępnienia bezpłatnych badań serologicznych krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego w odniesieniu do terenów nawiedzonych kiłą endemiczną w woj. Stanisławowskiem została tylko częściowo rozwiązana dzięki otwarciu filii Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie ze względu na odległość i trudności komunikacyjne. By zaradzić tym brakom, otwarto w r. 1928 stację serologiczną w Żabiem, która jest czynna w miesiącach letnich. Personel przychodni, składający się z bakterjologa, laboranta i 2 medyków, zbadał krew na odczyn Meinickego u 5.240 okolicznych mieszkańców, z pośród których otrzymano odczyn dodatni u 730 osób. Osoby te skierowano na leczenie do przychodni państwowej przeciwkiłowej w Żabiem.

Akcja propagandowa rządu została skierowana głównie na wychództwo polskie w Belgji

i Francji. Rozesłano szereg wydawnictw propagandowych do Konsulatów R. P. we Francji i Belgji, w roku sprawozdawczym zaś wyasygnowano odpowiednie kredyty przy udziale Ministerstwa Spraw Zagranicznych na prowadzenie akcji odczytowej przeciwwenerycznej wśród naszego wychództwa. Poza tem wydrukowano plakat w czterech językach p. t. „Zdrowie Marynarza“ oraz ulotki p. t. „Kilka uwag o syfilisie“ i „Kilka uwag o rzeżączce“.

W ciągu ostatnich kilku lat przeciwweneryczna akcja zarówno lecznicza i propagandowa znalazła w Polsce doskonałe zespolenie na terenie Ośrodków Zdrowia. Ubezpieczenia społeczne (Kasy Chorych) poza leczeniem nie prowadzą akcji propagandowej i społeczno-wywiadowczej. Korzystanie z usług pielęgniarstwa społecznego jest dziś rzeczą pierwszorzędną wagi, szczególnie w dziedzinie walki z kiłą wrodzoną.

Jeśli w zastosowaniu do kiły nabytej ma wielkie znaczenie ciągłość leczenia osobniczego, to w odniesieniu do kiły wrodzonej ma znaczenie integralność leczenia (leczenie rodzinne) przez możliwie dokładne wykorzystanie momentów anamnestycznych w linii wstępującej i bocznych (rodziców i rodzeństwa dziecka). Doświadczenie kliniczne poucza, że dziecko, rodzące się z widocznymi objawami kiły wrodzonej, jest to szczęśliwy przypadek dla lekarza, natomiast gros dzieci kiłowych nie zdradza po urodzeniu przez szereg miesięcy lub nawet lat żadnych objawów mimo istnienia u nich kiły.

W Ośrodku Zdrowia poza tem wenerolog w walce z kiłą wrodzoną ma zapewnioną pomoc rozpoznawczą ze strony akuszerki, który zapewne obserwował matkę dziecka w czasie jej ciąży, oraz pedjatry, który zapewne obserwował starsze rodzeństwo małego pacjenta, oraz pielęgniarki społecznej, która mogła spostrzec znamiona kiły u członków rodziny dziecka badanego.

Doświadczenie, zdobyte przez akcję leczniczą i serologiczną, stwierdza naocznie potrzebę wprowadzenia w życie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przewidującej przymus leczenia względem opieszłych lub opornych. Projekt ustawy rządowej, usuwającej braki systemu reglamentacji, stosującego przymus leczenia względem jednej płci, a zezwalającego na szerzenie chorób przez drugą płć, przewiduje przymus leczenia względem osób

płci obojga. Projekt ten jest jeszcze przedmiotem obrad komisji wenerologicznej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

W roku 1928 powołano z inicjatywy rządu do życia Związek Przeciwweneryczny, którego celem jest zespolenie i skoordynowanie działalności społecznej, zmierzającej do obrony przed klęską weneryczną w kraju. Członkami Związku mogą być: 1. wszelkiego rodzaju związki publiczno-prawne, jak np. terytorjalne związki samorządowe, celowe związki samorządowe, Kasy chorych i t. p., 2. stowarzyszenia, mające na celu wyłącznie lub między innymi zadaniami obronę społeczną przed chorobami wenerycznymi.

Związek Przeciwweneryczny będzie reprezentował Polskę na terenie międzynarodowym przez zgłoszenie akcesu w charakterze członka do „L'Union Internationale contre le peril venerien”.

Walka z jaglicą (Dr. M. Zachert).

I. Instytucje lecznicze.

Liczba szpitali ogólnych, zakładów leczniczych, przychodni i różnych innych instytucji leczniczych, które się na Ziemiach Polskich znajdowały po odzyskaniu Niepodległości, była niedostateczna dla potrzeb kraju. Zwłaszcza zaś bardzo mało było szpitali ocznych, klinik, ambulatorjów i t. p. instytucji leczniczych dla chorych na oczy. Ogółem mieliśmy zaledwie kilkanaście oddziałów ocznych i klinik, przeważnie rozmieszczonych po większych miastach (Warszawa, Kraków, Lwów, Poznań, Wilno, Łódź, Katowice), rozporządzających razem około 600 łóżkami, kilkadziesiąt ambulatorjów okulistycznych przy szpitalach i klinikach, oraz około 300 lekarzy okulistów. Taki szczupły arsenał leczniczy był już za mały na ogólne potrzeby okulistyczne, a w żadnym razie nie mógł sprostać zadaniu zwalczania jaglicy, która po wojnie znacznie się wzmogła wśród ludności w Polsce i, jak można na podstawie pewnych obliczeń wnioskować, przypuszczalnie osiągnęła liczbę około 300 — 400.000 osób, chorych na jaglicę. Wedle obliczeń, przeprowadzonych przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia w 1924 roku, w szpitalach i ambulatorjach ocznych i ogólnych leczyło się razem 27.459 chorych na jaglicę. W tym stanie rzeczy najbardziej palącym zagadnieniem i warunkiem skutecznej akcji zwalczania jaglicy musiało być organizowanie nowych placówek leczniczych dla chorych na jaglicę. Przystąpiono do tworzenia dwóch typów instytucji leczniczych dla chorych jagliczych:

a) zakładów leczniczych dla szpitalnego, zamkniętego leczenia chorych na jaglicę, i

b) przychodni przeciwjagliczych dla ambulatoryjnego, otwartego leczenia chorych na jaglicę.

a) Zakłady lecznicze.

Zakłady lecznicze były przeznaczone wyłącznie do leczenia dzieci chorych na jaglicę, zwłaszcza z zakładów opiekuńczych, w których jaglica podówczas szerzyła się z dużą gwałtownością. Pierwszy taki zakład został utworzony z inicjatywy U. J. jeszcze w czasie wojny, bo w 1917 r., w Witkowicach pod Krakowem na 250 chorych; w 1920 roku utworzono podobny zakład w Pruszkowie na 200 chorych, w 1922 roku w Maczkach na 150 chorych,

w 1923 roku w Białymstoku na 200 chorych, w 1924 i 1925 dalsze dwa zakłady: jeden w Warszawie na 150 chorych i drugi w Śremie na 150 chorych. Prócz tego w ciągu 1926 i 1927 r. zorganizowano 16 prowizorycznych zakładów izolacyjnych na zgórą 1.200 chorych na jaglicę dzieci (woj. Wileńskie — 3 zakłady, woj. Nowogródzkie — 3 zakłady, woj. Poleskie — 5 zakładów, woj. Wołyńskie — 2, woj. Warszawskie — 1 zakład, woj. Krakowskie — 1 zakład, woj. Pomorskie — 1 zakład). Ogółem do końca 1927 roku w zakładach leczniczych przebywało 5.414 chorych na jaglicę, z tej liczby 3.033 dzieci opuściło zakłady jako wyleczone, zaś w zakładach izolacyjnych przebywało 1.380 dzieci jagliczych, z których 181 zostało wyleczonych. Ogółem przeto w zakładach leczniczych i izolacyjnych było leczonych do końca 1927 r. 6.794 dzieci jagliczych, a 3.214 zostało wyleczonych, t. j. około 50% ogółu leczonych.

Dzięki też działalności zakładów leczniczych i izolacyjnych udało się w ciągu stosunkowo krótkiego czasu osiągnąć wydatne osłabienie nasilenia jaglicy u dzieci w zakładach opiekuńczych.

Kontrolne badania w 1924 — 25 wykazały 74% zakładów opiekuńczych zajągliczonych i 13,1% ogółu dzieci w tych zakładach, dotkniętych jaglicą. Przegląd kontrolny, przeprowadzony w roku ubiegłym, wykazał (naruszając dane z 11 województw) jaglicę już tylko w 62% zakładów i zaledwie u 6,1% ogółu dzieci badanych.

b) Przychodnie przeciwjaglicze.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w 1925 roku wystąpiła z inicjatywą tworzenia w miejscowościach, gdzie jaglica więcej występuje, przychodni leczniczych dla chorych jagliczych. 11 takich przychodni zostało wówczas zorganizowanych i utrzymywanych przeważnie na koszt Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

W ciągu 1926 r. przybyło nowych 15 przychodni, w ciągu 1927 r. 43 (razem 69), a w ciągu ostatniego roku 117, tak, że razem obecnie funkcjonuje około 200 (186) specjalnych przychodni przeciwjagliczych.

Szybki rozwój przychodni przeciwjagliczych spowodował znaczne udostępnienie leczenia się chorym na jaglicę. W 1927 r. w 67 funkcjonujących przychodniach leczyło się 28 705 osób chorych na oczy, a w tem 6.678 chorych na jaglicę, ogółem zaś przychodnie udzieliły 245.921 porad.

Na początku 1928 roku przychodnie przeciwjaglicze były rozmieszczone w sposób następujący:

8	przychodni	na terenie	m. st.	Warszawy,
13	"	"	woj.	Warszawskiego,
8	"	"	"	Łódzkiego,
2	"	"	"	Kieleckiego,
10	"	"	"	Krakowskiego,
5	"	"	"	Poznańskiego,
10	"	"	"	Lwowskiego,
3	"	"	"	Nowogródzkiego,
4	"	"	"	Poleskiego,
4	"	"	"	Wołyńskiego.
67				

W ciągu roku ubiegłego liczba przychodni potroiła się prawie, przyczem został zorganizowany

cały szereg przychodni w woj. Wileńskim, Białostockim, Tarnopolskim i Stanisławowskim, które dotychczas przychodni nie posiadały wcale. Jedynie tylko woj. Lubelskie, Pomorskie i Śląskie nie zaregistrowały dotychczas żadnej przychodni.

Jeśli się uwzględni, że w 1928 r. było czynnych prawie 200 przychodni, to można przypuszczać, że ogólna liczba chorych na jaglicę będących pod opieką przychodni dochodzi do 20.000 osób, oraz że ogólny wynik działalności przychodni był prawdopodobnie 3-krotnie większy, niż w roku ubiegłym. Mimo jednak tak korzystnego rozwoju przychodni widzimy, że mogą one zaspokoić potrzeby lecznicze tylko małej części chorych na jaglicę. Zachodzi więc dalsza potrzeba organizowania takich przychodni, zwłaszcza po małych miasteczkach i osiedlach, aby ludności, pozbawionej dotychczas często zupełnie pomocy lekarskiej, zapewnić możliwość leczenia się i zapobiegania tej chorobie.

II. Nadzór sanitarny i statystyka jaglicy.

Niezmiernie doniosłe znaczenie dla akcji zwalczania, a zwłaszcza zapobiegania jaglicy ma rozciąganie nadzoru sanitarnego nad większymi skupieniami, t. j. zakładami opiekuńczymi, szkołami, zakładami przemysłowymi i t. p. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zarządziła (I Z. Z. 5608/26) w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej coroczne badanie stanu oczu wszystkich wychowanków zakładów opiekuńczych, podobne badania mają być też przeprowadzane w szkołach powszechnych i średnich. Brak jednak dostatecznej liczby lekarzy szkolnych i zakładowych oraz należytego przygotowania ich do tej pracy stoi często na przeszkodzie do właściwego wypełnienia tego zarządzenia. Z tego też powodu, zwłaszcza w zakładach opiekuńczych, Departament Służby Zdrowia we własnym zakresie przeprowadza kontrolne przeglądy.

Stan jaglicy w szkołach na podstawie badań lekarzy szkolnych przedstawia się jak następuje:

Szkoły średnie.

Rok szkolny	Liczba uczniów, podlegających badaniu lekarskiemu	Liczba uczniów chorych na jaglicę	%
1918/19	48.847	320	0,62
1919/20	56.116	495	0,88
1920/21	51.199	298	0,58
1921/22	75.978	335	0,44
1922/23	92.120	702	0,76
1923/24	116.518	1.055	0,90
1924/25	151.057	905	0,68
1925/26	134.196	1.427	0,94
1926/27	176.808	1.121	0,76

Szkoły powszechne.

Miejscowość	Liczba uczniów	Liczba chorych na jaglicę	1925/26	1926/27
			0/0	
Warszawa . . .	45 932	72	0,16	0,35
Wilno	8.332	365	4,39	2,79
Łódź	58.425	2.946	5,07	2,15
				1,76%

Nadmienić też muszę, że w roku ubiegłym Departament Służby Zdrowia w swoim zakresie przeprowadził kontrolne badania dzieci szkolnych na terenie woj. Krakowskiego, które dało następujący wynik:

Na 36.393 badanych	167 (0,4%) jaglicy,	212 (0,6%) podejrz. ze szkół powsz. w 12 miastach.
„ 19.312 „	44 (0,2%) „	88 (0,4%) podejrz.
„ 55.705 „	211 (0,3%) „	300 (0,5%) podejrz.

Na podstawie tego badania można orzec, że jaglica u dzieci szkolnych w woj. Krakowskim występuje tylko sporadycznie.

Dla nasilenia jaglicy jest dość miarodajna statystyka jaglicy u poborowych.

Rok	Liczba osób badanych	Liczba osób, u których stwierdzono jaglicę	%
1924	247.272	2.324	0,94
1925	320.130	3.542	1,10
1926	284.174	3.923	1,39
1927 ¹⁾			0,84

Zgłaszanie zachorowań na jaglicę.

W poszczególnych latach zostało zgłoszonych.

w 1920 roku	1.156	chorych na jaglicę.
„ 1921 „	2.425	„ „ „
„ 1922 „	2.737	„ „ „
„ 1923 „	4.061	„ „ „
„ 1924 „	2.954	„ „ „
„ 1925 „	4.751	„ „ „
„ 1926 „	7.144	„ „ „
„ 1927 „	13.182	„ „ „
„ 1928 „	13.944	„ „ „

III. Propaganda.

Departament Służby Zdrowia w ostatnich latach opracował i wydał szereg wydawnictw propagandowych, które są darmo rozsyłane urzędowi sanitarnym dla wykorzystania ich dla celów propagandowych. Duże plakaty ilustrowane p. t. „Jak zapobiec jaglicy” są przeznaczone dla publicznego użytku w przychodniach, szpitalach, urzę-

¹⁾ 11 województw.

dach, szkołach i t. p., „Co to jest jaglica?” do rozpowszechniania wśród ludności.

IV. Szkolenie lekarzy i personelu pomocniczego

Nietylko do prowadzenia przychodni przeciwjagliczych, zakładów leczniczych i innych instytucji leczniczych, ale zwłaszcza do prowadzenia akcji zapobiegawczej niezbędny jest duży zastęp lekarzy i sił pomocniczych pielęgniarskich, odpowiednio przeszkolonych w zakresie zwalczania jaglicy. Ogólnopraktykujący, lub lekarze sanitarni zazwyczaj takiego przygotowania nie posiadają. Dlatego też Departament Służby Zdrowia organizuje rokrocznie uzupełniające kursy (tygodniowe) z zakresu trachomatologii w celu ułatwienia lekarzom przychodni przeciwjagliczych, sanitarnym, szkolnym i t. p. zapoznania się z zasadami walki z jaglicą. W trzech kursach, które dotychczas się odbyły, wzięło udział 172 lekarzy. Pożądane jest, aby wszyscy lekarze sanitarni takie przeszkolenie przeszli. Dla lekarzy, którzy mają być kierownikami przychodni przeciwjagliczych, zakładów leczniczych, a którzy nie posiadają odpowiedniego przygotowania klinicznego, Departament Służby Zdrowia urządza 3 miesięczny kurs przeszkolenia klinicznego. Takie przeszkolenie otrzymało 16 lekarzy. Interesowanym lekarzom Departament Służby Zdrowia udziela stypendjów na odbycie odpowiedniego przeszkolenia.

W celu ułatwienia ogółowi lekarzy zapoznania się z zagadnieniem jaglicy Departament Służby Zdrowia wydaje w formie broszur bibliotekę jagliczą. Dotychczas ukazało się 7 zeszytów tej biblioteki. Prócz tego Departament Służby Zdrowia popiera ogłaszanie rozpraw, poświęconych jaglicy, w czasopismach lekarskich.

V. Uregulowanie podstaw prawnych zwalczania jaglicy.

Akcja zwalczania jaglicy prowadzona była niedawna jedynie na podstawie ustawy o zwal-

czaniu chorób zakaźnych (Dz. U. R. P. Nr. 67 poz. 402) z 25 lipca 1919 r., która jednak władzom sanitarnym nie dawała żadnych specjalnych uprawnień, a przede wszystkim nie normowała obowiązków rządu i samorządów w zakresie organizacji walki z jaglicą, co w wysokim stopniu utrudniało rozwój całej akcji, a zwłaszcza rozbudowę arsenału przeciwjagliczego. W marcu 1928 r. zostało zadekretowane przez Prezydenta Rzeczypospolitej (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333) rozporządzenie o zwalczaniu jaglicy, które tę lukę w ustawodawstwie sanitarnym wypełnia. Obecnie jest w toku opracowywanie instrukcji o zakresie pracy i obowiązkach poszczególnych instytucji, przewidzianych przez wspomniane rozporządzenie, oraz przepisów wykonawczych dla poszczególnych zagadnień, unormowanych tem rozporządzeniem.

W dyskusji nad powyższymi referatami zaznaczono między innymi, iż propagandy przeciwwenerycznej wymaga przede wszystkim wychodźstwo sezonowe. Konieczne jest wydanie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, któraby rozstrzygnęła w sposób zasadniczy, w jakim mianowicie kierunku winna iść akcja zwalczania chorób wenerycznych.

W sprawie statystyki jaglicy wypowiedziano się, iż należy dążyć do otrzymania statystyki chorób dzieci jagliczych ze szkół powszechnych; statystyka ta dałaby bardziej szczegółowy obraz rozpowszechnienia jaglicy wśród dzieci. W dyskusji zaznaczono, iż sprawa jaglicy tak długo nie będzie rozwiązana, dopóki nie zostanie stworzona sieć placówek jagliczych.

Została również poruszona sprawa ustalenia naukowego rozpoznania jaglicy; dotychczas niema naukowej podstawy rozpoznania tej choroby, jednakże winna być przyjęta jedna zasada, którą należy we wszystkich przypadkach przestrzegać.

(Dok. nast.).

Życiorys.

Ś. p. Napoleon Cybulski.

(Na tle wspomnień osobistych w 10-ą rocznicę Jego śmierci)

Dnia 27 kwietnia 1929 roku upływa lat 10 od chwili śmierci słynnego w Polsce i w całym świecie naukowym fizjologa Napoleona Cybulskiego, profesora prastarej Wszechnicy Jagiellońskiej. Umarł na stanowisku w pełni sił twórczych, porażony cierpieniem fizycznym, jeden z plejady wielkich, którzy myśl naukowo-twórczą polską i europejską, mimo niewoli i prześladowań politycznych, na wyżyny prowadził i opromieniał ją blaskiem, roztaczającym się nietylko po całej Polsce, ale daleko po za jej granice.

Pomimo, że uczeni państw zaborczych, a zwłaszcza niemieccy, starali się zacierać wszelkie ślady myśli i pracy naukowej pol-

skiej, mimo, że nawet w roku wielkiej wojny europejskiej uczeni niemieccy zaprotestowali, ażeby podczas zjazdu naukowego, który miał się odbyć wówczas w Szwajcarii, powstała odrębna sekcja naukowa polska, — Napoleon Cybulski przez wiele lat był członkiem prezydium międzynarodowych zjazdów fizjologicznych i wbrew wszelkim przemocom Polsce wrogim, był żywym dowodem, że myśl polska naukowa żyje, nie zginęła i „jednak się porusza”. Przez całe życie swoje, przez wszystkie prace Cybulski był pionierem twórczym idei nowych.

W młodości swej nie chciał być ani fizjologiem, ani nawet lekarzem. Po otrzymaniu matury zamierzał zostać inżynierem i przystąpił w Petersburgu do egzaminu konkursowego w zamiarze wstąpienia do wyższego instytutu specjalnego. Aczkolwiek wynik konkursu był wyższy, niż „dobry”,

jednakże brakowała mała cząsteczka do wyniku celującego, skutkiem czego Cybulski nie dostał się do tego instytutu i zaczął studjować medycynę, poświęcając się od lat najwcześniejszych fizjologii doświadczalnej. Podstawą nauk inżynierskich jest, jak wiadomo, fizyka, matematyka i chemja. Podstawą współczesnej fizjologii również jest biofizyka, chemja, chemja fizyczna i matematyka. Nie jest to przypadek, że Helmholtz, lekarz i fizjolog, gdy opracował m. inn. dział zmysłów z punktu widzenia współczesnej mu fizjologii, został jednogłośnie powołany na katedrę fizyki w Berlinie i odtąd działał i sławę zdobył, jako fizyk. Nic dziwnego przeto, że Cybulski w dziedzinie fizjologii przez całe życie pozostał wierny umiłowanemu swojemu kierunkowi myśli i oparł metodologię myślenia swojego na naukach ścisłych, umiłowanych za młodu, mianowicie na fizyce, chemji fizycznej, chemji fizjologicznej i matematyce.

Niezwykle ciekawą i charakterystyczną jest jego opowieść o powstaniu zbudowanego przezeń hemofototachometru. Któż z nas z czasów studenckich nie pamięta t. zw. zegaru Ludwiga, przyrządu, używanego do określenia szybkości krwi w naczyniach? Krytyczny umysł młodego Cybulskiego zrozumiał odrazu niedokładność tego przyrządu, i już, jako młody student, oparł Cybulski budowę swego przyrządu na znanej fizykom i używanej w hydrodynamice „rurce Pitota” i na zasadach Poisevillea. Ale nie dosyć na tem. Chodziło o to jeszcze, ażeby móc fotografować poziomy płynów w rurkach pionowych aparatu Pitota oraz zmiany ich, zachodzące, jak wiadomo, w różnych okresach działalności serca oraz pod wpływem najrozmaitszych czynników. Walcząc z ciężkimi warunkami materialnymi, Cybulski, jako student, nie był w stanie kupić sobie aparatu fotograficznego; pierwszy próbny aparat zbudował sobie z pudełka od cygar oraz z soczewki, wypożyczonej z zakładu fizycznego. Chodziło mu przede wszystkim o przekonanie się, czy linja poziomów płynu w rurce pozostawi jakiś ślad na płycie fotograficznej. Ku wielkiej radości zauważył, że skutkiem odchylenia promieni świetlnych, przechodzących przez menisk powierzchni, otrzymuje się na płycie biały ślad zależny od poziomu powierzchni. W ten sposób pierwszy swój przyrząd Cybulski oparł na przedmiotowych ścisłych zasadach hydrodynamicznych i optycznych. To oparcie fizjologii doświadczalnej na przedmiotowych podstawach nauk ścisłych, głównie na nowoczesnej fizyce i chemji fizycznej w odróżnieniu od błakających się wówczas witalistycznych poniekąd kierunków, nie dających się sprawdzić, było cechą znamionną wszystkich prac ś. p. Cybulskiego przez całe jego życie. To też nic dziwnego, że Wszechnica Jagiellońska, która zawsze z pietyzmem odnosiła się do ludzi prawdziwej nauki, w r. 1884 włączyła Cybulskiego do grona swych profesorów, aczkolwiek pod względem przekonań społecznych wybitnie odróżniał się on od obozu konserwatywnego, wówczas dominującego.

Warunki w objętym zakładzie Cybulski zastał opłakane, związane z niedostatecznymi środkami Wszechnicy, traktowanej przez ówczesne wła-

dze austriackie po macoszemu. Według słów Cybulskiego, zakład składał się z trzech sal, przyczem jedna ściana była pęknięta i zarysowana. Przez jakiś czas Cybulski wykładał nie tylko fizjologję, lecz embrjologję i histologję. Dopiero po przeniesieniu się do gmachu nowego warunki stały się znośniejsze.

Cybulski od pierwszej chwili rozwinął szeroką działalność naukową i pedagogiczną. Wykłady i zajęcia praktyczne nie przeszkodziły mu na napisanie podręcznika, którego brak silnie odczuwać się dawał słuchaczom, a przede wszystkim cały czas, wolny od zajęć obowiązkowych, poświęcił samodzielnym pracom naukowym, pozostając w zakładzie częstokroć do godz. 10 wieczorem, a nieraz, jak to naprz. miało miejsce przy badaniach nad odkrytą przez niego adrenaliną, do 5—6 rano.

Cybulski był pierwszy, który powstał przeciwko niedostatecznie uzasadnionej hipotezie Hermann'a o źródle zjawisk elektrycznych w ustroju i, oparłszy się na zdaniu słynnego chemika Ostwalda, że prądy elektryczne ryb t. zw. elektrycznych, — można będzie najprawdopodobniej objaśnić podobnie, jak t. zw. ogniwa płynne koncentracyjne Helmholtza, całe życie pracował nad tą sprawą i wraz z Bersteinem, który niezależnie od Cybulskiego pracował nad tą sprawą w Niemczech, doczekał się zwycięstwa swej idei, opartej na ścisłych podstawach fizyczno-chemicznych.

Cybulski pierwszy opracował metodę drażnienia przy pomocy kondensatorów, zbudował własny t. zw. ekscytator absolutny, którego główną podstawę stanowi odpowiedni kondensator, i w ten sposób wzbogacił naukę o jeszcze jeden bardzo ścisły przyrząd; wystarcza wspomnieć, że kongresy psychologiczne zwróciły uwagę na doniosłość tego przyrządu, i że korzystający z wielkiego autorytetu fizjolog Hermann w kilkanaście lat później sam gorąco zaczął zalecać metodę drażnienia za pomocą kondensatorów, i że wreszcie już po śmierci Cybulskiego francuscy uczeni (Lapicque i inn.) wprowadzili metodę tę do obecnie bardzo modnej zarówno w fizjologii, jak i w klinice t. zw. chro-naksji, niestety, zamilczając lub niedostatecznie podkreślając zasługi podstawowe Cybulskiego w tej dziedzinie.

Cybulski pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie badania lepkości krwi dla fizjologii i medycyny i zbudował specjalny przyrząd, z którego korzystał ówczesny współpracownik Rosner w swej pracy. Niestety, przyrząd ten znany jest w piśmiennictwie zagranicznym tylko pod nazwą przyrządu Hessa, który doszedł do podobnej koncepcji.

Cybulski wraz z asystentem swoim Szymonowiczem był pierwszy, który we krwi króliczej odkrył adrenalinę i opisał niektóre jej własności fizjologiczne, przyczem niezwłocznie zwrócił się do prof. Bądryńskiego z prośbą o zbadanie chemiczne tego ciała, jednakże długotrwała choroba Bądryńskiego stanęła w poprzek zamiarowi Cybulskiego.

Cybulski był gorącym zwolennikiem nauki o wewnętrznym wydzielaniu i ujmował tę sprawę niezwykle szeroko, przewidując wiele spraw, które obecnie nauka ta rozstrzyga, oraz wskazując drogi, którymi dziedzina ta tudzież dziedziny jej pokrewne, jak naprz. serologia, kroczyć muszą.

Na szereg lat przed słynnymi pracami doświadczalnymi Aschnera Cybulski wraz z jednym ze swoich współpracowników opracował metodę ekstyrpacji przysadki i skutki tej operacji i nie mógł odżalać, że tej pracy współpracownik ten nie ogłosił.

Znany jest powszechnie pierwszorzędny wpływ, jaki na procesy chemiczne oraz fizjologiczne wywiera temperatura. Nic dziwnego, że Cybulski i tej dziedzinie poświęcił dużo swoich myśli i pracy i zbudował specjalny bardzo czuły przyrząd t. zw. mikrokalorimetr, nad którego udoskonaleniem pracował do ostatniej chwili.

Jeszcze podczas wojny, gdy pozostał sam w zakładzie bez asystentów, jak to wynika z listu jego do mnie, dokonał on wielu pomiarów kalorymetrycznych, które, zdaniem jego, miały rzucić wiele nowego światła na poglądy termodynamiczne fizjologii; niestety, choroba i śmierć przerwały te badania.

Nie sposób w krótkim wspomnieniu ocenić całokształtu pracy naukowej ś. p. Cybulskiego: życiorys Jego stanowił będzie dla historii medycyny osobną kartę, odzwierciedlającą całokształt myśli fizjologicznej w Polsce oraz postępu fizjologii drugiej połowy dziewiętnastego wieku. Niemal wszyscy, którzy okazali zainteresowanie się fizjologią, spieszili do ś. p. Cybulskiego po rady i wskazówki. Liczba współpracowników jego w Polsce jest względnie bardzo liczna, wystarcza wspomnieć Becka, Dunin-Borkowskiego, Burdzińskiego, Czaplińskiego, Eigera, Feuersteina, A. Gluzińskiego, Halbana, Kleckiego, Koźniewskiego, Marischlera, Maziarzkiego, Mikulicza, Piotrowskiego, Prusa, Pruszyńskiego, Reisa, Rosnera, Sawickiego, Seńkowskiego, Sosnowskiego, Szulistańskiego, Szymanowskiego, Szymonowicza, Wachholza, Walentowicza, Zanietowskiego i w. inn. Podkreślić należy, że kierownikami zakładów fizjologii obecnie we wszystkich uniwersytetach polskich, z wyjątkiem Jagiellońskiego, są b. asystenci i uczniowie ś. p. Cybulskiego. Jak widać z tego, Cybulski był twórcą całej szkoły fizjologicznej w Polsce, którą w spuściznie po sobie pozostawił.

Cybulski był świetnym i stale pobudzającym do czynu nauczycielem, jeśli chodziło o dojrzałych pracowników. Twórczy i bijący zawsze żywym tętnem jego umysł, szybko orientujący się w każdej, nawet nowej sprawie, z którą zjawiał się do niego nowy współpracownik, nie znosił schematyzmu. Charakterystyczne jest jego odezwanie się, że nie przyjął on jednego młodego człowieka na asystenta, kandydata, który dlatego chciał zostać asystentem Cybulskiego, gdyż zamierzał się „nauczyć” fizjologii. „To będzie kowal, który będzie się uczył z podręczników, nie posiadający iskry bożej, a ja mogę nauczyć tylko niektórych działów fizjologii”.

Niezwykła była skromność Cybulskiego. Gdy zadawał temat współpracownikowi, wyjaśniał mu założenie pracy, a gdy wynik doświadczenia nie potwierdzał założenia, ś. p. Cybulski ze spokojem przedmiotowego badacza odpowiadał zazwyczaj: „Nie można gwałcić natury” i niezwłocznie zmieniał lub prostował bieg myśli, tkwiących w za-

łożeniu. Gdy w roku 1911-12 poczuł się po wykładzie osłabiony i wyraził pesymistyczny pogląd na swój stan zdrowia, postanowiłem, ażeby po odpowiedniej kuracji i odpoczynku nakłonić swego Największego Nauczyciela do opracowania niezmiernie obfitego materiału z dziedziny elektrofizjologii mięśni w niespokojnej obawie, że cały ten cenny materiał mógłby nie ukazać się w druku.

— „Za mało umiem”, odpowiedział mi z niezwykłą skromnością twórca dotychczas istniejącej i powszechnie uznanej teorii zjawisk elektrycznych w mięśniach po 23-letniej pracy w tej dziedzinie.

Gdy w r. 1910 objąłem stanowisko st. asystenta przy katedrze Cybulskiego i gdy po kilkudziesięciu dniach pobytu z powodu ropnia przez dni kilka nie mogłem się zjawić w zakładzie, przybył nagle do mnie do mieszkania Cybulski i powiedział, że przychodzi specjalnie, ażeby mi przeczytać pracę swoją z dziedziny elektrofizjologii, którą zamierza przedstawić Akademii Nauk, będąc jej członkiem, przytem rzekł: „Proszę tylko nie chwalić, proszę uważać, czym czegoś nie opuścił”.

Przykładów takich można byłoby przytoczyć wiele, to też nic dziwnego, że wywierał on urok niezwykle na swoich uczniach i współpracowników, i że sława jego sięgała daleko poza granice Polski. Wystarczało w Europie przedstawienie się, jako asystenta Cybulskiego, ażeby nietylko mieć w pracowniach europejskich przed sobą drzwi otwarte, lecz być chętnie widzianym.

„Oto pokój, w którym Cybulski wraz z asystentem swoim Beckiem demonstrował nam na Kongresie prądy elektryczne mózgu” — powiedział mi w Bernie Szwajcarskim kierownik zakładu fizjologii, poświęconego pamięci słynnego Hallera, prof. Asher, wskazując na pokój ten, — „i dlatego przeznaczam go panu do pracy”.

Cybulski był niezwykle lojalnym oponentem w polemice z tymi, których poglądy naukowe zwalczał, pomimo swego niezwyklego temperamentu. Powszechnie znane naprz. jest jego stanowisko, zwalczające poglądy ś. p. Popielskiego na sprawy wewnętrznego wydzielania i czynności gruczołów. Gdy ś. p. Popielski przysłał Cybulskiemu pracę swoją z prośbą o referowanie jej na posiedzeniu Akademii, Cybulski nie chciał odmówić Popielskiemu i nie chciał występować przeciwko niemu na posiedzeniu; chcąc być zupełnie przedmiotowym i obiektywnym, poprosił jednego z członków Akademii o zastąpienie go w zreferowaniu tej pracy, a sam na posiedzenie nie przyszedł. O pieczołowitości, jaką otaczał Cybulski uczniów swoich oraz ich prace, świadczyć może fakt następujący. Pewnego razu zawiadomiłem Go, że zamierzam przekonać się, czy w jajku kurzem są zaczyny, których obecność, zdaniem mojem, jest niezbędną, ażeby w cieplarni czy pod kurą zarodek kurzy mógł się rozwinąć. Cybulski zainteresował się tą sprawą i myśł moją poparł. Gdy w tym czasie wyjechałem na krótkotrwały urlop z powodu męczącego mnie od czasu obłożenia Portu-Artura poczerwonkowego nieżyty jelit, — po powrocie oddał mi Cybulski do dyspozycji cały swój pokój, w którym stała już specjalnie zakupiona sztuczna wylęgarnia, a Cybulski, wprowadzając mnie do tego pokoju, zaznaczył jednocześnie, że ponieważ jestem z powodu nieżyty wrażliwy na

zimno, więc kazał specjalnie położyć na posadzce asfaltowej dywan sznurowy. Gdy w jaju kurzem znalazłem zaczyn lipolityczny, ukazała się praca Wohlgemutha o czterech zaczynach w jaju: lipolitycznym, proteolitycznym, glikolitycznym i rozszczepiającym barwnik, dlatego też pracę moją przerwałem, uważając ją już za niepotrzebną.

Cybulski był umysłem wszechstronnym. Nie było ważniejszej kwestji, związanej z życiem człowieka, o którejby nie zabierał głosu w piśmie lub słowie: czy to w sprawie hipnotyzmu, czy to w sprawie kształcenia kobiet, czy to w sprawie żywienia się ludu wiejskiego, czy to w sprawie nowych prądów, nurtujących społeczeństwo polskie w okresie zaborów, a zwłaszcza przedwojenne. „*Homo sum et nihil humani a me alienum esse puto*” — miałby prawo o sobie powiedzieć Cybulski. Młody duchem z jasnowidztwem patrzył w przyszłość i sprzyjał ruchowi strzeleckiemu, z którego powstały legjony Piłsudskiego, wówczas już, kiedy większość społeczeństwa uważała prądy te za nieziszczalne mrzonki i fantazje młodzieńcze. Jako prawdziwy syn ziemi Wileńskiej, która zrodziła Mickiewicza, Żanę, Kościuszkę, Piłsudskiego, doczekał się szczęśliwie niepodległości Polski, dlatego, że widział ją ciągle w duszy i umyśle swoim wierzył w nią święcie.

Cybulskiego nie stało, ale pozostaje On nieśmiertelny. Myśli i dzieła Jego żyją w nas żywych i są jakby ciągle działającym duchowym zaczynem, wydającym nowe prace w dziedzinie fizjologii. Nie ulega najmniejszej kwestji, że kiedyś, gdy nas, Jemu współczesnych, nie stanie, historia nauki i myśli twórczej w Polsce zapali niby „zniszcz” niegasnące światło przed obliczem duchowym tej świetlanej postaci. światło to opromieniać będzie blaskiem tę kartę historii nauki polskiej, którą stanowi żywot Cybulskiego, Jego myśli i prace. Nie należy wątpić, że kiedyś w przyszłości, kiedy powstanie w Polsce Panteon ludzi wielkich, Cybulski zajmie tam miejsce sobie właściwe. Miejmy nadzieję, że w międzyczasie Wszechnica Jagiellońska lub inna wystawi przed zakładem fizjologii pomnik ś. p. Napoleona Cybulskiego, podobnie jak to uczynił uniwersytet Berneński w Szwajcarii, wystawiając przed głównym gmachem uniwersytetu pomnik Hallera.

Oddać hołd Cybulskiemu, uczcić i utrwalić pamięć o Nim powinni nie tylko Jego uczniowie, świat lekarski, lecz i społeczeństwo, któremu tak pięknie i wiernie służył przez całe swoje życie.

Marjan Eiger (Wilno).

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	17/III-23/III	24/III-30/III	31/III-6/IV
Dżuma	0	0	0
Ospa	0	0	0
Cholera	0	0	0
Dur brzuszny	113 (zg. 9)	106 (zg. 7)	118 (zg. 7)
Dur rzekomy	0	0	0
Dur osutkowy	55 (zg. 3)	69 (zg. 6)	80 (zg. 5)
Dur powrotny	0	0	0
Czerwonka	7 (zg. 0)	1 (zg. 0)	3 (zg. 0)
Płonica	274 (zg. 10)	256 (zg. 9)	219 (zg. 14)
Błonica	202 (zg. 13)	174 (zg. 16)	193 (zg. 14)
Zapal. op. mózg.	32 (zg. 10)	34 (zg. 10)	28 (zg. 7)
Odra	217 (zg. 3)	130 (zg. 2)	140 (zg. 1)
Róża	85 (zg. 0)	80 (zg. 3)	64 (zg. 16)
Krztusiec	111 (zg. 4)	94 (zg. 5)	61 (zg. 10)
Malaria	2 (zg. 0)	2 (zg. 0)	8 (zg. 1)
Posoczn. połóg.	27 (zg. 6)	27 (zg. 7)	36 (zg. 11)
Trąd	0	0	0
Jaglica	229 (zg. 0)	220 (zg. 0)	147 (zg. 0)
Wąglik	0	0	1 (zg. 0)
Nosaczna	0	0	0
Włośnica	1 (zg. 0)	1 (zg. 0)	10 (zg. 0)
Wścieklizna	0	0	0 (zg. 0)
Zatrucie jad. kiełb.	0	0	8 (zg. 0)
Choroba Heine-Medina	0	0	1 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne	414 (zg. 7)	244 (zg. 11)	249 (zg. 15)

leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego.

Niektóre związki komunalne i władze administracyjne interpretują w ten sposób postanowienia ustawy z dnia 29. III. 1926 Dz. U. R. P. Nr. 36, 26 poz. 214, a w szczególności art. 1 tej ustawy, iż sądzą, że koszty leczenia w szpitalach publicznych, powstałe po dniu 1 stycznia 1926 r. za chorych, ulokowanych w szpitalach przed tym terminem, winny być regulowane tak, jak koszty kuracyjne, powstałe przed dniem 1 stycznia 1926 r., t. j. przez gminy, w których chorzy zapisani są do ksiąg ludności stałej. Przepis art. 1 cytowanej ustawy odnosiłby się według takiej interpretacji tylko do chorych, umieszczonych w szpitalu po dniu 1 stycznia 1926 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wyjaśnia wobec tego, co następuje: Według dosłownego brzmienia art. 1 cyt. ustawy rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 1926 r. obowiązek związków komunalnych do opłacania kosztów kuracyjnych w szpitalach publicznych. Ograniczenie tego obowiązku do opłacania wyłącznie tylko kosztów kuracyjnych za chorych, przyjętych do szpitali po dniu 1. I. 1926, niema żadnego uzasadnienia w ustawie z dn. 29. III. 1926 Dz. U. R. P. Nr. 36, 26 poz. 214.

Wymieniona ustawa odnosi się przeto do wszystkich kosztów leczenia w szpitalach publicznych, powstałych po dniu 1 stycznia 1926 roku niezależnie od tego, kiedy nastąpiło przyjęcie chorego do szpitala.

(—) Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Polskie Tow. Medycyny Społecznej w Warszawie, wystosowało do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Memorjał w sprawie ograniczeń pasportowych na wyjazd z granicę Polski następującej treści:

Wprowadzenie w Polsce wysokiej opłaty za otrzymanie pozwolenia na wyjazd za granicę uznano przed szeregami lat za zarządzenie chwilowe, spowodowane kryzysem finansowym w Państwie. Obywatele składali ofiary ze swego mienia dla ratowania zachwianej równowagi finansowej Państwa, nie protestowali przeciwko wysokim podatkom i zgodzili się na ograniczenie swobody swoich ruchów dla dobra Ojczyzny.

Zarządzenie Ministerstwa co do ograniczenia wyjazdów za granicę, mające jakoby zapobiec wywożeniu pieniędzy z Pol-

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesłało do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, następujący Okólnik w sprawie kosztów

ski przez mniej uobywatelnioną część ludności, uznano pohoćnie za celowe, nie śmiano protestować uważając je za chwilowe aż do przejścia kryzysu. Tymczasem kryzys minął, równowagę ustalono, ale zarządzenia nie cofnięto. Okazuje się, że czynnikiem miarodajnym łatwiej było ograniczenie wprowadzić, niż je cofnąć. Wysoce krępujące ograniczenie wyjazdów za granicę dla obywateli trwa, pomimo iż władze uznają za możliwe zredukować opłatę do 250 zł. za pasport zagraniczny, zamiast poprzedniej opłaty w kwocie 500 z.

Obywatele zapytują zupełnie słusznie, w jakim celu pobierana jest tak wysoka opłata? Czy ma ona ratować finanse kraju, czy też ma w dalszym ciągu zapobiegać wywożeniu pieniędzy za granicę?

Z opłaty pasportowej wpływa suma nikła, nie mająca żadnego znaczenia dla finansów Państwa. Pieniądże za granicę można nie tylko wywozić, ale nawet zupełnie jawnie wysyłać przez banki lub pocztą. Równowaga bilansu nie zależy od sum, wywożonych za granicę, lecz od importu i eksportu towarów. Bilans będzie ujemny, jeżeli import będzie przewyższał eksport, nawet wtedy, gdyby ani jeden obywatel za granicę nie wyjeżdżał. Wyjazdy obywateli za granicę nie mają żadnego wpływu na stan bilansu państwowego.

Natomiast obywatelom dzieje się krzywda. Odciecie Polski od reszty krajów Europy zachodniej pociąga za sobą obniżenie jej poziomu kulturalnego. Motyw, przytaczany na usprawiedliwienie tego anachronizmu, że wolne i nieskrępowane wyjazdy będą klęską dla uzdrowisk polskich, które mogą się rozwijać tylko pod powyższą protekcją rządową, nie wytrzymuje krytyki. Przedewszystkiem kilka lat tłustych w naszych uzdrowiskach nie wpłynęły bynajmniej na usunięcie krzyczących braków i nieporządków pod względem higieniczno-sanitarnym, napełniały one tylko kieszenie hotelarzy, żerujących na tłumnie pod przykryciem słońcownych kuracjuszach, i pozwalały im za zebrane pieniądze użyć wywczasów na Riwierze i błogosławić tak dla nich korzystne zarządzenie.

A zresztą nie chodzi tu o kuracjuszy tylko, ale i o zdrowych, a zwłaszcza o inteligencję pracującą, która na zbytki, ani wysokie opłaty pasportowe pieniędzy nie ma, a odczuwa pragnienie wyjazdu do obcych krajów dla zaspokojenia swych aż nadto zrozumiałych potrzeb umysłowych i duchowych.

Kraj nasz, niestety, nie dorównywa pod względem urządzeń społecznych i kulturalnych krajom zachodu. To też obywatele Polscy, którzy używają i aspiracjami przewyższają swe otoczenie, wytykają swój wzrok w świat szeroki, powinni więc mieć możność jaknajczęstszego trafiań do środowisk prawdziwej kultury—ci ludzie, ci pracownicy umysłowi, technicy, prawnicy, nauczyciele, a zwłaszcza lekarze, niezasobni materialnie, a zasobni duchem, z powodu utrudnień pasportowych cierpią najbardziej. Za drobne oszczędności uciulane ze skromnych uposażeń, chcieliby spędzić wakacje w kraju, który znają z opisu, a stoją im na przeszkodzie wysokie opłaty, które pochłaniają znaczną część przeznaczonych na wyjazd pieniędzy.

W zarządzeniu powiedziano, że pasporty ulgowe w cenie 20 zł. mają być wydawane osobom, wyjeżdżającym na Kongresy w celach naukowych i w celach leczniczych; tymczasem uzyskiwanie pasportu ulgowego związane jest z takimi trudnościami i z trudniami, że lekarze wprost im podołać nie mogą, a ulgowy dwudziestozłotowy pasport kosztuje w sumie do 100 zł. jeżeli doliczyć do ceny wszystkie inne ciężary; a pomimo to zaznaczyć należy, że nie wszyscy, mający prawo do takich pasportów, pasporty ulgowe uzyskują: na zeszłoroczny zjazd międzynarodowy

przeciwnie, w Rzymie odmówiono pasportów ulgowych 100 petentom na tej zasadzie, że, jak twierdziło Ministerstwo Skarbu, już dosyć pasportów wydano na ten zjazd. A znany nam jest także przypadek odmówienia pasportu ulgowego znanemu w Warszawie gastrologom, wybierającym się na zjazd lekarski do Karlsbadu, na tej zasadzie, że zjazdy w Karlsbadzie nie mają wartości naukowej. Koroną zaś wszystkiego była odpowiedź, dana przez Ministerstwo Oświecenia Publicznego lekarzowi, pragnącemu wyjechać na kursy dokształcające w Wiedniu, że medycyna w Wiedniu tak nisko stoi, że na naukę do Wiednia jeździć nie warto, wobec czego pasportu się odmawia. Odpowiedź ta szybko rozniosła się po zagranicy i zwłaszcza w Wiedniu wzbudziła zrozumiałą sensację.

Zapowiedziana obecnie zniżka ceny pasportu z 250 do 125 złotych sytuacji nie zmienia, gdyż suma ta wciąż jest jeszcze za wysoka, zwłaszcza, gdy doliczy się do niej resztę opłat, i, jak zaznaczono na wstępie, jest niesłuszna i bezcelowa.

Wszak już przedstawiciele naszego rządu wypowiedzieli się na terenie Ligi Narodów za zniesieniem zarówno ograniczeń pasportowych, jak i obowiązku wizowania pasportów. Chodzi tu więc o upór pewnych tylko sfer, utrzymujący się tak długo wskutek bierności ogółu.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, które już niejednokrotnie występowało z protestem do pism i memorjami do Władz, zwraca się do Izby Lekarskiej o podjęcie energicznych starań w celu zapewnienia lekarzom zupełnej swobody w wyjazdach zagranicę.

Przezes Dr. K. Dłuski

Sekretarz Dr. W. Knappe

— Zjazd Ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego

W czasie XIII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zbierze się w Wilnie w dniach 26—29 września 1929 r., odbędzie się, jako sekcja odrębna tegoż Zjazdu — Zjazd Ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Tematy główne Zjazdu Ogólnego P. L. T. R.:

Temat I. Leczenie spraw zapalnych promieniami Roentgena. Sprawozdawcy: Prof. Dr. Karol Mayer (Poznań). Docent Dr. Józef Jaxa-Dębicki (Lwów).

Temat II. Działanie promieni Roentgena na gruczoły dokrewne i jego zastosowanie lecznicze. Sprawozdawcy: Dr. Bronisław Sabat (Warszawa), Dr. Edward Bruner (Warszawa).

Temat III. Rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów płuc i śródpiersia. Sprawozdawcy: Docent Dr. Adam Elektorowicz (Warszawa), Dr. Henryk Adelfang (Warszawa).

Temat IV. Zmiany kiłowe narządu krążenia w obrazie rentgenologicznym. Sprawozdawcy: Dr. Emil Meisels (Lwów), Dr. Witold Zawadowski (Warszawa).

Wszystkie zapytania, dotyczące powyższego Zjazdu, oraz zgłoszenia referatów na tematy dowolne należy nadsyłać pod adresem Przewodniczącego sekcji — Docenta Adama Elektorowicza (Warszawa — Hoża 19). Ze względów organizacyjnych uprasza się o jaknajszybsze zgłaszanie referatów.

Sekretarzem i gospodarzem sekcji w Wilnie jest Dr. Leon Sułkowski (Wilno-Szpital Kolejowy).

(—) Prof. Karol Mayer

Prezes Zarządu Głównego P. L. T. R.

(—) Dr. Edward Bruner

Sekretarz Zarządu Głównego P. L. T. R.

TRĘŚĆ: M. BORSZTAJN. Życie płciowe kobiety w świetle psychoanalizy. — J. RUTKOWSKI. O mięsaku limfatycznym. (Dok.) — N. ZANDOWA. Termoregulacja (Str. zbior. C. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — Z działalności Departamentu Służby zdrowia. (C. d.) — M. EIGER. Ś. p. Napoleon Cybulski (Na tle wspomnień osobistych w 10-ą rocznicę Jego śmierci). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORSZTEJN. La vie sexuelle de la femme et la psychoanalyse. — G. RUTKOWSKI. Sur le lymphosarcome (fin.). — N. ZANDOWA. La thermorégulation (Rev. gén. Suite). — L'action du Département de Santé. — M. EIGER. Feu Napoleon Cybulski.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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

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