

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. 18

WARSZAWA, 2 MAJA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Życie płciowe kobiety w świetle psychoanalizy¹⁾

Podał

Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 17).

Widzieliśmy już, jak w fazie fallicznej zaznaczyła się różnica między chłopcem i dziewczynką, jak ta ostatnia, pod wpływem smutnej konstatacji braku „czegoś”, rezygnować musi z roli aktywnej—męskiej, zarzucić jako beznadziejną swoją seksualność „lechtaczkową”, która poprzednio pozwalała jej łączyć się co do posiadania narządu, równoznacznego męskiemu, i snuć fantazję o dziecku. Okres dojrzałości płciowej jakże o wiele jaskrawiej uwypatnia tę różnicę płci, tę różnicę między chłopcem a dziewczynką, między chłopcem, któremu w okresie dojrzałości płciowej wypada jedynie przystosować dotychczasowe konstelacje psychiczne i wczesne dziecięce nastawienia do nowego celu seksualnego, a dziewczynką, której dojrzewanie płciowe przedstawia proces o wiele bardziej skomplikowany wskutek nowych, a odświeżających stare, zabliźnione, zdawałoby się, rany, konfliktów psychicznych, pośród których na pierwszym miejscu staje pierwsza menstytucja, ten silny uraz, który powtarzać się będzie teraz ciągle i przypominać ten pierwszy uraz psychiczny, owo bolesne odkrycie różnicy, jaka ją dzieli od chłopca. Wogóle, zabiegając już nieco naprzód, możemy zaznaczyć, że całe życie płciowe kobiety układa się po linii cierpienia, upośledzenia, krwawych wstrząsów, począwszy od pierwszej menstytucji, a kończąc na okresie przekwitania. Mniejsze lub większe trudności w przewyciężaniu konfliktów psychicznych, związanych z temi okresami życia płciowego kobiety, a nie będących niczem innym,

jak słabszym lub silniejszym echem owych prakonfliktów w likwidowaniu kompleksu kastracyjnego i zespołu Edypa—oto, od czego zależy zdrowie psychiczne kobiety.

Pierwsza menstytucja stanowi dla dziewczynki realną kastrację, którą przedtem, w dawnych fazach swej organizacji seksualnej uważała jako karę, za przewinienie onanii; pierwsza menstytucja jest już wyraźnym upośledzeniem narcystycznym w sensie ostatecznej utraty pożądanej części ciała, której brak tak boleśnie odczuła. Ale to czysto „libidynne” zmartwienie znajduje chwilową kompensatę w zadowoleniu już świadomem, że oto wchodzi w okres dojrzałości, że staje się kobietą, że może mieć dziecko — tendencje narcystyczne idą w służbę funkcji rozrodczej, która ma stać się ostatecznym odszkodowaniem za wszystkie „zmartwienia narcystyczne”. Aliści w przeciwieństwie do tego marzenia znów następuje rozczarowanie: biologicznie menstytucja stanowi wyraz tego, że zapłodnienie nie nastąpiło, i psychologicznie dla nieświadomości dziewczynki menstytucja staje się tem samym, czem jest biologicznie, t. j. wyrzeczeniem się dziecka — nowe rozczarowanie i to już w sensie tendencji czysto kobiecych. Menstytucja zawiera więc w sobie podwójne rozczarowanie. Ostateczna rezygnacja z członka, realna kastracja — i w dodatku brak dziecka. Takie podwójne rozczarowanie musi wywołać reakcję — i dlatego też jasnym się staje z tego punktu widzenia, gdzie jest źródło tych tak na każdym kroku spotykanych objawów podczas menstytucji, które, zależnie od silniejszego lub słabszego stłumienia konfliktu wewnątrz-psychicznego, mogą być tylko zaznaczone albo urastać do rozmiarów prawdziwej choroby psychicznej.

Jeszcze w granicach fizjologicznych mieszczą się owe bóle głowy, depresja psychiczna i wzmożona pobudliwość oraz mniejsze lub większe dolegliwości dysmencoryczne. Objawy psychiczne noszą wyraźny charakter reakcji na poniesioną stratę i mogą potęgować się do rozmiarów ciężkiego stanu depresyjnego. Takie stany przebiegają przez okres men-

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

struacyjny, zaś analiza wykrywa związek ich z menstruacją, z nieświadomym jej podkładem. Dysmenorea, związana jest z nieświadomymi fantazjami rozwiązania, które stoją jeszcze pod znakiem nie zlikwidowanego kompleksu Edypa („dziecko od ojca“), tak samo jak amenorea, wielokrotnie wykazała w psychoanalizie swój związek nieświadomy z fantazjami ciąży.

Tak oto przedstawia się dla psychiki dziewczęcia ten pierwszy uraz, stanowiący wstęp do okresu dojrzałości płciowej, uraz, który będzie się teraz w warunkach normalnych co miesiąc powtarzał, i co miesiąc mobilizował nieświadome tendencje. Od ich bardziej lub mniej pomyślnego tłumienia, od stopnia przewyciężania aktywowanych co i raz resztek kompleksów kastracyjnego i kompleksu Edypa zależeć będzie przyszły los kobiety w sensie jej zdrowia psychicznego i szczęścia.

Ale występują jednocześnie najaw inne jeszcze przeszkody, inne trudności, związane z nakazami naszego życia kulturalnego. Nawet w tak zw. normie trudności te dają o sobie znać w silniejszym lub słabszym stopniu, zależnie od różnic czysto indywidualnych.

Nasze życie kulturalne wymaga od dziewczynki w przeciwstawieniu do chłopca drugiego okresu wyrzeczenia się życia seksualnego, — i to wywołuje w niej reakcję w postaci dążności do zastąpienia realnego żywienia się płciowego przez fantazjowanie. Ta tendencja do fantazji utrwalić się może i utrwała się najczęściej tak silnie, że powrót do życia realnego w sensie normalnego życia płciowego kształtuje się znacznie trudniej, niż u chłopca. Różne nienormalne cechy charakteru, trudności w wyborze obiektu miłości, objawy nerwicowe, a przede wszystkim niezdolność wyczuwania rozkoszy płciowej, brak orgazmu (*frigiditas*) i niektórych psychicznie uwarunkowanych postaci bezpłodności — trudności w ustosunkowaniu się do dziecka — przed jego urodzeniem i po urodzeniu — oto w zarysie te rezultaty, które wynikają z owego nakazu wyrzeczenia się życia seksualnego po dojściu do dojrzałości płciowej i spowodowanej tem ucieczki do życia w fantazjach. Znane są z praktyki psychoanalitycznej dwa rodzaje fantazji z okresu dojrzałości płciowej dziewczyny normalnej. Jedne dotyczą urodzenia dziecka bez udziału mężczyzny, t. zw. partenogenetyczne, druga kategoria to fantazje prostytucyjne. I pierwsze i drugie mają oczywiście swe źródło w niezupełnie zlikwidowanych kompleksach kastracyjnym i Edypowskim i stanowią reakcje nieświadome na ich pozostałości w nieświadomym, reakcję na podwójne rozczarowanie przy menstruacji, którego treść, jakśmy to widzieli jest: „ani fallus, ani dziecko“.

Fantazja partenogenetyczna polega na następującej formule: „Mam dziecko z siebie samej, jestem mu matką i ojcem. Nie potrzebuję i nie chcę mężczyzny dla stworzenia dziecka“.

Ciekawy jest i charakterystyczny fakt, że u niektórych bardzo „męskich“ kobiet fantazja taka „realizuje“ się czasami o tyle, że kobiety takie wybierają sobie „kogokolwiek“ dla spłodzenia dziecka; rola męża sprowadza się tu tylko do roli zapłodzenia, i pozatem nie ma dla nich żadnego znaczenia, ani wartości. Małe następstwo na rzecz rzeczywistości — nic poza tem.

Fantazja taka w głównej mierze zabliźnia psychiczną ranę kastracyjną, albowiem sprzyja wywyższeniu kobiety w sensie cielesnym, stwarza zadowolenie narcystyczne, które brzmi: „mogę zrobić to samo, co mężczyzna“. Kiedy pragnienie to uwzniośla się, sublimuje, to mamy wtedy do czynienia z dążnością kobiety do produkcji intelektualnej na wzór męski, do partenogenezy uwznioślonej.

Druga grupa fantazji prostytucyjnych jest tylko inną postacią reakcji na te same rozczarowania. Rozczarowanie z powodu niezlikwidowanego kompleksu Edypa znajduje w nich swój wyraz w ten sposób, że dziewczyna oddaje się w fantazji byle komu, każdemu, skoro ojciec jej nie chciał, a powtóre stanowi reakcję na niedostatecznie pokonany kompleks kastracyjny, stanowi wyraz zemsty na mężczyźnie, pragnienia odebrania jaknajwiększej liczbie mężczyzn, wszystko jedno komu, tego, czego jej samą brak, i odrzucenia potem z pogardą. U kobiety, której ideał kobiecy, ideał macierzyństwa, jest w dostatecznej mierze rozwinięty, istnieje wprawdzie również tendencja wchłonięcia w siebie *intra coitum* czegoś z mężczyzny, ale po to tylko, ażeby zachować to coś w postaci dziecka i zwrócić mu to coś w tej właśnie postaci, podarować mu dziecko.

Obie kategorie tych fantazji stoją, jak widzimy, w wyraźnej sprzeczności do macierzyństwa i wywarzają niepomyślny stosunek do mężczyzny, stanowią punkt wyjścia dla trudności w funkcjach rodzicielskich.

Jest jeszcze jedna fantazja w okresie dojrzewania, o której wspomnieć warto — to fantazja o zgwałceniu. Fantazja ta powołana do życia przez pierwsze krwawienie, stanowi jednak echo dawnej fantazji dziecka o sadystycznym ujmowaniu stosunku rodziców, gdzie matka jest przez ojca gwałcona, gdzie dokonywa się brutalny, krwawy akt nad matką. Jest to fantazja, idąca po linii zmniejszenia poczucia winy, związanej z życiem płciowym, które jest zakazane; „skoro jestem zgwałcona, to nie jest to moja wina, że zakaz przekraczam“. Obawa przesadna przed bandytami, kłamliwe oskarżanie histeryczek o zgwałcenie, stanowią wyraz patologiczny takich fantazji, które u dziewczyn normalnych świadczą jedynie o dokonaniu nastawieniu się biernemu, masochistycznemu, do mężczyzny, o przygotowaniu nieświadomemu do sadystycznego ataku z jego strony.

To psychiczne nastawienie się bierne — w stosunku do mężczyzny — co równa się ostatecznemu wyrzeczeniu się męskości, związanej we wczesnym dzieciństwie z łechtaczką — stanowi pierwszy warunek późniejszego normalnego życia płciowego kobiety. Ale potrzebny jest jeszcze warunek drugi — odkrycia, ustalenia i uznania nowego narzędzia płciowego, wzamian za łechtaczkę, a mianowicie pochwy. Ta seksualizacja pochwy, znalezienie w niej nowego źródła rozkoszy, wraz z pierwszym warunkiem biernego stosunku do mężczyzny — stanowią razem ostateczną podstawę dla normalnego i normalnie odczuwanego aktu płciowego.

I oto następuje drugi po menstruacji krwawy uraz — akt defloracji. I ten akt, jak i menstruacja, stanowi dla dziewczyny rozczarowanie nie tylko w sensie oczekiwanej rozkoszy, ale i w sensie upośledzenia narcystycznego. Potrzeba dopiero, jak i po

menstruacji, określonego mechanizmu nieświadomości psychicznego, ażeby to rozczarowanie i to upośledzenie wygładzić i doprowadzić do tego, ażeby kobieta mogła w akcie płciowym rokosz należytą odczuwać, ażeby stała się kobietą dojrzałą — a zależy to właśnie od tego, czy i w jakiej mierze podrażnienie seksualne przejdzie pod wpływem powtarzających się aktów płciowych z lechtaczki na pochwę. Jeżeli to nie następuje — to kobieta pozostaje na akt płciowy niewrażliwa — następuje *frigidity*. Doświadczenie nasze psychoanalityczne dowodzi, że w takich przypadkach, kiedy obojętność płciowa kobiety stabilizuje się, jako objaw neurotyczny, wyjaśnić się to daje i nb. w większości przypadków usunąć, jeżeli uświadomić kobiecie, że akt defloracji tak samo, jak i ów pierwszy krwawy uraz — menstruacja otworzył, reaktywował przez krwawe zniszczenie błony dziewiczej psychiczną ranę kompleksu kastracyjnego. Akt płciowy staje się w ten sposób powodem nowego zmartwienia, upośledzenia narcystycznego i wywołuje nieświadome tendencje zemsty w stosunku do mężczyzny, co nie pozwala kobiecie na czułe oddanie mu się, bez zastrzeżeń.

W warunkach normalnych trwa to niedługo, zmobilizowanie kompleksu kastracyjnego jest przemijające, odnalezienie pociechy w postaci nowego narządu, dostarczającego rozkosz, następuje szybko — i kobieta staje się całkowicie przygotowana do swej roli płciowej. W warunkach patologicznych jest to samorzutnie niemożliwe — i tylko psychoanaliza może zło naprawić i dać kobiecie możność pełnego wyżycia się płciowego. Ile cichych tragedii małżeńskich rozgrywa się na tem podłożu, tylko psychoanalityk osądzić może należycie.

Z obojętnością płciową idzie czasami w parze i bezpłodność. W nowoczesnej ginekologii, która coraz bardziej skłonna jest do uznawania wpływów psychicznych na przebieg funkcji rozrodczej, znajdujemy nawet poglądy, że w wielu przypadkach bezpłodność jest wynikiem obojętności płciowej (Kehrer), że mianowicie przez brak sekrecyjnych erupcji w organizmie z powodu obojętności płciowej dochodzi do zastoinowych i wysiękowych objawów, które stanowią z kolei organiczne już podłoże bezpłodności i somatycznych schorzeń aparatu seksualnego.

Może ten pogląd w pewnej mierze jest słuszny i w pewnych przypadkach ma swe zastosowania. Ale psychoanaliza wykrywa również i czysto psychiczne, nieświadome przyczyny bezpłodności.

Jeżeli kobieta z powyżej wyłuszczonych już motywów nieświadomych nie oddaje się mężczyźnie całkowicie w sensie psychicznym, to jej protest nieświadomy znaleźć może wyraz rozszerzony nie tylko w obojętności płciowej, ale i w bezpłodności. W każdym razie to ustalić można stanowczo, że czasami obojętność płciowa i bezpłodność zaczepiają się o siebie. Istnieją i inne postaci protestu z nieświadomych źródeł płynącego, przeciwko biernej roli kobiecej *intra coitum*. Znany jest t. zw. *vaginismus*, uniemożliwiający dostęp mężczyźnie, zaś jaskrawym przejawem owej nieświadomej zazdrości o *fallus*, zemsta za jego brak i chęć odebrania go mężczyźnie i zatrzymania go w sobie, — to skurcz pochwy powodujący zjawisko, znane pod nazwą *penis captivus*. Kobieta podczas sto-

sunku i w warunkach normalnych stara się już po stadium orgazmu utrzymać jaknajdłuższą sytuację wchłaniania w siebie mężczyzny, ale wtedy w tej sytuacji po za resztą tendencji nieświadomej powetowania sobie kardynalnego swego braku, istnieje przede wszystkim psychologiczne zidentyfikowanie się, zlanie się całkowite z mężczyzną, w którym jednocześnie już przeczuwa dziecko, istnieje już nieświadome przeczucie ciąży. *Coitus* stanowi w ten sposób w swej postaci normalnej niejako powrót, regresję do tego pradziecięcego ustosunkowania się podmiotu do przedmiotu, kiedy razem stanowiły jedność nierozłączną (np. w okresie oralnym podczas ssania).

I kiedy następuje zapłodnienie, stosunek kobiety do mężczyzny z jego dobremi i złymi stronami, z jego miłością i tajoną niechęcią, przenosi się na teren stosunku matki do dziecka, stosunku, który daje o sobie znać już podczas ciąży, stosunku, który mobilizuje częściowo i przejściowo te psychologiczne dziecięce, nieświadome pierwiastki, jakie były u podłoża całej seksualności kobiecej. Zrazu więc istnieją nieświadome lub półświadome pragnienia, ażeby mające narodzić się dziecko (zwykle np. kobieta życzy sobie syna) stało się nosicielem jej własnej, nigdy całkowicie nie zlikwidowanej wewnętrznie miłości dla ojca rodzonego, którego *imago* w najlepszym razie znalazła kobieta w mężu swoim. Jest to jak widzimy, odświeżanie, zmobilizowanie kompleksu Edypa, ale nie tylko z jego strony dodatniej, lecz i ujemnej. Owa prastara w rozwoju ontogenetycznym dwuwartościowość stosunku do ojca, owa świeższa dwuwartościowość do męża lub kochanka przenosi się również i na dziecko. Kobieta ustosunkowuje się do rosnącego płodu ambiwalentnie, i reaktywując w nieświadomej fantazji teorii dziecięce o rodzeniu się dzieci przez usta lub przez odbytnicę, w ich szatę przybiera swój nieświadomy nieprzyjazny stosunek do dziecka. Temi nieświadomymi prawami, reaktywowanymi podczas ciąży, objaśniać sobie należy owe powszechnie znane objawy ciąży, zwłaszcza w pierwszych jej stadiach, jak wymioty, jak charakterystyczny gwałtowny głód naprzemian z zupełnym brakiem łaknienia, jak rozmaite inne objawy żołądkowo-kiszkowe, które wyłącznie z somatycznego punktu widzenia nie są bez reszty zrozumiałe: dziecko, wchłonięte w miłości, kobieta chce z siebie ponownie wyrzucić. Studja psychoanalityczne nad fantazjami na jawie i nad sennymi marzeniami kobiet ciężarnych dowodzą tego z całą pewnością. Najwyższe stadium *libido* seksualnej kobiecej ciąży — zawiera w sobie pierwiastki najniższych stadiów, oralnej i analnej (przypominamy fantazję o dziecku analnym), wraz z towarzyszącymi tym ostatnim tendencjami sadystycznymi. Dowodzą tego typowe przemijające zmiany charakteru u kobiet ciężarnych: upór, przesadna czystość, przesadna oszczędność, granicząca ze skąpstwem, co zwykle tłumaczy się przez motywy racjonalne, podyktowane już troską o przyszłe dziecko, a właściwie jest niczem innym, jak reaktywowaniem pradawnych organizacji *libido*.

Uczucie wstrętu do rozmaitych, dawniej nie-lubianych potraw np. ma swe źródło w prastarej nieświadomej formule, utożsamiającej dziecko z kałem. Z tem nieświadomem utożsamianiem łączy

się również owa tendencja do wyrzucenia z siebie dziecka, owe bóle jakby porodowe, które występują przedwcześnie i mogą w razie silnych tego rodzaju analno-sadystycznych tendencji, doprowadzić do poronienia, dla którego nie mamy często wyjaśnienia somatycznego.

Dopiero w 4 - 5-ym miesiącu ciąży, kiedy zaczynają się ruchy dziecka, kiedy psychicznie staje się ono dzięki temu obiektem niejako zewnętrznym, kiedy wskutek tego identyfikacja matki i dziecka, jako zespolonych dotąd w jedną całość, rozluźnia się, kiedy reaktywowane dawne najwcześniejsze fazy *libido* — oralna i analna — ustępują miejsca następnej, jak widzieliśmy to w opisie rozwoju *libido* — fazy fallicznej — dziecko nieświadomie utożsamiane jest z członkiem i nabiera znaczenia wyraźnego odszkodowania za utracony ongi w nieświadomości *fallus*. Ambivalentny stosunek do płodu, charakterystyczny dla pierwszych okresów ciąży, łagodniejsze, płód może być utrzymany — ciąża idzie swoim trybem, i wraz z tem samopoczucie kobiety poprawia się znakomicie...

Panie i panowie, należałoby jeszcze omówić okres porodu, okres poporodowy i okres laktacji, okresy, w których również, jak i w poprzednich, psychoanaliza wykrywa tajemne nici, wiążące je z procesami nieświadomości. Ale na wszystko czasu dziś nie starczy: jak Państwo widzą, temat nasz powinien być rozłożony na cały cykl odczytów. Zanim skończę, pozwolę sobie jeszcze dodać słów parę o okresie przekwitania kobiety ze stanowiska psychoanalitycznego. Okres przekwitania to ostatnie ogniwo w łańcuchu cierpienia, które, jak nic czarna, przewija się, przez całe życie seksualne kobiety, okres przekwitania to ostatni cios, wymierzony w jej *libido* narcystyczną, ostatnie jej upośledzenie. Objawy somatyczne, charakterystyczne dla tego okresu, wiążą się wielorako z przemianami, jakim ulega *libido*, tak że trudno jest nawet ustalić z całą pewnością, co tu jest pierwotne, a co wtórne. Już w okresie przedklimakterycznym, około 30-go roku życia, kobieta, zdolna jeszcze do koncepcji, przeczuwać zaczyna grozący, zbliżający się koniec genitaljów, jako narządu rozrodczego, przeczuwać zaczyna zbliżające się trudności dla *libido* genitalnej, którą zdobyła po tylu trudach, tylu wyrzeczeniach się i tylu zawodach. Wtedy występuje zazwyczaj, jako reakcja, wzmocnienie się tych tendencji genitalnych, pragnienie utrzymania ich za wszelką cenę jaknajdłużej, które jest niczem innym, jak wyrazem psychicznym hiperkompensacyjnym przeczuwanego mglisto końca, sygnalizowanego przez objawy biologiczne. Po fazie tego wzmoczonego pragnienia, mającego na celu utrzymanie *libido* w fazie waginalnej, pochwowej, rozpoczyna się jej upadek, jej cofanie się ku dawno przeżytym, zapomnianym pozycjom. Jest to t. zw. wiek niebezpieczny z wzmocnionym napięciem *libido*, z wzmocnionym pożądaniem i rozpoczynającym się ruchem wstecznym *libido* po skonstatowaniu bolesnem co do pomniejszenia wartości okresu dojrzałości. Wtedy zazwyczaj wobec częstych rozczarowań obiektywnych następuje nawrót owego stadjum, jakie pamiętamy z okresu, poprzedzającego dojrzałość płciową, nawrót do obsadzenia przez *libido* lechtaczki, nawrót do fazy fallicznej, która była opuszczona na rzecz fazy waginalnej. Kobieta szuka nowych obiektów mi-

łości poza małżeństwem, w którym nie znajduje już nasycenia, w którym staje się obojętna płciowo, jeżeli nawet poprzednio nią nie była. Z tem wiąże się często cały szereg objawów psychicznych, jak podrażnienie, niezrównoważenie, zmienność nastroju lub jakby ponowna powrotna fala młodości, pełna namietności i fantazji.

Powtarza się słowem okres dojrzewania płciowego. Stopniowo wobec deceptcji, których życie realne jej nie szczędzi, wracać poczyną nanowo, jak ongi, do fantazji onanistycznych, jak wówczas w okresie dojrzewania płciowego; tam odbywało się to pod znakiem „zawcześnie” — dziś — pod znakiem „zapóźno”. W okresie klimakterycznym właściwym reaktywują się te główne, podstawowe zespoły, na których opanowaniu i przewyciężeniu polegała dojrzałość płciowa; t. j. zespół Edypa i zespół męskości. Okazuje się z psychoanaliz kobiet w okresie klimakterycznym, że te zespoły nigdy właściwie doszczętnie nie bywają likwidowane, i od stopnia ich likwidacji zależy taki lub inny przebieg okresu klimakterycznego, zależą słabsze lub silniejsze objawy neurozy klimakterycznej. Wobec cofnięcia się *libido* nanowo do fazy fallicznej, tem samem do seksualności lechtaczkowej i związanej z tem onanji mobilizuje się nanowo kompleks kastracyjny, z objawami lękowymi i poczuciem winy. Tak samo, jak w okresie dojrzewania, ten kompleks wiąże się nie tylko z onanją, ale i z anomaljami menstruacyjnymi.

I zespół Edypa ożywa nanowo, tylko w innej, odwróconej niejako postaci: fantazje nieświadome, dotyczące ongi ojca, przenoszą się na dzieci, głównie na syna. W drodze regresji tkliwe uczucie dla syna przeładowane jest nieświadomie seksualnością i stanowi ostateczny los *libido*, która w szale okresu przedklimakterycznego nie znalazła sobie ujścia i tu ostatecznie została zdeponowana przez ożywienie zdawna porzuconego, ale nie zlikwidowanego dostatecznie kompleksu Edypa.

Analogja do okresu dojrzewania płciowego, identyczność tych mechanizmów nieświadomych, tu i tam czynnych, jest tak uderzająca, że napotykamy np. u kobiet w okresie przekwitania nawet tego samego typu fantazje o zgwałceniu, fantazje prostytucyjne, z tą tylko różnicą, że rolę ojca przyjmuje syn lub zięć. Wszystkie w nieświadomem przebiegające sprawy manifestują się nazewnątrz niemal w tych samych objawach, które widzieliśmy w okresie dojrzewania płciowego; a więc stany depresyjne, podrażnienie ogólne, objawy lękowe i t. d., jak również cielesne: bóle głowy, neuralgie, objawy naczynioruchowe i tp. Interesujący jest fakt, że analogja objawów cielesnych stwierdzona została z drugiej strony, t. j. nie ze strony psychologicznej, przez wiedeńskiego internistę prof. Wiesela w pracy „Wewnętrzna klinika klimakterjum” (Handbuch der Biologie u. Pathologie des Weibes). Zwraca on uwagę np., że objawy ze strony przewodu pokarmowego, napotykanne w *climacterium*, przebiegają zupełnie tak samo, jak objawy w okresie dojrzewania płciowego, to samo mówi o tak często napotykanej tu i tam wzmoczonej działalności tarzycy.

Zbliżyliśmy się do końca naszych wywodów, może zbyt długich, może częściowo dla Państwa niezupełnie od pierwszego razu zrozumiałych.

W zakończeniu uwydatnić muszę i podkreślić jeden ton zasadniczy, jeden leitmotiv, który dźwięczy tu wszędzie i towarzyszy całemu życiu płciowemu kobiety — to ustawiczne niezadowolenie, rozczarowanie, cierpienie. A wytłomaczyć się to daje przez dwa główne zasadnicze motywy. Pierwszy — to owa nigdy w dostatecznej mierze przez kobietę nie przezwyciężona biseksualność, owa niemożność całkowitego wyzbycia się kompleksu męskości; drugi — to mniejsza, niż u drugiej połowy rodzaju ludzkiego, zdolność przewartościowania nienasyconych popędów seksualnych w sensie ich uwznioślenia. Nie chcę być źle zrozumianym, nie chodzi tu o to, że kobiety mniej są zdolne do uczuć i myśli wzniosłych, ale o to, że mężczyźni łatwiej udaje się likwidować konflikty seksualne na rzecz działalności umysłowej, kulturalnej i spo-

łecznej, że ma on ku temu w naszym życiu obecnym więcej sposobności, podczas kiedy kobieta, najwyżej nawet kulturalnie stojąca, głębiej tkwi w sferze seksualnej, albowiem przeładowuje ją znacznie więcej niż mężczyzna, pierwiastkami idealnymi i uwznioślenie jej *libido* zawsze jednak obracać się będzie w sferze uczuć i myśli, związanych z mężem, kochankiem, dzieckiem.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Freud. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.
- 2) Freud. Beiträge zur Psychologie des Liebesleben (Ges. Schriften. Bd. V).
- 3) K. Abraham. Ausserungsform des Weiblichen Kastrationskomplexes. Int. f. f. Psychoanalyse.
- 4) K. Horney. Zur Genese des weibl. Kastrationskomplexes.
- 5) H. Deutsch. Psychoanalyse den weiblichen Sexualfunktionen. Intern. Psych. Verlag. 1925.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ł Oddziału Wewnętrznego Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: doc. dr. M. Semerau-Siemianowski)

W sprawie niedomogi wielogruczowej¹⁾.

Podał

Józef TYPOGRAF. (Warszawa).

Chora, S. R., lat 32, z zawodu hafciarka. Dziedzicznie nie obciążona. Rodzeństwo zdrowe. W dzieciństwie przechodziła liczny szereg chorób zakaźnych: płonicę, błonicę, świnkę, odrę, ostry gościec stawowy, zapalenie płuc. Zawsze była blada i leczyła się na anemję. Kiły miała nie przechodzić.

Gdy nadszedł okres pokwitania, chora wcale nie dostała perjdów; ukazały się one dopiero ze znacznym opóźnieniem w 22 roku życia. Gdy zaś się już zjawily, były bardzo nieregularne co do czasu, zdarzały się bowiem przerwy, dochodzące do 4 miesięcy. Pod względem obfitości i czasu trwania były one prawidłowe, czasami nieco bolesne. Godne uwagi, że z chwilą zjawienia się perjdów oporna na wszelkie dotychczasowe leczenie anemja znikła bez śladu, a bledosc skóry i śluzówek ustąpiła miejsce zdrowej rumianej cerze.

Dobry stan zdrowia chorej trwał niedługo. Chora zauważyła pewne zmiany ze strony włosów, paznokci, a zwłaszcza skóry, które istniały zresztą już dawniej, były jednak zaznaczone tak słabo i niewyraźnie, że chora nie zwracała na nie większej uwagi. Włosy, zwłaszcza na głowie, stawały się suche, łamliwe i radsze, paznokcie na końcach kruszyły się i łamały zupełnie samoistnie; wygląd ich był bardzo nieładny, jakby były poodgryzane. Największe zmiany dotyczyły skóry, która straciła skłonność do potnienia, stała się gładka, lśniąca, napięta, zwłaszcza na dłoniach, stopach i twarzy. Miejsca te wyglądały jak obrzękłe, ucisk jednak nie wytwarzał tu dołka. Kończyny przeważnie były chłodne i sine. Zmiany te prawie że wcale nie dokuczały chorej, a zwracała na nie początkowo uwagę i radziła się z ich powodu lekarzy raczej z kosmetycznego punktu widzenia.

Natomiast znacznie gorsze były stopniowo się rozwijające objawy ze strony stanu ogólnego: chora poczęła tracić łaknienie,

chudła, stawała się coraz słabsza. Dokuczały jej silne bóle w stawach kończyn i krzyżu. Pracować mogła jedynie z coraz większym wysiłkiem. Ze strony narządów wewnętrznych, poza niewielkim kaszlem, żadnych dolegliwości nie doznawała. Ciepłota ciała rzadko kiedy nieznacznie przekraczała 37°.

Stan taki, trwający aż do chwili obecnej, ulegał w długotrwałym przebiegu choroby znacznym wahaniom co do natężenia objawów: bywały okresy, że chora poprawiała się znacznie, zmiany skórne zmniejszały się, bóle stawowe i sinica kończyn ustępowały. Chora czuła się wtedy zupełnie dobrze i odzyskiwała siły tak dalece, że uważała się prawie za zdrową i była zdolna do swej pracy zawodowej. Dobry taki stan, trwający czasem do kilku miesięcy, ulegał jednak w pewnej chwili bez żadnego uchwytne go powodu mniej lub więcej znacznemu pogorszeniu, i chora znowu traciła chęć i zdolność do pracy.

Takie okresy pogorszenia stawały się z biegiem czasu coraz częstsze i dłuższe, chora słabła i chudła coraz bardziej (waga z 70 klg spadła stopniowo w ciągu 3 lat do 48 klg). Wobec bezskuteczności dotychczasowego ambulatoryjnego, bardzo starannego zresztą leczenia, chora w dniu 25. V. 1926 zgłosiła się do nas do szpitala.

Badanie przedmiotowe wykazało wówczas stan następujący:

Chora budowy prawidłowej. Kościec dobrze rozwinięty, mięśnie węższe, tkanka tłuszczowa podskórna bardzo skąpa. Skóra blada, na kończynach sinawa, o rysunku marmurkowatym. Widoczne śluzówki blade. Na twarzy oraz na grzbietowej powierzchni dłoni i stóp skóra jakby o cechach obrzęku śluzakowatego, blada, nalana, gładka, z trudem daje się ująć w fałd. Włosy na głowie rzadkie, łamliwe, łatwo dają się wyrwać; włosy na brwiach rzadkie i nierównomierne. Uwłosienie pod pachami skąpe, nad spojeniem łonowym prawidłowe o typie kobiecym. Na kończynach dolnych uwłosienie nadmierne. Paznokcie bardzo krótkie, niekształtne, na końcach wyszczerbione, jakby poodgryzane. Chora apatyczna. Stan bezgorączkowy. Gruczoły chłonne nie powiększone. Gardło nie-o zaczerwienione. Język nie obłożony. Zęby marne, żółte, częściowo spróchniałe, korony przeważnie pościerrane. Na szyi w miejscu tarczycy głębokie zapadnięcie, w którym przy najstaranniejszym wymacywaniu nie można wyczuć tarczycy.

Klatka piersiowa płaska, symetryczna; dołki nad i podobojczykowe nieznacznie zapadnięte. Kąt żebrów zbliżony do ostrego. Granice płuc z tyłu na XI żebrze o ruchomości nieco zmniejszonej. Opukowo nieznaczne przytłumienie w obu szczytach, zwłaszcza w prawym ze wzmożeniem drżenia i przewod-

¹⁾ Bardziej szczegółowy opis tego przypadku został ogłoszony w Polsk. Archiwum Med. Wewn. Tom VII, zeszyt 1. 1929.

nictwa głosowego. W szczytach oddech zaostrozony. Rzężeń nie stwierdza się. Na pozostałej przestrzeni płuc nieliczne świsty i furczenia.

Układ krążenia. Granice i kształt serca prawidłowe. Na koniuszku lekki szmer skurczowy; drugi ton nad tętnicą płucną nieakcentowany. Tętno około 100, miarowe. Ciśnienie krwi 130/80 mm. Hg.

Jama brzuszna. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, o gładkim, twardym brzegu, niebolesna. Śledziona niemacalna, wypukowo nie powiększona. Obrony mięśniowej ani oporów nie stwierdza się.

Układ nerwowy żadnych zmian chorobowych nie wykazuje. W moczu nic szczególnego.

Badanie krwi: Ciałka czerwone: 3,120,000; ciała białe: 11,400; hemoglobina: (Sahli) 50%; wskaźnik: 0,8. Wzór ciałek białych: obojętnochłonne: 51%; limfocyty: 39%; monocyty: 3%; eozynochłonne: 2%; przejściowe: 3%.

Postaci patologicznych krwinek czerwonych i białych nie stwierdza się. Liczba płytek krwi 350,400.

Odczyn Wassermann'a we krwi +++++, w płynie mózgowordzeniowym — — — +. Nonne — Appelt w płynie mózgowordzeniowym ujemny, pleocytozy nie stwierdza się.

Poziom cukru we krwi 0,08%.

Prątków Kocha w płwocinie nie znaleziono.

Badanie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało nieznaczne zacienienie obu szczytów, szczególnie prawego, który przytem słabo się wyjaśniał podczas kaszlu, oraz dość mocne zaznaczenie wnęk; serce w granicach normy. Zdjęcie rentgenowskie czaszki widocznych zmian w przysadce nie wykazało.

Badanie ginekologiczne odchyłań od normy nie wykazało. Podstawowa przemiana materji wzmożona o 22%.

Z wywiadów, stanu przedmiotowego chorej oraz przebiegu choroby można wyciągnąć następujące wnioski: mieliśmy do czynienia z chora, u której na tle współistnienia gruźlicy i kiły przy prawdopodobnej konstytucjonalnie zmniejszonej wartościowości układu wewnątrzwydzielniczego ujawniły się cechy niedomogi trzech gruczołów dokrewnych: tarczycy, jajników i przysadki. Prawie wszystkie spostrzegane u naszej chorej, zaczynając od wczesnego dzieciństwa aż do chwili obecnej, objawy dają się wytłomaczyć przy ujęciu sprawy z tego punktu widzenia. A więc bardzo późne ukazanie się perjdów zależało, oczywiście, od hipohormonozy jajnikowej, niedokrewność wieku dziecięcego, oporna na wszelkie leczenie, a która zginęła równocześnie z ukazaniem się perjdów, powstała również z pewnością na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczej czynności jajników. Za dalsze objawy tej hipohormonozy można uważać bóle rzekomo — gościcowe bez żadnych uchwytnych zmian w stawach, nieprawidłowe rozmieszczenie uwłosienia (obfity zarost na nogach) i obojętność płciową. Sądząc podług perjdów (przerwy oraz okresy prawidłowe), stopień niedomogi jajników ulegał u naszej chorej znacznym wahaniom. Gorzej natomiast było z tarczycą, której czynność była upośledzona w stopniu znacznie trwalszym. Uporczywość obręzków o cechach zbliżonych do śluzakowatych, utrzymujące się stale zmiany odżywcze włosów i paznokci, a głównie niemożność wymacania tarczycy przemawiają za znaczniejszą hipotyreozą. Za objawy, wreszcie, zajęcia przysadki uważać można zaburzenia krążenia obwodowego w postaci skłonności do sinicy, postępujące charłactwo chorej, które często jest jedynym objawem zajęcia przysadki, oraz wzmożona,

pomimo niedomogi tarczycy, podstawowa przemiana materji. Liczny szereg objawów naszej chorej trudnych z pozoru do powiązania w jedną całość i częściowo nawet sprzecznych staje się zupełnie zrozumiałymi w razie ujęcia cierpienia z punktu widzenia niedomogi wielogruczołowej.

Opierając się na tych przesłankach, zastosowaliśmy kurację przeciwkiłową oraz organoterapię z tych trzech gruczołów dokrewnych, które były w stanie niedomogi. Chora otrzymywała wcierki rtęciowe oraz dożylnie wstrzykiwania salwarsanu i jodu, z organopreparatów zaś wstrzykiwaliśmy podskórnie wyciągi wielogruczołowe firmy Richter lub podawaliśmy do wewnątrz preparaty wielogruczołowe firmy Chaoy. Leczenie to, choć bardzo powoli, wpłynęło dodatnio na stan chorej: obrzęki zmniejszyły się w sposób widoczny, siły wzmożły się, samopoczucie poprawiło się znacznie, bóle stawowe ustały prawie zupełnie, sinica kończyn znikła. Stałe w wielokrotnych badaniach dodatni odczyn Wassermann'a stał się ujemny (— — —). Po rocznym prawie pobycie w szpitalu chora wypisała się w znośnym stanie ogólnym, uważając się za zdolną do swej pracy zawodowej.

Podczas swego 6 io miesięcznego pobytu poza szpitalem chora przyjmowała zalecone jej organopreparaty bardzo nieregularnie. Czuła się początkowo stosunkowo nieźle, wkrótce jednak wszystkie dawne jej dolegliwości ujawniły się znowu, i chora wróciła na nasz oddział w stanie, bardzo zbliżonym do tego, w którym poznaliśmy ją za pierwszym razem.

W szpitalu, niestety, nie mogliśmy nadal stosować nieprzerwanie potrzebnych jej organopreparatów w takiej ilości, jakbyśmy to uważali za wskazane, jest to bowiem leczenie bardzo kosztowne już choćby ze względu na swą długotrwałość i konieczność stosowania preparatów dobrych, których cena okazuje się na nasze warunki szpitalne i dla ubogiej chorej zbyt wysoka. Nasuwa się tu analogia do trudności insulinowego leczenia szpitalnego lub w praktyce niezamównej ciężkich postaci cukrzycy.

W związku z zasadniczą sprawą chorobową oraz niemożnością ciągłego stosowania podczas długich miesięcy pobytu chorej w szpitalu potrzebnego leczenia, stan jej powoli, lecz bezustannie się pogarsza, i wszystkie opisane objawy raczej wzmagają się w swem natężeniu. Osłabienie, apatia i wychudzenie nie dają się wytłomaczyć swoistymi zmianami płucnymi, te bowiem mają, jak dotychczas, przebieg bardzo łagodny. Zły ogólny stan chorej i postępujące charłactwo wobec braku innych dostatecznych przyczyn zależą, według naszego zdania, wyłącznie od niedomogi gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza niedomogi przysadki.

Wewnątrzwydzielnicza niedomoga wielogruczołowa jest tematem dotychczas w naszym piśmiennictwie bardzo mało poruszonym. Mała liczba opisów omawianego zespołu zależy, prawdopodobnie, nie od tego, że przypadki takie należą u nas do wielkiej rzadkości, lecz tłumaczy się, według naszego zdania, tem, że nie jesteśmy odpowiednio nastawieni na ich rozpoznawanie i wobec dość trudnego do ścisłego sprecyzowania, bardzo różnorodnego zespołu objawów rozpoznaje się je przeważnie niewłaściwie. Tymczasem dokładne i subtelne badanie kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem

cech konstytucjonalnych pozwala w większości przypadków na postawienie właściwego rozpoznania, co nie jest bez znaczenia nie tylko dla rokowania, lecz i dla zastosowania odpowiedniego leczenia.

Nasz przypadek wydaje się nam klasycznym i stosunkowo rzadkim w swej czystości przykładem niedomogi wielogruczowej. Wszystkie szczegóły kliniczne historii naszej chorej zgadzają się w zupełności z opisywanym przez różnych autorów obrazem niedomogi wielogruczowej. W większości

opisywanych przypadków objawy zespołu wielogruczowego przeważnie zacierają swoje objawy niedomogi poszczególnych gruczolów, i obraz kliniczny staje się przez to niewyraźny, dając pole do różnych możliwych mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń na temat istoty sprawy. Nasz przypadek zasługuje natomiast na uwagę ze względu na swą książkową poprostu i rzadko spotykaną wyrazistość.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Termoregulacja.

Podał

N. ZANDOWA (Warszawa).

(Dokończenie—p. N. 16 i 17).

Zaburzenia termoregulacji.

Szereg czynników wpływa na zaburzenie termoregulacji. Funkcja ta może ulec zmianom zarówno na obwodzie, jak i w obrębie ośrodków nerwowych wyższych.

Przytaczając poniżej zaburzenia termoregulacyjne w szeregu cierpień, postaram się w miarę możliwości wykazać, która część aparatu regulacyjnego uległa uszkodzeniu (obwodowa czy ośrodkowa).

Przedewszystkiem zajmiemy się sprawami uciskowymi lub zapalnymi w obrębie śródmózgowia. Nie ulega wątpliwości, że zachorzenia tej okolicy mózgu powodują zaburzenia termoregulacji. Dosyć wspomnieć o nagłych podskokach ciepłoty ciała w ostrem wodogłowie komory III, w nowotworach tej okolicy oraz w nagminnym zapaleniu mózgu. Stettner przytacza ciekawy przypadek (cytow. przez E. Hermana), dotyczący oseska, dotkniętego wodogłowie, u którego ciepłota trzymała się stale poziomu 28°. Po wypuszczeniu pewnej ilości płynu mózgowordzeniowego ciepłota ciała powracała do właściwej normy—do 36°, co należy odnieść do chwilowego zwolnienia ośrodka termoregulacyjnego.

Krwawienia do komór mózgowych mogą również wywołać podniesienie się ciepłoty.

Jeden z najciekawszych mechanizmów termoregulacyjnych widzimy w stanach gorączkowych infekcyjnych. Świetny jego opis dał Mc Callum (1918). Autor ten powtarza za Liebermeisterem, że gorączka, jako proces biologicznie niezbędny, jest nastawieniem całego mechanizmu termoregulacyjnego na wyższy poziom, niż 37°.

Na czym polega wartość biologiczna gorączki — nie jest ustalone z całą pewnością. Szereg badaczy (Kast, Krehl, Rolly i Meltzer i in.) jest tego zdania, że gorączka, powodując żywszą przemianę materji, wywołuje intensywniejszą

produkcję przeciwciał. Doświadczenia laboratoryjne (Walther, Filehne, Rovighi) potwierdzają to wykazując, iż zwierzęta przegrzewane lepiej znoszą zakażenia, niż normalne. Podobnie dodatnio wpływać ma na przebieg zakażeń hipertermja, mechanicznie wywołana przez nakłucie ośrodka (Loewy i Richter).

Dla osiągnięcia poziomu gorączkowego bywają uruchomione wszystkie mechanizmy, przyczem działają one inaczej na samym początku choroby w momencie ustalania się gorączki, inaczej zaś w okresie hipertermji rozwiniętej.

Pierwszy okres wybuchu cierpienia cechuje dreszcz. Teoretycznie należy go rozpatrywać jako odczuwanie przejmującego zimna, wynikające z rozbieżności pomiędzy poziomem termostatu oraz istotną ciepłotą ciała. Aby zwiększyć tę ostatnią, występuje drżenie, które, jak każda praca mięśni, wytwarza sporo ciepła. Dalej widzimy, iż w tym okresie skóra jest biała lub sina co świadczy o uruchomieniu aparatu oszczędnościowego, zwężającego naczynia krwionośne skóry. Obok tego zamykają się gruczoły potowe, skąd wynika dalsza oszczędność ciepła wewnętrznego. Wreszcie włosy na całej skórze zjeżają się, co świadczy o napinaniu się mięśni cebulek włosowych, i podobnie, jak drżenie, dorzuca pracę mięśni gładkich do ogólnej sumy ciepła. „Organizm zachowuje się tak, jak gdyby był zmuszony do oszczędności ciepła” (Meyer i Gottlieb).

Ośrodek termoregulacji chemicznej pracuje również intensywniej, dając wzmożone spalanie węglowodanów i tłuszczów, jednakże wbrew oczekiwaniom ze źródła chemicznej termoregulacji nadmiar ciepła nie jest tak wielki, jak zysk, płynący z urządzeń fizykalnych. Do rzędu ich należy zaliczyć owo instyktowne otulanie się jak najgrubszą warstwą odzienia, aby nie tracić ciepła.

W drugim okresie choroby, kiedy gorączka już się ustaliła, procesy chemiczne występują na plan pierwszy. Dając nadmiar ciepła, czynią one zbędnymi mechanizmy fizykalne. Wtedy naczynia skóry mogą się nawet rozszerzyć, gruczoły potowe mogą stać się czynne, a jednak organizm będzie produkować więcej ciepła, niż go straci.

Jeśli zapytać, co wywołuje owo nastawienie termostatu na wyższy poziom, to możemy odpowiedzieć jedynie hipotezami. Jedną z nich jest, iż jady bakteryjne działają drażniaco na ośrodek termoregulacyjny w mózgowiu i wywołują hipertermję. Jednak bardziej przekonującą jest hipoteza, upatrująca punkt wyjścia w obwodowych zaburzeniach aparatu naczynioruchowego. Jakaś drobna niedyspozycja, nie doprowadzająca do gorączki (nieżyt nosa, gardła lub t. p.) daje cały szereg objawów, wskazujących na zaburzenia termoregulacji i na dążenie organizmu do pochwycenia właściwych i niezbędnych odczynów cieplnych. Być może, iż minimalne już ilości jadów drażnią naczynia włosowate i uszkadzają ich zdolność przystosowywania się do zmian atmosfery. Zaburzenie to może pociągnąć za sobą rozwój hipertermji, jako dalszy rozwój wypadków w obrębie łańcucha termoregulacyjnego.

O tem, że naczynia włosowate są niezmiernie wrażliwe ma wszelkie wpływy, świadczy np. fakt, zaobserwowany przez Krogha, że samo przerwanie dopływu krwi do kończyny wywołuje ich rozszerzenie. Tłumaczenie zjawiska jest następujące: we krwi zawarty jest pewien hormon X, niezbędny dla należytej kurczliwości komórek Rougeta w ścianach naczyń włosowatych. O ile krew nie odnawia się, i hormon X zostaje całkowicie zużyty, komórki Rougeta rozluźniają napięcie, i następuje rozszerzenie kapilarów, co pociąga za sobą automatycznie większy napływ krwi do naczynia i kompensację zużytego hormonu X.

Heubner dowiódł, że sole metali ciężkich są jadami, porażającymi wybiórczo naczynia włosowate.

Dale i Richards (1918) wykazali, że histamina jest również jadem dla naczyń włosowatych: wpływ jej wyraża się porażeniem ścian naczyń i ich rozszerzeniem. Działanie histaminy może być ściśle miejscowe. Porażenie naczyń włosowatych może być tak głębokie, iż cała krew jest w nich zatrzymana, przerywa się dopływ jej do serca i, serce zmniejsza lub nawet przerywa swą działalność. (Dale i Laidlow). Powrót do normy może nastąpić dzięki zastrzyknięciu roztworu fizjologicznego soli do żył.

Tak wielka wrażliwość układu włosowatego tłumaczyłaby zaburzenia termoregulacji obwodowej w lekkich już zaburzeniach zdrowia: niewielka ilość toksyn, rozpuszczonych we krwi, musi wpłynąć ujemnie na grę naczyń włosowatych i opóźniać ich przystosowalność do zmian temperatury otaczającej: zetknięcie ze środowiskiem chłodnym powoduje nadmierne uczucie zimna, być może, naskutek nazbyt intensywnego zężenia się naczyń skóry.

Co się tyczy wpływu, jaki mają gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym na termoregulację, to cały szereg faktów świadczy o wyraźnym związku pomiędzy należytyim napływem hormonów do krwi, a ciepłotą ciała.

Niedomoga tarczycy wywołuje w pierwszej linii obniżenie ciepłoty ciała, co zależy najprawdopodobniej od zwolnienia procesów przemiany materji, t. j. od upośledzenia ośrodka chemicznej termoregulacji. Bładość lub sinica skóry w hipotyreo-

idyzmie stanowi dalszy skutek obniżenia temperatury wewnętrznej.

Podawanie wyciągu z gruczołu tarczycowego podnosi ciepłotę ciała i reguluje ukrwienie skóry. Podczas snu zimowego zwierząt gruczoł tarczycowy ma zanikać (Adler), regeneruje się on na wiosnę. Po zastrzyknięciu wyciągu z tarczycy zwierzęta budzą się ze snu, i jednocześnie podnosi się temperatura wewnętrzna.

Nadmiar hormonów gruczołu tarczycowego wywołuje podrażnienie układu współczulnego, jak to widzimy w chorobie Basedowa. Istnieje tu nadprodukcja ciepła ze stałym subiektywnym odczuwaniem ciepła oraz podgorączkową temperaturą ciała.

Wpływ nadnerczy na termoregulację jest podobny do działania tyreoidyny. Adrenalina, podobnie jak ta ostatnia, podnosi ciepłotę ciała (Aschner, Faltz, Newburgh i Nobel). Uznaniem jest powszechnie, iż adrenalina pobudza układ współczulny, daje zatem efekt termoregulacyjny identyczny z tym, jaki wywołuje podrażnienie tego nerwu. Zapewne działa tu zarówno nadprodukcja ciepła przez podrażnienie odpowiednich ośrodków cieplikowych, uruchomienie spalania węglowodanów, jak i aparat obwodowy przez zmniejszenie promieniowania ciepła naskutek zężenia naczyń krwionośnych skóry.

Wpływ hormonów przysadki mózgowej na termoregulację i na naczynia włosowate skóry jest wyraźny. Już w 24 godziny po odjęciu całej przysadki (u żaby) zjawia się wyraźne rozszerzenie naczyń włosowatych skóry. Po 7 — 14 dniach kurczliwość kapilarów powraca do normy, jednakże stałych cechuje raczej duża chwiejność (Rehberg). Wyciągi z przysadki mózgowej, wprowadzane do tętnicy, wywołują skurcz tętnic i naczyń włosowatych. Hashimoto wykrył, iż wycięcie przysadki powoduje obniżenie ciepłoty ciała, która podnosi się po zastosowaniu wyciągu z tego narządu.

Hormony z narządów płciowych również wpływają na termoregulację.

Obserwacja kliniczna wykazuje, że po okresie pokwitania skóra staje się biała, że zatem jest to stały stan oszczędzania ciepła, którego produkcja prawdopodobnie ulega zmniejszeniu.

O wyraźnym wpływie środków przeciwo-gorączkowych na ośrodek termoregulacyjny świadczy doświadczenie, polegające na wywołaniu hipertermji przez nakłucie ośrodka międzymózgowego i podawanie następnie środków przeciwo-gorączkowych.

Po dokonaniu nakłucia krzywa trzyma się na bardzo wysokim poziomie (41° — 42°). Wystarczy jednak podać odpowiednią dawkę antypiryny, a następuje spadek ciepłoty (po 1 — 2 godz.) do normy. Po 2 godzinach zaczyna się znów wzniesienie krzywej, która po jakich 6 — 8 godz. osiąga poziom poprzedni.

Środki przeciwo-gorączkowe są jednocześnie środkami kojącymi, obniżającymi pobudliwość całego układu nerwowego. Stąd zjawia się przypuszczenie (Meyer i Gottlieb), że wpływ ich na termoregulację jest tylko jednym z przejawów poszczególnych działania ogólnego, zależnym od zmniejszenia pobudliwości ośrodków termicznych w mózgu.

Na ośrodki termiczne zdrowe *antipyretica* działają znacznie słabiej: obniżyć normalną ciepłotę ciała są w stanie jedynie bardzo duże dawki leków.

Różnicę oddziaływania ośrodków zdrowych i chorych Meyer i Gottlieb składają na karb większej wyczerpalności tych ostatnich. Stan ten ułatwia wpływ środków farmaceutycznych.

Ośrodki termoregulacyjne, będąc w stanie zmniejszonej pobudliwości pod wpływem środków przeciwgorączkowych oddziałują jednak na zmiany atmosferyczne, jakkolwiek nie tak szybko, jak normalnie.

Obok wpływu na ośrodki termoregulacyjne *antipyretica* działają również na obwód: np. grupa antypirynowa rozszerza naczynia skóry, powodując większą utratę ciepła (Geigel, Maragliano).

Grupa chininowa działa nieco odmiennie: przede wszystkim zmniejsza ona produkcję ciepła, t. j. utlenianie we wszystkich tkankach (Binz). Działanie jej zatem uwydatnia się niezależnie od ośrodków termoregulacyjnych i utrzymuje się nawet po przecięciu rdzenia szyjnego (Krehl i Matthews). Obok tego chinina wywiera również wpływ na ośrodki termoregulacyjne, zmniejszając ich pobudliwość, podobnie jak antypiryna, jakkolwiek w słabszym, niż ta ostatnia, stopniu.

Grupa salicylowa zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy antypiryną i chininą: podobnie jak ostatnia słabo wpływa na ośrodki termoregulacyjne, a co

zatem idzie, i na hipertermję, wywołaną przez podrażnienie mechaniczne tego ośrodka (Stichhyperthermie). Obniżenie ciepłoty ciała następuje tu dzięki mechanizmowi podobnemu do tego, jaki działa przy antypirynie: zwiększa się oddawanie ciepła (przez promieniowanie, pocenie) mimo, iż jednocześnie zwiększa się spalanie tkanek (Kumagawa, Virchow, Salome i in.).

Z innych środków wszystkie znieczulające wraz z alkoholem obniżają ciepłotę ciała przez porażenie ośrodków termoregulacyjnych.

Znamienne jest, że kamfora wpływa w podobny sposób na ciepłotę, mimo, że ogólne jej działanie jest pobudzające.

W miarę tego, jak przeświadczenie o roli biologicznej gorączki przenika do świadomości terapeutów, ustaje nadużywanie środków, obniżających ciepłotę ciała.

* * *

Mimo licznych badań dotychczasowych nad termoregulacją zagadnienie to posiada jeszcze wiele punktów niejasnych hipotetycznych.

Rozwój kapilaroskopji wprowadzi z pewnością więcej światła do tej dziedziny, skóra bowiem stanowi niewątpliwie negatyw tego, co istnieje pod względem termoregulacji wewnątrz organizmu, i badanie gry jej naczyń pozwoli odcyfrować, co się dzieje w narządach centralnych.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Anatomja normalna i patologiczna.

∞ Prof. Dr. Edgar von GIERKE. *Taschenbuch der pathologischen Anatomie*. Cz. I ogólna. (Wydaw. Georg Thieme w Lipsku. R. 1929. Wyd. X. str. 4 i 143).

Do wydania tego dziełka skłoniły autora głównie względy pedagogiczne: 1. Wypuklenie rzeczy najistotniejszych w rozległej dziedzinie anatomji patologicznej — wytknięcie niejako drogowskazów dla początkującego 2. Stworzenie kompensum — notatnika (szerokie marginesy na prawej połowie każdej strony), przez co zwięzły zakres wiadomości, zawartych w książeczce, może być uzupełniany przez studującego czy to na wykładach, czy to przy czytaniu dzieł większych. Sądząc z liczby wydań, autor osiągnął zamierzony cel na terenie uniwersytetów niemieckich.

Materiał jest ujęty w 8 rozdziałów i obejmuje: 1. etjologję ogólną, 2. patogenezę ogólną, 3. zaburzenia w krążeniu 4. zmiany wsteczne, 5. zapalenia, 6. zmiany postępujące, 7. nowotwory, 8. zaburzenia rozwojowe.

Książkę cechują zwięzły styl, dobry i wyraźny druk i dość liczne (68) ryciny; niestety są one jednobarwne, co w wielu przypadkach utrudnia uchwycenie i zapamiętanie zmian istotnych. Lepsze, być może, byłyby ryciny półschematyczne. Również pożądanym byłoby wprowadzenie skrótu rzeczowego; ułatwiłoby to odszukiwanie początkującemu nieznanym terminów, z którymi może się spotkać w czasie wykładów.

Książeczkę tę można polecić studentom, przystępującym do słuchania wykładów anatomji patologicznej, pomnąc jednak, że daje ona tylko wytyczne, i że nigdy nie zastąpi podręcznika.

W. Czarnocki.

R. ARGAUD i J. DUENNING. *Nadmierne tworzenie się włókien sprężystych w nowotworach nabłonkowych*. (Annales d'anat. pathol. T. VI N. 1 1929).

Niejednokrotnie znajdowano w nowotworach nabłonkowych bardzo liczne włókna sprężyste i ziarnistości barwiące się orceiną; jednak zawsze uważano je za pochodne podścieliska łącznotkankowego.

Autorzy, badając mikroskopowo przypadek nawrotu raka dziąsła, leczonego promieniami Roentgena, znaleźli liczne włókna sprężyste, gromadzące się w ogniskach rakowych, i w podścielisku łącznotkankowym na pograniczu ognisk, podczas gdy w tkance łącznej bardzo odległej włókien sprężystych było bardzo mało. W zarodku komórek rakowych znajdowały się liczne ziarenka barwiące się orceiną (tak jak włókna sprężyste). Ziarenka te, często układające się różańcowato, można było spotkać i poza komórkami. Ziarenka wewnątrz komórek zlewały się ze sobą, wytwarzając włókna, tak, że można było odnaleźć komórki, przechodzące we włókna sprężyste.

Na podstawie tego przypadku A. i D. dochodzą do wniosku, że nabłonkowe komórki nowotworowe są zdolne do wytwarzania włókien sprężystych. Zdolność ta ujawnia się po działaniu pewnych bodźców, np. promieni Roentgena (jak w danym przypadku).

W. Odrzywołski.

M. MUHLMAN i J. SECHEL. *Hematoksylina jako odczynnik na żelazo*. (Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 1928 B. 269, H. 3).

Hematoksylina barwi bardzo dużo składników tkankowych, zawierających żelazo. Wiadomo, że bezbarwny roztwór obojętny hematoksyliny zabarwia się dopiero po utlenieniu, które do-

chodzi do skutku pod wpływem działania zasad, lub utleniających związków metalicznych. Należy przytem przypuścić, że znajdujące się w tkankach tego rodzaju związki żelaza służą jako zaprawa, pod której wpływem obojętna hematoksyлина uzyskuje właściwe zabarwienie. Zatem barwiłyby się hematoksyliną tylko składniki tkankowe, zawierające odpowiednie związki żelaza.

Autorzy przy pomocy zasad stracali utleniające związki żelaza ze skrzepów krwi, poczem skrzepy te barwili hematoksyliną obojętną. Oprócz normalnie bawiących się składników (ciałka krwi) w preparatach znajdowały się bezpostaciowe złoگی, barwiące się hematoksyliną, nieregularnie rozrzucone po całym preparacie. W preparatach kontrolnych, nie poddawanych działaniu zasad, złogów tych nie było. Pod działaniem środków redukujących (formalina) traciły one zdolność barwienia się hematoksyliną. Były to niewątpliwie stracone związki żelaza.

Autorzy przypuszczają, że również związki miedzi, znajdujące się w surowicy (Warburg) dają odczyn z hematoksyliną.

W. Odrzywolski.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

∞ M. PRONER i M. ROSTAFIŃSKI. Nowe leki. Zeszyt I-szy. Warszawa 1928.

Leki, które ukazały się na rynku farmaceutycznym w latach 1910 — 1925, skatalogował w swoim czasie docent dr. Weil. Autorzy, wymienieni w nagłówku, zamierzają kontynuować tę pracę periodycznie, i oto mamy przed sobą pierwszy zeszyt nowego wydawnictwa, obejmującego nowe leki za lata 1925 — 1926. Trudno, oczywiście, sprawdzić, czy czegoś nie pominęło w tym spisie. Właściwości i cechy fizyczne i chemiczne podawane są z należytą dokładnością. W jakim celu wszelako podano przy niektórych związkach chemicznych ich ciężar cząsteczkowy, trudno zrozumieć. Sami, zresztą, autorowie zaniechali tego po kilku pierwszych kartkach. Przy specyfikach farmaceutycznych, dozwolonych do obrotu w kraju, dodano literę O w nawiasie. Ale i tu autorowie są niekonsekwentni, bo brak tej litery przy wielu takich środkach leczniczych, które znajdują się w handlu (np. kardiazol, kombretina, efetonina, hormospermina i wiele innych).

Jothion sięga chyba lat dawniejszych. Drobnych tych usterek należałoby się na przyszłość ustrzec.

M. F.

∞ H. v. HOESSLIN i F. MUELLER. Theoretische und klinische Pharmakologie. Wydanie III-cie. Georg Thieme, Lipsk. 1929.

Nauka farmakologii przeżywa niewątpliwie okres przełomowy. W dużym stopniu przyczynia się do tego kierunek współczesnej medycyny, w niemieckim jednak przeładowanie rynku wciąż nowymi lekami i specyfikami. Stąd niemała trudność stworzenia nowego podręcznika farmakologii, zwłaszcza, gdy autor ma na celu napisanie podręcznika treściwego, któryby nie pominął żadnej istotnie ważnej sprawy w zakresie tej „stosowanej fizjologii”, jaką w rzeczy samej jest właściwie farmakologia. Wszystkie trudności, jakie się tu nasuwają, przewyżczyli z prawdziwym mistrzostwem autorowie wyżej wymienionego podręcznika teoretycznej i klinicznej farmakologii, który zresztą ukazuje się już w trzecim wydaniu. W pięknie wydanej książeczce na niewiele więcej niż dwustu stronicach dużego, co prawda, formatu, mamy wszystkie podstawy fizjologii normalnej, chemię środków lekarskich i ich działanie na organizm ludzki.

Niepominięto niczego z ważniejszych działów farmakologii i napisano rzecz będącą prawdziwym wyrazem współczesnych dojrzałych poglądów nauki. Sztuka skonstruowania materiału

na możliwie najmniejszej powierzchni papieru, sztuka wykładu pełnego, treściwego, a zaspakającego wymagań każdego studenta, jest tu doprowadzona do doskonałości. W tym zakresie jaki sobie autorowie założyli, nic dodać ani niczego ująć nie można. Nawet lekarz, pragnący zasięgnąć informacji dokładniejszych, znajduje w tem obfitem źródle wskazówki należyte, które rzadko kiedy wymagać będą dopełnienia z podręczników obszerniejszych. Z wielką umiejętnością potrafili autorowie ominąć śliskie szlaki, na których potykamy się coraz o nowe i najnowsze leki. Szeroka podstawa naukowa jest tu owym fundamentem, na którym mocno wspiera się cały gmach nauki o praktyce stosowania leków. Z niekłamana przyjemnością należy stwierdzić, że rzadko spotyka się podręcznik, któremu by tak nie zarzucić nie było można, jak omawiana Farmakologia Hoesslina i Müllera.

M. F.

SCHÖPF, WIELAND, BEHRENS, NONNENBRUCH, RLSCHOWY. Chemja, farmakologja i klinika acedikonu. (D. m. W. 1929 N. 8).

Acedicon (acetyl-demetyldihydrotebain) jest izomerem acetylowanej kodeiny, posiadającym inne ułożenie podwójnego wiązania. Od morfiny, kodeiny, tebainy różni się szeregiem odczynów barwnych.

W doświadczeniach na zwierzętach autorzy wykazali dodatnie skutki stosowania acedikonu, przyczem działanie preparatu jest pośrednie pomiędzy działaniem morfiny i kodeiny. *Acedikon* posiada działanie w pewnym stopniu porażające ośrodek oddechowy, analogicznie do morfiny, a w przeciwieństwie do pobudzającego działania kodeiny; nie zauważono również ujemnego wpływu na częstość i głębokość oddechów oraz na krążenie krwi zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak i w spostrzeganiu klinicznym.

W 250 przypadkach klinicznych okazał się *acedikon* b. dobrym środkiem uspakajającym — w stanach podrażnienia dróg oddechowych — znieczulającym, a przez to pośrednio i środkiem nasennym. Działanie swe wywiera *acedikon* w stosowaniu podskórnym w dawce 0.01 w 1 cm.³ w przeciągu 15 min.; podobna dawka *per os* daje wynik pożądaný nieco później — po 30 min.

Działania ubocznego naogół niezauważono. W 2 przypadkach wystąpiła lekka zapaść, która samoistnie przeszła. Dawka dzienna wynosiła 0.03 gr przy podskórnym stosowaniu i 0.05 gr. *per os*. *Acedikon* okazał się b. dobrym środkiem, uśmierzającym kaszel i nieposiadającym własności hamujących zdolności wyksztusnej. Jest chętniej brany, niż kodeina, a nie posiada ujemnych wpływów morfiny. Przyczyczenia do *acedikonu* dotychczas nie spostrzegano, co jednak, zdaniem autorów, musi być potwierdzone na większej liczbie spostrzeżeń.

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

E. KAUFMANN. O leczniczym stosowaniu roślinnych ciał śluzowych. (Therapie d. Gegenwart N. 12 z r. 1928.)

Głównym składnikiem roślinnych środków śluzowych *Bassory* i *Tragant*u jest *bassoryna*, ciało o budowie polysacharydu, i przedstawia się jako masa żółto-brunatna, przezroczysta i błyszcząca, o mdłym smaku i bez zapachu.

Jako ciało, silnie pęczniejące, była proponowana zamiast agaru w celach ułatwienia czynności oddawania stolca.

Pod nazwą „*Decorpa*” została *bassoryna* wprowadzona do lecznictwa jako środek, służący do zwalczania otyłości.

Środek ten, zażywany w ilości 1—2 łyżeczek (postać ziarenkowata) przed każdym posiłkiem, wpływa na ograniczenie jedzenia, a nawet zastępuje głodówkę dzięki swojej własności pęcznienia powodując uczucie sytości.

Przytem jednocześnie ułatwia wypróżnienia i odciąża wodę z ustroju.

Wyniki leczenia otyłości za pomocą decorpy były zmienne w zależności od etiologii cierpienia. W odtłuszczeniach na tle endokrynologicznym wyniki były, wedł. autora, nieszczególne, lepsze natomiast w otyłości pokarmowej, gdzie zmniejszenie ilości pokarmów odgrywa pewną rolę.

W każdym razie preparat decorpa w odróżnieniu od innych leków odtłuszczających okazał się zupełnie nieszkodliwy.

Jeśli chodzi o wpływ na wypróżnienia, to przypomina on działanie agaru i parafiny, które z czasem przestają być skuteczne wobec przyzwyczajenia się do nich.

Nadto decorpa jest stosunkowo droga i może być zastąpiona przez podobny do niej składem, a znacznie tańszy „normacol”.

B. Goldstein.

Balneologia i klimatologia.

∞ Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Rok 1928. Tom VII.

Tom ostatni jest wiernym, a niestety smutnym odbiciem balneologii polskiej. Zaledwie jedna praca oryginalna naukowa, na resztę zaś składają się obserwacje dosyć powierzchowne i kompilacje oraz rozprawy, dotyczące strony organizacyjnej, administracyjnej, nadto wykłady, dotyczące życzeń słusznych rozwoju tak dotychczas zaniedbanego działu terapii. Jedynym dla nas usprawiedliwieniem może być okoliczność, że balneoterapia, choć jedna z najstarszych „terapij”, zaledwie w ostatnich dziesiętnościach lat poczyniła swój byt istotnie naukowy, i że wszędzie w Europie dopiero lata ostatnie przynoszą plon, oparty na badaniach ściśle eksperymentalnych. Domagania się katedr specjalnych, instytutów badawczych już to w uniwersytetach, już też w miejscowościach leczniczych w Niemczech dopiero obecnie osiągają pożądane skutki. Profesor K o r c z y ń s k i, który u nas najenergiczniej w tym kierunku działalność rozwija, i pod którego wszystkimi memorjami do władz odnośnych podpisuje się niewątpliwie każdy lekarz, zasługuje na rzetelną i gorącą pochwałę za dotychczasowe swoje prace. Jemu też w znacznej mierze trzeba będzie przypisać zasługę udoskonalenia naszego zdrojownictwa w przyszłości — oby najbliższej.

Rozczytywanie się w tomie ostatnim Pamiętnika nasuwa mnóstwo pytań, wiele kwestyj, czekających rozstrzygnięcia. Do udziału w pracy nad rozwojem balneologii polskiej powołane być muszą rozliczne czynniki, o których w tej krótkiej wzmiance wspomnieć nawet nie jesteśmy w stanie. Na jeden tylko punkt zwróciliśmy tu uwagę. Przeglądając spis członków Towarzystwa Balneologicznego Polskiego, ma się wrażenie podobne, jak przy spoglądaniu obecnie na mapę przedwojenną: Polska skurczona jest tu wciąż jeszcze prawie wyłącznie do Małopolski.

M. F.

WILHELMINA SMIDT. Klimat morski a obraz białych ciałek krwi. (Jahrb. für Kinderh. 71 tom, 3/4 zeszyt).

Dawne spostrzeżenia pouczają, że gruźlica przebiega łagodniej u osobników z limfocytozą, niż u osobników z limfopenią. Nasuwa się zatem pytanie, czy korzystny wpływ, jaki wywiera na gruźlicę klimat morski i wysokogórski, uzależniony jest częściowo od wytworzenia limfocytozy. Klimat morski jest klimatem fotochemicznym; obfitość rozproszonych promieni pozafiołkowych odgrywa w nim dominującą rolę. Dotychczasowe badania wpływu klimatów: podzwrotnikowego, podbiegunowego i wysokogórskiego, naświetlania lampą kwarcową i słońcem, a więc wszystkich tych bodźców, w których w grę wchodzi działanie promieni pozafiołkowych, wykazały tendencję do wytworzenia limfocytozy. Poza limfocytozą stwierdzono również neutropenię i niekiedy monocytosę, naogół jednak zmiany te we krwi nie występowały regularnie. Autorka badała systematycznie krew u 24 dzieci gruźliczych w zakładzie w Scheveningen

nad morzem Północnym. W powyższych przypadkach stwierdziła neutropenię, cofanie się przesunięcia obrazu b. c. krwi w lewo, oraz monocytosę, natomiast nie ustaliła wpływu na liczbę limfocytów. W wielu przypadkach, przebiegających po myślnie, nie znalazła zwiększonej limfocytozy, odwrotnie, nie stwierdziła na powyższym materiale wybitniejszej limfopenii, opisywanej w przypadkach cięższych. Ze zwiększenia i zmniejszenia się liczby limfocytów nie udało się wyciągnąć żadnych wniosków prognostycznych. Większe znaczenie pod względem prognostycznym przypisuje autorka cofaniu się przesunięcia obrazu w lewo i monocytosie. Zwiększenie się liczby monocytów było najwybitniejszą zmianą, zachodzącą pod wpływem klimatu morskiego, znaczenie tego objawu nie znalazło jednak dotychczas wytłumaczenia.

M. Stopnicka.

Choroby kobiet i położnictwo.

BRONNIKOWA. Przebieg porodów po przebytych poronieniach sztucznych. (Ztrbl. f. Gyn Nr. 3 1929 r.)

Chcąc dokładnie stwierdzić, w jakim stopniu przebieg porodu jest zależny od przebytych poronień sztucznych, autorka trzymała się ściśle zasad poniższych:

1. do statystyki zaliczone zostały tylko pierwiastki,
2. chore ze zmianami chorobowymi ogólnymi (gruźlica, przymiot) lub ze schorzeniami ginekologicznymi zostały wyłączone,
3. nie wzięte zostały również w rachubę te rodzące, u których stwierdzono nieprawidłowe miednice (wąskie, zniekształcone i t. d.),
4. wyłączono pacjentki, które, jako robotnice, stykały się z różnymi truciznami, stosowanymi w przemyśle.

Wnioski zostały wysnute na zasadzie porównania przebiegu porodów u 653-ch pacjentek z przebytemi poronieniami sztucznymi z 717-ma pacjentkami, które nie przechodziły poronień tego rodzaju.

Pojęcie „przebieg porodu” obejmowało:

1. przeciętny czas trwania porodu prawidłowego (bez różnicy, czy krocze pękło, czy też nie, matka i dziecko zdrowe);
2. liczba i rodzaj powikłań podczas porodu i położu, zarówno jak i liczba i rodzaj zabiegów, których skutek zaznaczył się wyraźnie;
3. wpływ na wielkość płodu (waga) i na wagę łożyska, jako narządu, którego czynność należy uważać za miernik przemiany materii płodu.

Z przytoczonych 6-ciu tablic wynika, iż zarówno u młodych, jak i u starszych pacjentek poród po przebytych poronieniach sztucznych przedłużał się przeciętnie od 2-ch do 7-iu godzin w porównaniu z trwaniem porodu u kobiet, które rodziły w tych samych warunkach (ten sam wiek matki i ta sama waga płodu), lecz poronień nigdy nie przechodziły. Procentowo liczba porodów patologicznych wogóle była u pacjentek, które przebyły poronienia sztuczne, dwukrotnie większa, przyczem krwawienia z powodu bezwładu macicy stwierdzono 2 razy częściej, łożysko przyrośnięte zdarzyło się trzykrotnie częściej, i czterokrotnie częściej miano do czynienia z osłabieniem bólów porodowych. — Co się tyczy położu, to również dwukrotnie częściej zanotowano przebieg patologiczny — przeważnie zapalenie błony śluzowej macicy i zatrzymanie odchodów połogowych (*lochia metra*). Zabiegów skutecznych dokonano 3 razy więcej; 10-cio krotnie częściej nałożono kleszcze, tyleż razy częściej odklejało ręcznie łożysko i kontrolowano ręcznie jamę macicy; zabieg Credégo zastosowano trzy razy częściej.

Waga płodu po poronieniach przebytych jest zawsze mniejsza, i to tem mniejsza, im większa była liczba przebytych poronień. —

Wreszcie znamienne jest rzeczą zwiększona waga łożyska w porównaniu z łożyskami przy porodach, bez poprzedzających poronień; zauważono, że wzrost wagi zwiększa się nawet proporcjonalnie do liczby poronień.

S. Gordon.

SCHRODER. Zakres stosowania klinicznego hormonów gruczołów płciowych. (D. m. W. Nr. 1. 1929).

Główną trudność podawania preparatów jajnikowych stanowi brak ścisłych wskazań do klinicznego ich stosowania.

Autor podkreśla konieczność stosowania wyciągów jajnikowych jedynie w pierwotnych niedomogach gruczołów, do których zalicza zaburzenia czynności rozrodczej, obok zaburzeń wyłącznie roślinnych. Wdzięcznym polem do podawania hormonów jajnikowych są zaburzenia miesiączkowania, przejawiające się w zbyt częstym występowaniu, jak i braku perjodów. Zadaniem hormonów jest regulowanie czynności komórki jajowej, wpływ na czynność roślinną narządów płciowych, co przejawia się w utrzymaniu odpowiedniego napięcia mięśni gładkich całego narządu.

S. Luxenburg.

EWALD. Przyczynki do kliniki cierpień nerkowych (nephropathia). (D. m. W. 1929 Nr. 8).

Po szeregu rozważań teoretycznych i dokładnej analizie 550 przypadków klinicznych cierpień nerkowych podczas ciąży, autor podnosi, iż odpowiednie leczenie jest w stanie utrzymać przy życiu ciężarną z objawami choroby nerkowej, chociażby niejednokrotnie nie udało się zapobiec wystąpieniu rzucawki.

Podkreślając kolejność występowania objawów chorobowych od obrzęku po przez objawy nerkowe, stan przedrzucawkowy, aż do wystąpienia objawów rozwiniętej rzucawki, zaznacza autor korzyść praktyczną powyższej kolejności w leczeniu. Zapobieganie obrzękom oddala niebezpieczeństwo wystąpienia rzucawki ciężarnych.

W tym celu należy przeprowadzać cały szereg badań laboratoryjnych, a zwłaszcza pilnie kontrolować mocz i wagę ciała i w razie objawów niepokojących zastosować odpowiednie leczenie aż do przerwania ciąży włącznie. Życie dziecka, w przebiegu podobnej ciąży, jest jednak zawsze w niebezpieczeństwie.

St. Luxenburg.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

∞ Prof. Dr. E. KROMAYER. *Die Behandlung der kosmetischen Hautleiden unter besonderer Berücksichtigung der physikalischen Heilmethoden und der narbenlosen Operationsweisen.* (Wydanie drugie, 1929. Nakł. G. Thieme, Lipsk.—cena 5.50 mk. niem).

Mała książeczka, zawierająca 124 stronicę druku, obejmuje własne spostrzeżenia, badania i doświadczenia autora, znanego dermatologa, zajmującego się specjalnie kosmetyką lekarską. Tak sama treść, jak i podane na końcu piśmiennictwo, w którym autor uwzględnił jedynie prace własne, nadaje dziełku charakter wybitnie indywidualny.

Treść książki rozpada się na pojedyncze rozdziały, w których autor omawia rozmaitego rodzaju wrodzone i nabyte schorzenia skóry, wchodzące w zakres kosmetyki lekarskiej, i podaje ostatnie zdobycze na polu ich lecznictwa. Specjalnie zwraca uwagę na wyniki lecznicze przez stosowanie w kosmetyce lekarskiej leczenia fizycznego (Röntgen, rad) i sposobów operacyjnych, niepozostawiających blizn.

Z treści jasno wynika, że kosmetyka lekarska, jako ważny dział dermatologii, wymaga od zajmującego się nią gruntownej znajomości samej dermatologii, prawidłowej fizjologii i patologii ustroju, a nadto dokładnych wiadomości z innych działów wiedzy lekarskiej, jak chirurgia, ortopedia, radjoterapia i t. d., i dziwnym się wydaje, dlaczego kosmetyka spoczywa prawie wyłącznie w rękach szarlatanów, wyzyskujących za pomocą szumnej reklamy łatwowierność i próżność ludzką.

Książeczka przyda się każdemu lekarzowi dermatologowi, a specjalnie zajmującemu się kosmetyką.

Adam Straszyński

BUSCHKE i CURT. Cierpienia skóry ciężarnych jako wskazanie do przerwania ciąży. (M. M. W. 9/1929).

Przerywanie ciąży bywa stosowane w następujących cierpieniach:

1. W liszajcu opryszczkowatym — chorobie przebiegającej z ciężkimi objawami posocznicznymi, występującej w dolnej połowie ciała i sąsiednich okolicach kończyn dolnych.

Podług większości autorów cierpienie to jest uwarunkowane przez zaburzenia wewnętrznydzielnicze gruczołów przytarczowych, ponieważ towarzyszą mu niekiedy ogólne drgawki.

2. W pęcherzycy ciężarnych.

3. W opryszczkowatym zapaleniu skóry Dühringa względnie w opryszczkach ciężarnych, które są opryszczkowatym zapaleniem skóry w związku ze zmianami, wywołanymi w ustroju przez ciążę — względnie karmienie.

Obecnie większość położników i skórników uważa przerwanie ciąży w liszajcu opryszczkowatym za uprawnione. Jest jeszcze wątpliwe, czy przerwać ciążę natychmiast, czy też czekać 7 miesięcy, żeby wywołując wczesny poród, umożliwić życie płodu.

Przerwanie ciąży w liszajcu opryszczkowatym nie zawsze zdoła uratować życie chorej, w opryszczkach ciężarnych ocale nie kobiety za pomocą przerwania ciąży zwykle udaje się.

W przebiegu pęcherzycy, spowodowanej przez ciążę, oraz w pęcherzycy, która istniała przed ciążą i pogorszyła się podczas ciąży, wskazane jest wywołanie poronienia w razie znacznego pogorszenia się stanu ogólnego ciężarnej.

Berland.

A. BABES. O gruczolakach gruczołów potowych. (Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 1928. B. 269)

Przypadek gruczolaka gruczołów potowych u 12-letniej dziewczynki. Na skórze tylnej części głowy miała ona guzek wielkości ziarna soczewicy; od 7-u lat guzek wzrastał, wreszcie osiągnął wielkość małego orzecha.

Badanie mikroskopowe usuniętego guza wykazało, że brodawkowe wyrosłe, które stanowiły część powierzchni guza, były pokryte nabłonkiem dwuwarstwowym; reszta powierzchni — nabłonkiem wielowarstwowym; nabłonek ten w postaci pasm drążył w głąb, przechodząc w wielu miejscach w cewki, pokryte nabłonkiem dwuwarstwowym.

Guzy składały się z obfitego podścieliska, wśród którego znajdowały się: 1) liczne cewki o bardzo rozmaitej wielkości i kształcie, wysłane najczęściej nabłonkiem dwuwarstwowym, rzadziej wielowarstwowym, 2) twory, przypominające gruczoły łojowe, 3) zarodkowe zawiązki włosów.

Przypadek autora jest niewątpliwym gruczolakiem gruczołów potowych (wbrew poglądom niektórych badaczy, zaprzeczających istnieniu takich tworów), który pochodzi nie z dojrzałych gruczołów potowych, ale z zarodkowych ich zawiązków.

W. Odrzywołski.



Wskazówki praktyczne.

— J. Jochims sądzi, że, pomimo wprowadzenia do *lecnictwa krzywicy* naświetlanej ergosteryny, odczuwać się daje brak przyjemnego w smaku a zarazem pewnego w działaniu *przetworu tranowego*. Za taki J. uważa *Malto-sello*, który jest chętnie brany i dobrze znoszony przez dzieci oraz odznacza się wybitnem i niezawodnem działaniem przeciwkrzywiczem.

(Münch. m. Woch. 1928. Str. 1832).

— Przeciwno *otyłości* Martinet i Lutier stosują następujące leczenie: Zrana w szklance ciepłej wody Vichy I — 2 łyżeczek od kawy mieszanki: *Rp. Natr. sulf. sicc., Natr. citr. sicc., Natr. bicorb. sicc. aa 50,0*; następnie w ciągu dni 10 co miesiąc *Rp. Theobrom. 0,5*, ewent. w kombinacji z *Digitalin. crist. 0,0005*. Oprócz tego częste używanie wody Vichy lub Karlsbadzkiej, a po osiągnięciu dobrej diurezy i defekacji w ciągu dni 10: *Rp. Tel. jod. Kal jodat. Glycerin neutr. aa 10,0. S. 10—20* kropeł w mleku podczas śniadania. Po ukończeniu tej kuracji leczenie wyciągami z tarczycy.

(Presse med. 1928 Nr. 55).

— Nolan leczy średniociężkie przypadki *gruźlicy płucnej* *inhalacjami soli wapniowych i proszku węglowego*, wychodząc z tej zasady, że cząsteczki węgla pobudzają tkanki do bujania, a obok tego zatykając naczynia chłonne w chorych terytorjach zapobiegają wchłanianiu substancji toksycznych. Bezpośredni dowód

wapnia sprzyja wapnieniu. Nolan leczył w ten sposób 114 chorych z wynikiem pomyślnym.

(Brit. m. J. 1928. 3534).

— Baer, Herrmannsdorfer i Kausch odzywają się dodatnio o *djecie bezsolnej w leczeniu gruźlicy płuc*. Na szczególną uwagę zasługuje fakt przechodzenia spraw wysiękowych we włókniasto-wytwórcze. Często djeta bezsolna jest czynnikiem, sprzyjającym przygotowaniu gruntu do zabiegu chirurgicznego. W każdym razie omawiane leczenie djetetyczne powinno być tytułem próby zastosowane tam, gdzie inne metody leczenia zawiodły.

(Münch. m. Woch. 1929 N.N. 1 i 2)

— J. Duzár poleca w leczeniu *gruźlicy płucnej osesków dootrzewnowe przetaczanie krwi cytrowanej* obok zwykłego leczenia fizykalno-djetetycznego i higienicznego. Za pomocą tej metody udało mu się osiągnąć zupełne wyleczenie sprawy płucnej u 4-ch osesków, z których dwoje było bliskich śmierci. D. sądzi, że dootrzewnowe przetaczanie krwi nie tylko ratuje od śmierci, ale często prowadzi do wyleczenia daleko posuniętych spraw gruźliczych w płucach.

(Budapeszt. Tow. lek. 19.I.1929).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z d. 28 lutego 1929 r.

Dnia 28 lutego 1929 r. odbyło się doroczne walne zebranie członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Przewodniczył zebraniu Dr. M. Gantz, asesorem był Dr. J. Wajsbłat, sekretarzem Dr. Z. Feilchenfeldowa.

Odczytano i przyjęto sprawozdanie roczne zarządu z działalności Towarzystwa. W roku sprawozdawczym Towarzystwo liczyło 244 członków, w tem członków honorowych 7, zwyczajnych 226, zamiejscowych 11.

Stypendjum Towarzystwa w sumie 1000 zł. przyznano w r. 1928/29 p. Marjanowi Ostrochowi, studentowi IV roku Wydziału lekarskiego Uniw. Warszawskiego, wykonywającemu pracę naukową z zakresu cytologii pod kierunkiem prof. M. Konopackiego.

Do Departamentu Zdrowia Publicznego Min. Sp. Wewn. zarząd przesłał memoriał w sprawie zwalczania chorób wenerycznych i drugi w sprawie zwalczania jaglicy w Kraju. Memoriały te były wydrukowane w Warsz. Czasop. Lekarskiem.

Na posiedzeniach seminaryjnych Towarzystwa wygłoszono następujące referaty:

1) Prof. W. Szenajch i Dr. B. Krukowski: „Opieka nad dzieckiem”.

2) Dr. S. Tubiasz: „Rola rządu, samorządu i czynników społecznych w administracji sanitarnej”.

3) Prof. Z. Szymanowski: „Higiena wsi”.

4) Dr. F. Sachs: „O ubezpieczeniach społecznych”.

Na posiedzeniach plenarnych wygłoszono następujące referaty:

1) Dr. S. Paradistal: „Wynik szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a we Francji”.

2) Prof. Z. Szymanowski: „Nowe ustawy weterynaryjne i stosunek ich do ochrony zdrowia publicznego”.

3) Dr. F. Sachs: „O kasach chorych”.

4) Dr. Babecki: „Opieka lekarska w szkołach”.

Na odczyt Patronatu Więziennego, który zajął się szerzeniem oświaty wśród więźniów drogą odczytów, zgłosili swój współudział: Dr. H. Trenkner i Dr. Z. Wasertregewówna.

Sprawa zdobycia własnego lokalu dla Towarzystwa nie posunęła się naprzód z powodu braku funduszy. Brak lokalu

stanowi dla Towarzystwa wielką przeszkodę w urzeczywistnieniu zamierzeń co do biblioteki, czytelnicy, zebrań klubowych i dalszego wszechstronnego rozwoju.

Prezesem Towarzystwa był Dr. K. Dłuski, wiceprezami: Dr. J. Adamski i Dr. Z. Srebrny, sekretarzem: Dr. W. Knappe, skarbnikiem: Dr. A. Szwarc, bibliotekarzem: Dr. H. Trenkner, członkami zarządu: Dr. Z. Garlicka, Dr. J. Maleciński, Dr. Z. Szymanowski.

W roku sprawozdawczym ustępowali z zarządu na zasadzie ustawy, według starszeństwa mandatów: Dr. Dłuski, Dr. Trenkner i Dr. Maleciński; na ich miejsce powołano przez aklamację: Dr. Dłuskiego i Trenknera (ponownie) oraz Dr. J. Budzińską-Tylicką.

Do Sądu Honorowego wybrano na miejsce ustępującego Dr. J. Borzymowskiego — Dra A. Korala.

Na wniosek zarządu przyznано jednogłośnie tytuł Członka Honorowego za zasługi, położone na polu społecznym i naukowym Dr. rowi Zygmuntowi Srebrnemu — naczelnemu redaktorowi Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego od chwili założenia pisma w r. 1924 i Dr. rowi Adolfowi Korolowi — wielokrotnie: u członkowi Zarządu, obchodzącemu 45 letni jubileusz swej pracy zawodowej.

Komisja rewizyjna w osobach: Prof. Konopackiego, Dr. A. Korala i Przemysława Rudzkiego dokonała kontroli przychodów i wydatków za rok 1928 i znalazła stan kasy w porządku.

Sekcja kliniczna odbyła w roku sprawozdawczym 18 posiedzeń: w tem pokazowych 8, a programowo odczytowych 10. Na posiedzeniach pokazowych przedstawiono w ciągu roku 5 przypadków z dziedziny chorób wewnętrznych, 5 z neurologii, 2 z otolaryngologii, 2 z chirurgii, 1 z laryngologii; prócz tego na każdym z tych wieczorów wygłoszony był jeden referat kliniczny, a mianowicie: 1) Dr. Karbowski: „Technika bronchografii”, 2) Dr. Landau, Jochweds i Pekelis: „O zastosowaniu klinicznem bronchografii”, 3) Dr. Z. Bychowski: „Zagadnienia współczesnej organoterapii”, 4) Dr. Kaszubski: „O leczeniu żyłaków kończyn dolnych”, 5) Dr. Przedborski: „O porodowych urazach wewnątrzczaszkowych u noworodków”, 6) Dr. Płóński: „O grzybiczy śledziony”, 7) Dr. Szymanowski: „O odporności miejscowej i uodparnianiu metodą Besredki”, 8) Dr. Luxenburg: „Próba poronnego leczenia duru brzuszno-szczepionkami Besredki”, 9) Dr. Zajdenbajtel: „Fizjologia i patologia nadnerczy ze szcze-

gólnem uwzględnieniem choroby Addisona". 10) Dr. Pinczewski: „O znaczeniu klinicznym ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego". 11) Dr. Świder: „O wczesnych postaciach gruźlicy płuc u dorosłych i stosunku ich do gruźlicy płuc dziecięcej".

Na wieczorach programowo-odczytowych wygłoszono następujące odczyty 1) Dr. Herman: „O odruchach warunkowych Pawłowa". 2) Dr. W. Czarnocki: „Patologia układu śródbłonkowo-siatkowanego". 3) Dr. Przesmycki: „Współczesne metody zapobiegania płonicy". 4) Dr. Brokman: „Współczesne metody zapobiegania płonicy". 5) Dr. Hirszfeld: „O grupach krwi w patologii". 6) Dr. Gantz: „O stanach podgorączkowych u dzieci i dorosłych". 7) Dr. Węgierek: „Acetonemja wzgl. acetonuria cukrzycowa i główne zasady jej leczenia". 8) Dr. Baumritter: „Wymioty okresowe z acetonemją". 9) Dr. Zawadowski: „O rozwoju radiodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach". 10) Dr. Huszcza: „Medycyna na usługach lotnictwa". 11) Prof. Szymański: „O zmienności bakterji". 12) Dr. Landsberg: „O artretyzmie".

Prezjdum sekcji stanowili: Dr. E. Flatau i prof. Z. Szymanowski — prezesi: Dr. L. Jelenkiewicz i Dr. M. Landsberg — sekretarze.

Na zebraniu Walnem wygłosiła referat Dr. Z. Rosenblumówna: „Opieka nad dzieckiem niedorozwiniętym". Po odczytaniu rozwinęła się dyskusja, w której zabierali głos: Bornsztajn, Knappe, Szymański, Trenkner.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Marfan i pani Dollfus-Odier omawiali na posiedzeniu kwietniowym paryskiej akademii lekarskiej *działanie na-*

świetlanego ergosterolu w krzywicy i tężycze. Wpływ zbawienno tego środka w omawianych cierpieniach nie ulega wątpliwości. Przejawia się on szczególnie rychło, bo już po upływie tygodnia w tężycze. Działanie zupełnie przypomina działanie promieni pozafioletkowych, stosowanie jednak ergosterolu jest prostsze i tańsze. Stosuje się go 3 — 5 miligr. dziennie przez 20 dni, poczem powtarzać należy kurację jeszcze dwukrotnie w odstępach 15-dniowych.

(Pr. méd. Nr. 30).

Na posiedzeniu lutowym tow. neuro-okulistycznego w Paryżu Worms demonstrował chorego, u którego stwierdzono w następstwie zającia zatok obocznych z zatkaniami nosa — *pocenie się połowy twarzy i zespół oczno-sympatyczny* po tej samej stronie, a więc wytrzeszcz, zwężenie źrenicy i zwężenie szpary ocznej.

(Pr. méd. Nr. 30).

W następstwie uciśnięcia klatki piersiowej spostrzegali Bollack, Bontemps i Bourgeois *wylewy krwiawe na twarzy i ciężkie uszkodzenie wzroku*. Wkrótce po upadku z silnem uciśnięciem klatki piersiowej bez urazu czy kontuzji czaszki pacjent zaniewidział, na twarzy zaś zjawiły się wylewy krwiawe. W dniu pokazu na jedno oko pacjent wciąż jeszcze nie widział, gdy siła wzroku w drugim oku już wynosiła $\frac{1}{4}$. Nie stwierdzono żadnych porażań mięśni ocznych ani uszkodzeń dna oka. Wynacznienia na twarzy powstały prawdopodobnie skutkiem powrotnej fali krwi w układzie górnej żyły puste, zaś zaniewidzenie bez uszkodzeń dna oka widocznie było skutkiem wylewu krwi do tkanki właściwej nerwu wzrokowego, co tłumaczy też wtórny zanik nerwu.

(Pr. méd. Nr. 30).

Z j a z d y.

Z czynności stałej delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich.

(Dokończenie).

C. Załatwienie wniosków poszczególnych sekcji XII Zjazdu

Różne Sekcje XII Zjazdu przedłożyły do wiadomości na drugim posiedzeniu XII Zjazdu kilkadziesiąt swych wniosków i rezolucji, które Zjazd uchwalił przekazać Delegacji Stałej do rozpatrzenia. W tej grupie było wiele rezolucji, nie dających podstawy do podjęcia żadnych dalszych kroków przez Delegację Stałą, bo ich ogłoszenie bądź w „Księdze pamiątkowej” Zjazdu, bądź w prasie codziennej zupełnie rzecz załatwiało. Część zaś wniosków sekcyjnych, podanych pośpiesznie bez należytego uzasadnienia i bez rozważenia ich wykonalności, okazała się po rozpatrzeniu nieaktualną.

I. Wnioski dotyczące strony organizacyjnej Zjazdów wspomniane powyżej, przekazała Delegacja Wydziałowi gospodarczemu XIII Zjazdu.

II. Wnioski Sekcji w sprawie rozwoju nauk

1) Rezolucja co do zabezpieczenia lub pozyskania materiału do badań naukowych (sekcji antropologicznej) w jaskiniach ojcowskich i krakowskich nie wymagała kroków Delegacji, a pomysł stworzenia polskiego ośrodka badań antropologicznych w Jugosławii (sek. antrop.) i naukowych wypraw okrętów rządowych na morza polarne (sek. geogr.) okazały się ze względu na stan finansów Państwa na razie nieaktualne.

2) Z tegoż powodu, z postulatów, dotyczących utworzenia instytutów naukowych lub organizacji nauki, nie zostały jak dotąd, wypełnione: postulat stworzenia Narodowego Instytutu Astronomicznego (o co nadal się usilnie stara prof. dr. Banachiewicz), oraz stworzenie Centralnego Państwowego Instytutu epizootycznego (sek. wet.). Na postulat (sek. zool.) należytego uposażenia stacji hydrobiologicznej na Wigrach, przedstawiony przez Delegację Ministerstwu rolnictwa i W. R. i O. P., odpowiedział Ministerstwo W. R. i O. P. w r. 1927, że stacja ta, wchodząca w skład Instytutu Biologii dośw. im. Nenckiego (przy Warsz. Tow. nauk.), została należyście uposażona, bo otrzymuje około 42% subwencji rządowej dla tego Instytutu, wynoszącej w r. 1925—94.000, a w r. 1926—110.000. W roku 1928 ukończona została budowa nowego gmachu dla tej Stacji. W udostępnieniu bibliotek (postulat Sekcji

przyr.-dydakt.) krokiem naprzód był wydany przez Kasę im. Mianowskiego „Katalog czasopism naukowych” znajdujących się w Instytutach publicznych. O wstawienie do budżetów gmin i powiatów kwot na biblioteki lekarskie w szpitalach (sekcja prasy lek.) zwróciła się Delegacja do Ministerstwa spr. wewn. i Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie. Ministerstwo odpowiedziało w lutym 1927, że sprawę tę skierowało do swego Wydziału finansów komunalnych, a Tymczasowy Wydział Samorządowy, że w budżetach szpitali przezeń zarządzanych (t. j. krajowych) są odpowiednio kredyty, a co do niższych organizacji samorządowych udzieli osobnej odpowiedzi (która jednak do Delegacji dotąd nie wpłynęła). Rezolucja (sekcji zool.) o potrzebie ogrodów zoologicznych nie wymagała interwencji Delegacji, bo już w roku XII Zjazdu (1925) tworzyło go w Warszawie Towarzystwo miłośników przyrody, oddawna istniało w Poznaniu, a w r. 1928 początki jego powstały w Krakowie. O wydanie spisu pracujących naukowo (Sek. przyr.-dydakt.) zwróciła się Delegacja do Kasy im. Mianowskiego. Wreszcie postulat urządzenia Zjazdu „Association des Anatomistes” w Warszawie (Sek. anat.), jako dotyczący wprost Polskiego Tow. anatomicznego, nie wymagał pośrednictwa Delegacji.

3) Postulaty, dotyczące opracowania naukowego słownictwa w dziale geologii, botaniki, bakteriologii, farmakologii i stomatologii, uchwalone przez odpowiednie Sekcje XII Zjazdu, były skierowane wprost do dotyczących Towarzystw naukowych lub do wybranych odrazu na Zjeździe Komisji terminologicznych; tylko w sprawie słownictwa botanicznego zaszła potrzeba pośrednictwa Delegacji. Z tych postulatów spełniono dotąd jeden, przez uchwalenie na Zjeździe mikrobiologów w r. 1928 słownictwa, opracowanego przez powołaną do tego Komisję.

4) Rezolucje, wskazujące ogólnie na potrzebę podjęcia badań w pewnych kierunkach, jak nad promieniowaniem słonecznym (Sek. astr.), oraz badań hydrograficznych i biologicznych polskiego morza (sekc. zool.), nie dawały pola do działania dla Delegacji.

III. Postulaty Sekcji w zakresie dydaktycznym.

1) Dydaktyki przyrodniczej w szkołach wyższych dotyczył tylko jeden wniosek (Sek. botan.) o wprowadzenie na Wydziałach przyrodniczych wykładów i ćwiczeń z encyklopedji ogrodnictwa, zakomunikowany przez Delegację wszystkim Wydziałom uniwersyteckim. Odpowiedział jedynie Wydział wileński, że do tego brak mu środków i sił fachowych. Należący częściowo do tej grupy pomysł (Sek. przyr.-dydakt.) stwo-

zenia Instytucji polskiej pedagogii przyrodniczej, mającej „ogarnąć całe nauczycielstwo od szkół powszechnych do Uniwersytetu włącznie”, uznała Delegacja za niedostatecznie sprecyzowaną dla podjęcia kroków praktycznych ze swej strony.

2) Dydaktyki lekarskiej wogóle dotyczyły postulaty (Sekc. prasy) w sprawie podręczników. O poparcie takich wydawnictw zwróciła się Delegacja do Związku lekarzy Państwa polskiego, który w r. 1927 zawiadomił, że jego wydział wykonawczy rzecz rozpatrzy, oraz do Związku księgarskiego (brak odpowiedzi); na żądanie zakupu podręczników dla młodzieży i oddawania ich jej z długoterminowym kredytem odpowiedziało w r. 1927 Ministerstwo W. R. i O. P., że to jest budżetowo i technicznie niewykonalne.

Ze szczegółowych postulatów Sekcji XII Zjazdu w tym zakresie przedstawiła Delegacja Ministerstwu W. R. i O. P. potrzebę wprowadzenia na Wydziałach lekarskich obowiązkowych wykładów radiologii i tworzenia katedr tego działu (sekc. radiol.) zwiększenia ćwiczeń w anatomii opisowej (Sekc. anat.), oraz ukończenie budowy kliniki ginekologicznej w Krakowie (Sekc. gin.). Dwie pierwsze sprawy załatwiło pomyślnie rozporządzenie Ministerstwa o studiach lekarskich z r. 1928 z wyjątkiem katedr radiologii, które prócz Poznania nie istnieją i nie są wstawione do budżetu Państwa. Budowę kliniki ginekologicznej w Krakowie posunął Rząd znacznie naprzód w r. 1927 i 1928, ale do ukończenia potrzeba jeszcze około 2 milionów złotych. Dyrekcja zdrowia publicznego przedstawiła Delegacji wniosek (sekc. patol. i sekc. raka) o tworzenie sekcji anatomopatologicznych w szpitalach; tworzenie ich w miarę możliwości zapowiedziała ta Dyrekcja w piśmie do Delegacji z marca 1927.

Tutaj należy dalej wymienić postulaty (Sekcji stomatol.) w sprawie wprowadzenia doktoratu dentystyki, lepsze dotowanie Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie, nieudzielania prawa do wykonywania zabiegów lekarsko-dentystycznych osobom należycie nieukwalifikowanym i nienadawania tytułu dentysty. Sprawami temi zajęły się odpowiednio Towarzystwa i instytucje, nie było więc powodu do kroków ze strony Delegacji Zjazdów.

Wnioski (sekcji farmaceutycznej) o przekształceniu „Studjów” farmaceutycznych na odrębne Uniwersyteckie Wydziały farmaceutyczne i wprowadzenie doktoratu farmacji zostały częściowo zrealizowane przez utworzenie takiego Wydziału na razie w Warszawie. Wniosek (też Sekcji) o przyspieszenie wydania farmakopei polskiej przedłożyła Delegacja Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Dyrekcji służby zdrowia).

W sprawie kształcenia kierowników wychowania fizycznego w uczelniach różnego typu, jak Studium uniwersyteckie, Instytuty państwowe i rozmaite kursy (wnioski Sekcji higieny szkolnej i wychowania fizycznego) odpowiedziało Delegacji Ministerstwo W. R. i O. P. w kwietniu 1927, że nad sprawą tą obraduje osobna Komisja Rady naukowej wychowania fizycznego (o której wyżej wspomniano).

3) Dydaktyki weterynaryjnej dotyczyły rezolucje (sekc. weteryn.) o rewizję programu studjów w tym dziale i o poparcie wydawnictwa podręczników, które Delegacja przedłożyła Ministerstwu Rolnictwa. Ministerstwo odpowiedziało w lutym 1927, że na poparcie wydawnictwa podręczników brak mu kredytów.

5) Dydaktyki przyrodniczej w szkołach średnich dotyczył szereg wniosków (Sekc. przyrodniczo-dydakt.) o szersze uwzględnienie w tych szkołach: chemii, fizyki, meteorologii, kosmografii, biologii, także wnioski (Sekc. miner.) co do mineralogii i geologii i (Sekc. geogr.) geografii. Rozpatrzywszy te wnioski, postanowiła Delegacja nie podejmować żadnych kroków, ponieważ już na samym Zjeździe Sekcje, które te wnioski stawiały, wybrały dla ich wykonania osobną Komisję i ponieważ sprawa reformy programów szkolnych była już wtedy przedmiotem pracy w Ministerstwie W. R. i O. P. (Przytem wnioski te niezupełnie były zgodne z wnioskami Sekcji higieny szkolnej, podzielanymi przez całą lekarską grupę Zjazdu).

IV. Wnioski Sekcji w zakresie społeczno-higienicznym oraz związane ze sprawami ekonomicznymi.

1) Ogólnych zadań sanitarno-higienicznych dotykały wnioski: (Sekcji hig. i mikrobiol.) o oczyszczanie rzek i ścieków i systematyczne badanie wód oraz o utworzenie Narodowego Instytutu higieny żywienia, jakoteż (Sekc. weteryn.) o wydanie ustawy o rzeźniach i badanie zwierząt rzeźnych przed i po uboju. Pierwsze wnioski zakomunikowała Delegacja Ministerstwu spraw wewnętrznych (Dyrekcji zdrowia), które odpowiedziało w styczniu 1927, że opracowało projekt ustawy o usuwaniu wód nieczystych i ochronie zbiorników wodnych i o zaopatrywaniu ludności w wodę do picia, oraz, że wkrótce

uruchomi stację badania ścieków w Warszawie, a o badania wód będą musiały po wyjściu wspomnianych ustaw dbać samorządy. Stacja badania ścieków została też w Warszawie utworzona i w r. 1929 otwarta. Badania wód na wielką skalę podjęły Instytut nauk rolniczych w Bydgoszczy oraz Państwowy Instytut higieny w Warszawie. Zbadano dotąd kilka rzek i ich dopływy (n. p. Skawy). Mają być podjęte w Poznańskim badania rzek, do których uchodzą odpływy z cukrowni (ze względu na rybo-
stan). Z Państwem Niemieckim została zawarta co do rzek granicznych konwencja. Wogóle na tem polu jest znaczny postęp.

Wnioski w sprawie ustawy o rzeźniach i badaniu zwierząt rzeźnych przed i po uboju przedłożyła Delegacja Ministerstwu spraw wewnętrznych (Dyrekcji służby zdrowia) oraz Ministerstwu rolnictwa, które w marcu 1926 odpowiedziało, że wkrótce wnie-
sie do Sejmu ustawę o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych i ustawę o rzeźniach i badaniu mięsa. Rzeczywiście została wydana ustawa ramowa, dotycząca epizooocji (szczególnie sprawy odszkodowań), uzupełniona następnie szeregiem rozporządzeń ministerjalnych.

2) Higieny młodzieży dotyczył wniosek (Sekcji higieny szkolnej i wych. fiz.) o skrócenie liczby godzin siedzenia w szkole i powszechną opiekę lekarsko-higieniczną w szkołach. Na pismo Delegacji w tej sprawie zapowiedziały Ministerstwa W. R. i O. P. i spraw wewnętrznych (Dyrekcja zdrowia publicznego) zwołanie ankiety międzyministerjalnej, ale dopiero w r. 1929 zostały godziny pobytu w szkole zredukowane; opieka lekarsko-higieniczna stopniowo ciągle postępuje. Tu także należy wniosek (Sekc. neur.) o tworzenie poradni dla wad mowy u młodzieży. Na pismo Delegacji w tej sprawie odpowiedziało Ministerstwo W. R. i O. P. w marcu 1926, że utrzymuje lub wspomaga 3 takie poradnie (Warszawa, Kraków, Lwów) i pragnie akcję tę rozszerzyć, ale że dla szkół powszechnych powinny Samorządy stworzyć te poradnie i że na razie brak jest lekarzy-specjalistów w tym dziale.

W związku z wychowaniem fizycznym pozostawał wniosek (Sekcji hig. szkolnej) o tworzenie poradni sportowych. Delegacja skierowała go do Związku Związków sportowych, bez większego atoli skutku. Dopiero w latach 1928-1929 zaczęły takie poradnie powstawać głównie dzięki Państwowemu Urzędowi wychowania fizycznego i w tymże czasie zorganizowano kursa dla lekarzy takich poradni (w Warszawie i w Krakowie).

3) Pomocą leczniczą dla ludności zajmowały się wnioski (sekcji patol.) o przymus zgłaszania przypadków nowotworów; (Sekcji ginek.) o ujednolajnienie i ulepszenie szkolenia położnych i statystykę zakażeń płożogowych, o ustawę przeciw partactwu położniczemu; (Sekcji stomatol.) o reformę pomocy dentystycznej dla urzędników i w Kasach chorych (wolny wybór dentysty), o zakaz używania metali nieszlachetnych do dostawek dentystycznych. Wnioski te zakomunikowała Delegacja Ministerstwu spraw wewn., a w sprawie wolnego wyboru dentysty także Ministerstwu pracy i opieki społecznej. W sprawie zgłaszania nowotworów Ministerstwo w kwietniu 1927 oznajmiło o opracowywaniu ustawy o zwalczaniu nowotworów, w sprawie pomocy położniczej nie otrzymała Delegacja odpowiedzi, jednakże w r. 1929 wyszła w tej sprawie ustawa, w sprawie pomocy dentystycznej dla urzędników państwowych wyjaśniło Ministerstwo w styczniu 1927, że wogóle nie jest ona objęta przepisami o pomocy lekarskiej dla tych urzędników, a wolnemu wyborowi dentystów w Kasach chorych sprzeciwiło się Ministerstwo pracy i opieki społecznej w piśmie, nadesłanem Delegacji w kwietniu 1927.

4) Opieki nad kalekami, niewidomymi, głuchoniemymi i niezdolnymi do pracy domagał się wniosek (Sekc. med. społ. i szpitalnictwa), skierowany przez Delegację do Ministerstwa pracy i opieki społecznej. W odpowiedzi zażądało Ministerstwo nadesłania szczegółowego referatu; niestety starania Delegacji o uzyskanie takiego referatu od wnioskodawców nie odniosły skutku.

Na wniosek (połączonych sekcji psychiatrycznej, med. społ. i szpitalnictwa) o opiekę nad psychicznie chorymi i przywrócenie w tym celu centralnego urzędu psychiatrycznego odpowiedziało Delegacji w marcu 1927 Ministerstwo spraw wewnętrznych (Departament zdrowia), że brak funduszy i brak ustaw samorządowych akcję bardzo utrudnia, jednakże Ministerstwo stara się o utworzenie Związków samorządowych dla budowy zakładów psychiatrycznych i jeden taki Związek, już utworzony, trzech województw północnowschodnich, ma budować większy zakład pod Wilnem. W miejsce zaś urzędu psychiatrycznego powołało Ministerstwo doradczy Komitet, złożony z 5 psychiatrów i 2 prawników.

Objęcia opieki nad małoletnimi przestępcami przez Ministerstwa opieki społecznej i oświecenia publicznego, a nie przez więziennictwo, domagał się wniosek (sek

med. sąd), skierowany przez Delegację do Ministerstwa sprawiedliwości. Odpowiedziało ono w kwietniu 1926, że kierunek wychowawczo-poprawczy w miejsce kar uwzględniła Państwowa Komisja kodyfikacyjna w projekcie ustawy o sądach dla nieletnich i w projekcie kodeksu karnego, że jednak zakłady wychowawczo-poprawcze ze względów polityki kryminalnej muszą być zarządzane przez Ministerstwo sprawiedliwości.

5) W dziedzinę spraw ekonomicznych wkraczały wnioski (sekcji farmaceut.) w sprawie przemysłu farmaceutycznego i krajowej produkcji roślin lekarskich, zakomunikowane przez Delegację generalnej Dyrekcji służby zdrowia, jako mają-

cej wydział dla spraw farmaceutycznych, oraz wnioski (sekcji weteryn.), dotyczące zwalczania zaraz zwierzęcych, szczepień zwierząt domowych, utworzenia Państwowej Rady weterynaryjnej, zakomunikowane przez Delegację Ministerstwu rolnictwa. Załatwienie tych spraw objęte jest częściowo wyżej pod IV 1). Utworzenie Państwowej Rady weterynaryjnej jest w toku.

Prezydium Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników pol.

Janiszewski
Sekretarz generalny

Ciechanowski
Prezes

O d c i n e k.

Ludwik Maurycy Hirszfeld.

Profesor anatomji (1814 — 1876 r.¹⁾

napisał Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 16).

Atoli pomimo wielkiego uznania w Paryżu Hirszfeld tęskni za starymi rodzicami, tęskni za Warszawą, gdzie tyle walk przechodził. Może i pewna ambicja grała niejaką rolę w tem pragnieniu powrotu do Ojczyzny: opromieniony aureolą zagranicznej sławy, może chciał się pokazać w tem samem mieście, które kiedyś boso opuścił. Nie pogardzał tymi ludźmi, co mu kiedyś kładli kamienie przed nogi, nie czuł do nich urazy, pragnął być im pożyteczny, a może też i dowieść naocznie, że dopiął swego celu. Szczęśliwy zbieg okoliczności przychodzi mu z pomocą. W roku 1858-ym poznaje w Paryżu prezydenta powstałej przed rokiem w Warszawie Cesarsko-Królewskiej Akademji Medyko-Chirurgicznej — prof. Cycurina.

Po krwawym 1831 roku w Warszawie wraz z innemi objawami życia narodowego i społecznego ustał także i wszelki ruch naukowy. Zawierucha polityczna rozpedziła słuchaczy, i uniwersytet z rozkazu Mikołaja I został zamknięty. Głód nauki daje się w niektórych sferach odczuwać. Szczególnie brak lekarzy. W r. 1833 powstaje Komitet egzaminacyjny lekarski, mający raczej cele praktyczne — umożliwienie praktyki tym, którzy ukończyli uniwersytety zagraniczne. „Z wyjątkiem chirurgji, pisze współczesny, inne działy medycyny stoja bardzo nisko”. W r. 1850 „zaledwie paru lekarzy w Warszawie używało perkusji i auskultacji” (Szokalski), pomimo, że *Inventum novum* Auenbruggera o perkusji ukazało się jeszcze w r. 1761 a *De l'auscultation médiate* Laënneca w r. 1818.

Istniejące od 1822 r. Tow. Lekarskie Warszawskie też było pozbawione wszelkiego połotu naukowego. Szokalski ze smutkiem opowiada: „Dyskusja naukowa w Towarzystwie polegała na tem, że przewodniczący wywoływał pojedynczo członków, ci zaś kolejno opowiadali wypadki różnych chorób, widzianych na mieście, lub, pochwyt-

ciwszy garść często bezładnie powiązanych objawów, kazali obecnym zgadywać, co to za choroba”.

Nietrudno sobie wyobrazić, jakie ogromne wrażenie zrobiła w Polsce wiadomość o mającym powstać w Warszawie wyższym zakładzie naukowym, zaczynając od Wydziału Lekarskiego. 1-go października r. 1857 zostaje uroczyste otwarty pierwszy kurs Cesarsko-Królewskiej Warszawskiej Akademji Medyko-Chirurgicznej. Anatomję wykłada „tymczasowo” znany później ginekolog, Ludwik Neugebauer, lekarz wolnopracujący w Kaliszu. Interesując się przeważnie ginekologją, N. swoim wykładem anatomji nie zbytnio się przejmował. Wykładał, jak sam pisze, według rozpowszechnionego wówczas podręcznika Hyrtla, którego pierwszą część o kościach i więzach wydał następnie po polsku²⁾.

Biblioteka gabinetu anatomicznego, jak widać ze sporządzonego opisu inwentarza, składa się z 24 książek. Preparatów anatomicznych do wykładów mało, są po części zastępowane przez wyroby z papiermaché. Chcąc podnieść poziom Wydziału, mianowany przez rząd prezydent akademji, prof. Cycurin, człowiek światły, który po przyjeździe do Warszawy zaczął się zaraz uczyć po polsku, wyjeżdża zagranicę w celu bliższego zapoznania się z organizacją wydziałów lekarskich i zdobycia dla Warszawy świeżych sił naukowych. W Paryżu dowiaduje się o Polaku, profesorze anatomji, Hirszfeldzie i proponuje mu objęcie katedry w Warszawie. Niezmiernie ciekawe jest pierwsze pismo Cycurina do ówczesnego kuratora Warszawskiego Okręgu naukowego Muchanowa w sprawie Hirszfelda z 1/13 września 1858 r. Wiedząc, że ta sprawa może się spotkać z ogromnemi trudnościami, C. we wstępie daje szczegółową charakterystykę zasług naukowych swego kandydata³⁾.

„Jeszcze jako studentowi, dziekan wydziału

²⁾ Anatomja opisowa ciała ludzkiego podług Józefa Hyrtla przez D-ra Ludwika Adolfa Neugebauera T. I. Warszawa 1860.

³⁾ Na katedrę anatomji w Warszawie reflektował też znany później anatom krakowski Teichman (kryształ Teichmana). Ze względów formalnych — śmiertelny pojedynek — kandydatura ta nie była przez Cycurina brana w rachubę.

¹⁾ Odczyt wygłoszony 26.I.29 na setnem posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Rzecz. Polskiej.

lekarskiego pozwolił mu wyklądać anatomję na paryskim wydziale lekarskim. Wyróżniając się szczególną zdolnością preparowania, Dr. H. wykonał znaczną liczbę (przeszło dwieście) preparatów anatomicznych, stanowiących obecnie najpiękniejszą ozdobę nowo urządzonego muzeum Orfily w Paryżu.

Sam widziałem wiele z tych preparatów i przekonałem się osobiście o ich przewadze nad wszystkimi, co dotychczas w tym rodzaju widziałem". „Co zaś tyczy się *Névrologie H.*, to zajmuje ona, według zaświadczenia wszystkich miarodajnych osób, jedno z pierwszych miejsc w nowszej literaturze lekarskiej. Najlepiej świadczy o tem fakt, że została zaszczycona nagrodą paryskiej akademii nauk i na rozkaz cesarza (Francji) nabyta przez wszystkie biblioteki rządowe. Profesor Rostan gorąco poleca swego pomocnika, jako wspaniałego anatoma i znakomitego wykształconego lekarza. Podczas nieobecności Rostana zastępował go w klinice w *Hôtel Dieu*. Jako urodzony w Warszawie, dobrze włada językiem polskim i może w języku tym wyklądać. Uważam za zbyt cenne rozwinąć się nad jego rzeczywistymi walorami, dzięki którym stał się znany w całej Europie". Po tym hymnie pochwalnym następuje gorzka pigułka, którą Cycurin tak starał się osłodzić. „Z rozmysłem to wszystko przytaczam z tego względu, że H. jest wyznania żydowskiego. A ponieważ u nas dotychczas nie było przykładu, żeby żydzi byli powoływani na naukowe stanowiska lekarskie, z drugiej zaś strony zalety osobiste i zasługi które H. okazał nauce, niedopuszczają żadnego porównania ze zdolnościami wielu chrześcian", przez to Cycurin „najpokorniej zapytuje, czy Jego Ekscelencja nie będzie uważała za możliwe starać się o powołanie H. na katedrę anatomji opisowej, jako szczególny wyjątek, z warunkiem, żeby przywilej ten nie został rozciągnięty na innych".⁴⁾

⁴⁾ Jeszcze buduczi studentom on s dozwoleńdija diekana medicinskawo fakultietu prepodawał uże czasnyje kursy anatomii w paryżskom medicinskom fakultietie. Otluczajās osobym iskustwom preparowanija dr Girszfeld prigotowił znacznielnoe koliczestwo (bolieje dwuchсот) anatomiczeskich preparatow, sostawljajuszczich nynie łuczszije ukraszenije nowoustrojennago anatomiczeskago muzeja Orfily w Paryżu. Mnogije iz etich preparatow ja widiel sam i ubiedilsia liczno w prewoschodstwie ich nad wsiem czto ja widiel padobnago w etom rodie. W 1848 g. naczał izdawat *Neurologie etc.* Po swidietielstwu wsiech kompietientnych lic eto soczinienije zanimajet adno iz pierwyh miest w nowiejszej medicinskoj literaturie. Łuczszim dokazatielstwom, czto ono udastojeno premii paryżskoj akademii nauk i po prikazanju imperatora priobrietieno dla wsiech kazionnych bibliotiek. Professor Rostan w pismie ko mnie najłuczszim obrazom rekomendujet swojego pomoszcznika kak prewoschodnaho anatoma i otluczno obrazowannaho wracza. Za otsutstwem Rostana zastupajet jego w klinice w *Hôtel Dieu*. Kak warszawskij urożeniec G. wieśma porjadoczno znajet polskij jazyk i możet prepodawat na onom. Szczitaju lisznim rasprostraniatsia o jego diejstwitielnych dostoinstwach sniskawsich jemu jewropiejskiju izwiestnost Ja priwožu wsio eto s namierenjem, imienno iz za toho, czto dr. Girschfeld jewrejskago wieroispowiedanija, a tak kak u nas nie było do sich per primiera, czto by jewrei byli opredielajemy na uczonyja medicinskija miesta, a s drugoj storony licznyje dastoinstwa i za-

Długa korespondencja między Cycurinem a wyższymi władzami dowodzi, że sprawa była najeżona ogromnemi trudnościami, ale szczegół godny zanotowania—w obiekcjach, stawianych przez władze, niema ani słowa o wyznaniu Hirszfelda. Listy polecające profesora Rostana i gorące poparcie Cycurina tę pigułkę istotnie osłodziły. Ale są trudności zupełnie innej natury, które już raz zagroziły drogę Hirszfeldowi, i z któremi znówu kiedyś się spotka. Władze interesuje, czy H. nie należy do emigracji polskiej, skąd i kiedy dostał pasport i t. p. Odpowiedzi Cycurina są raczej wymijające i prowadzą w końcu do pomysłu nego załatwienia sprawy.

15-go września r. 1859 — więc rok po pierwszym piśmie w tej sprawie Cycurina, a dwadzieścia pięć lat po bezimiennem i bezpasportowem wyjściu z Warszawy — odbywa się tu wstępny wykład profesora Ludwika Maurycego Hirszfelda.

Wytrwał i szczyt swoich marzeń osiągnął.

„Niezwyczajne losy i świetna karjera naukowa, pisze współczesny, były przyczyną, że jego lekcje przyjęto nadzwyczaj sympatycznie, jakkolwiek wypowiedzianą łamaną polszczyzną. Językiem tym (zarówno jak i później rosyjskim) H. należycie nie mówił aż do śmierci, zdolności jednak jego i zapał do anatomji szczerze tę wadę wynagradzały".

Nowe środowisko w którym się znalazł H., wybitnie różniło się od tego, które niegdyś opuścił — i pod względem naukowym i kulturalnym. O ówczesnym poziomie naukowym w świecie lekarskim była mowa wyżej. Sporządzony inwentarz gabinetu anatomicznego, na którego utrzymanie było przeznaczone 170 rubli (dopiero po kilku latach, kiedy S. koła Główna została zamieniona na uniwersytet, suma ta została podwyższona do 700 r.) daje obraz tej nędzy naukowej. H. też narzeka na brak trupów, co się tłumaczy ogólną niechęcią publiczności i nawet niektórych lekarzy do sekcji. Chcąc utrzymywać nadal kontakt z kliniką, H. kilkakrotnie prosi o przydzielenie mu łóżek w jednym ze szpitali miejskich. Prośbę jego popiera Cycurin — ale bez skutku, z wielką, nawiasem mówiąc, krzywdą dla ówczesnej medycyny warszawskiej. H. bowiem, jak widać z jego prac klinicznych, był w zupełnym posiadaniu wszystkich metod badania, czego o ówczesnych praktykach warszawskich powiedzieć nie można. Sprawa specyficzności kołtuna naprz. jeszcze wciąż jest przedmiotem szerokich rozpraw. Proponowane przez H. na naradzie nakłucie opłucnej, dwóch największych praktyków i ordynatorów szpitalnych odrzuca jako niebezpieczne. H. pomimo to zdobywa du-

ślugi okazannyje naukie dr. Girszfeldom stawiat jego wnie wsiakago srawnienija s sposobnostiami mnogich chrystiar, ja czest imiejū pocztitielniejsze predstavit na usmotrienje waszego prewoshoditelstwa na osnovanii wyszepriwiediennych mnoju priczin, nie najdiotie li wy wozmożnym chodatajstwowat ob opredielenii dra Girschfelda ordinarnym professorom po kafiedrie opisatielnoj anatomji w widie osobiennago izjatja s tiem, czto by podobnoje preimuszczestwo nie rasprostraniłos na drugih.

zą praktykę prywatną, zwłaszcza wśród żydów, którzy nazywają go „generałem”. Wyjeżdża często do chorych poza Warszawę: do Łodzi, Pińska, Witebska i t. d. Wakacje spędza jednakże zagranicą w celu podtrzymywania kontaktu z ośrodkami nauki.

Najwięcej czasu atoli poświęca ulubionej swojej anatomji. Wobec zupełnego braku nowoczesnego podręcznika anatomji⁵⁾ postanawia wydać własny i zabiera się do tego z wielkim zapałem. „Ciesząc się jeszcze niezachwianem zdrowiem, pisze w przedmowie, pragnąłem użyć wszystkich moich władz umysłowych, całej mojej energii”. W r. 1861 mamy już „Układ nerwowy i przyrządy zmysłu wraz z uwagami fizjologicznymi” (str. X + 626 w 16-ce), w 1863 Opis układu naczyniowego wraz z uwagami fizjologicznymi (str. VI + 440 w 16-ce), w 1867 Opis układu kostnego i stawowego wraz z uwagami fizjologicznymi (str. 656 w 16-ce), w 1869 Opis układu mięśniowego wraz z uwagami fizjologicznymi (XXVII + 352 w 16-ce), a w 1870 (już z sakramentalnym dodatkiem po rosyjsku Dozwoleno Cenzuroju) Opis układu trzewowego wraz z uwagami fizjologicznymi (str. 323 w 16-ce). I obecnie już sam widok tych pięciu tomów (przy redagowaniu pierwszych dwóch tomów w języku polskim pomagał mu Dr. Wilhelm Lubelski) budzi szczerzy podziw, zwłaszcza, że autor nie miał żadnych prawie wzorów polskich (książka Brandta jest pełna wyrazów i zwrotów łacińskich). Terminologia — polska „przez niezmordowany Komitet Towarzystwa Lekarskiego za właściwą uznana”. Wykład prosty i jasny. „Poświęciłem, pisze w przedmowie, wytworność stylu jasności i dokładności wyrazów”. Czuć, że autor nie przepisuje, lecz opisuje to, co sam niejednokrotnie widział i preparował. Uwagi fizjologiczne są krótkie, ale treściwe i zrozumiałe, pozbawione balastu literackiego i rozumowań teoretycznych⁶⁾. Sądzę, że całe rozdziały tej anatomji makroskopowej są jeszcze i obecnie zupełnie aktualne i nie wymagają żadnej korektywy. Jako przykład, przytaczam na końcu opis przysadki mózgowej. Ciekawa jest uwaga o „przeznaczeniu grasicy”. „Prawdopodobnie grasicca działa, jak inne gruczoły krwiste, t. j. wyciąga z krwi pewne substancje zostające, niezdadne do odżywiania, oddając je następnie pod innym kształtem”. Przegląda w tych słowach przedświt nauki o hormonach.

Co się tyczy samego wykładu, to był on, według słów pozostałych jeszcze przy życiu jego słuchaczy, niezmiernie zajmujący i dowcipny,

⁵⁾ Oprócz wymienionego wyżej tłumaczenia osteologii Hyrtla, krótkiego podręcznika anatomji L. Natanson'a „standard - workem” ówczesnej anatomji polskiej była 5-cio tomowa anatomja Franciszka Brandta (Warszawa 1810 — 1816). Było to, zresztą, jak widać z przedmów, nie dzieło oryginalne, lecz po części tłumaczone albo skompilowane z niemieckiego i francuskiego. Podręcznik H. jest więc istotnie pierwszym oryginalnym podręcznikiem anatomji w języku polskim z terminologią polską.

⁶⁾ O gruczole tarczowym, którego opis wraz z topografią jest zupełnie nowoczesny, pisze: „Przeznaczenie jest zupełnie nieznanne”.

nieraz nawet porywający⁷⁾. Bardzo ładnie podobno rysował. I studenci innych wydziałów często przychodzili na wykłady H. „Kochał swój przedmiot, piśnię współczesny, i zapał wlewał w słuchaczy, którzy, słuchając go, zapominali o śmiesznej polszczyźnie profesora”. Kiedy w r. 1870 powstał Imperatorskij Warszawskij Uniwersytet i zażądano od profesorów wykładu w języku rosyjskim H. z musu podjął się tego i 11/11-71 wygłosił swój pierwszy wykład w języku rosyjskim. Przy tej okazji znowu mu przypomniano brak różnych dokumentów i zażądano przedstawienia rosyjskiej rozprawy doktorskiej. Cesarz jednakże „jako wyjątek i nie jako przykład dla innych raczył zwolnić go od obowiązku przedstawienia i bronięcia rozprawy na stopień doktora medycyny w jednym z uniwersytetów rosyjskich”⁸⁾.

Jako egzaminator H. był łagodny i pobłażliwy. Kiedy jego prosektor Pilcicki, z którym H. nie był w dobrych stosunkach, kiedyś przy egzaminie za dużo wymagał od studenta, H. miał się odezwać: Panie Pilcicki, czy Pan chce, żeby on tak znał anatomję, jak Hirszfeld⁹⁾.

* * *

Duch ludzki nie zna granic i jest niewyczerpany. Ale ciało, rozporządzające najmocniejszą nawet wolą i energią, podlega, niestety, żelaznemu prawu zużywania się. Hirszfeld zaczyna niedomagać. Nie bezkarnie odbywa się podróż pieszo z Warszawy do Paryża i przebywa się całe lata wśród trupów. W przedmowie do jednego z ostatnich tomów swojej anatomji pisze: „Nauka anatomji nie była i dotąd nie jest łatwa: wymaga ona pracy ciągłej i wytrwałej, pracy nie tylko książkowej, ale szczególnie na poszukiwaniach na trupie czynionych opartej”... Nie mówiąc już bowiem o silnym zdrowiu i o wieku młodzieńczym, o pamięci i cierpliwości, ileż to jest innych przeszkód, które wiążą się czasami skutkiem zbyt długiego pobytu w pracowniach anatomicznych”.

⁷⁾ Szczególnie uderzył mnie istny zachwyt, z jakim dwóch starszych kolegów mówiło mi o wykładzie H. o nerwie trójdzielnym. „To był poemat, który stoi mi jeszcze żywo przed oczyma”, powiedział z nich jeden.

⁸⁾ W widie izjatja i nie w primier drugim soizwolił na oswożdenie ot objazatielstwa predstavit i zaszczytit dissertaciju na stiepien doktora medicyny w odnom iz russkich uniwersitetow.

⁹⁾ Pewnego razu długo słuchał studenta, który wciąż płał się w odpowiedziach i nareszcie się rozplakał. Wtedy H. go zapytał, czy zauważył na rogu Marszałkowskiej i Św. Krzyskiej stojącego tam wysokiego posłańca. Student odpowiedział twierdząco. Otóż, dodał H., zapewniam Pana, że ten posłaniec jeszcze mniej się zna na anatomji, niż pan, a jednakże nie płacze.

W towarzystwie H. był milczący, zamknięty w sobie. Lubił muzykę i bywał często w operze. Dla krewnych swoich był dostępny i dobry i chętnie ich wspierał. W życiu zaś społecznym udziału nie brał.

27/V 75 H. prosi o zwolnienie go od obowiązków wykładającego i przyznanie mu całkowitej emerytury (Jako profesor uniwersytetu pobierał 3000 r. rocznie). Komisja, złożona z prof. Baranowskiego, Czausowa i Kotelewskiego, znajduje jego zdrowie w opłakanym stanie (wada serca, obrzęk płuc, połowiczny niedowład po lewej stronie i t.d.). Pomimo to H. wyklada jeszcze 26/III 76. Był to ostatni jego wykład. 10-go maja tegoż roku zakończył życie.

„Pogrzeb prof. H., pisze Gazeta Lekarska, (29/V), do której składu redakcji należał, odbył się nad wieczór przy niezbyt licznych z powodu niepogody, ale zato do głębi serdecznym udziale publiczności. Młódź akademicka, której był prawdziwym przyjacielem, niosła trumnę na barkach przez całe miasto aż do miejsca wiecznego spoczynku. Tym sposobem forma nieco spowszedniała uczczenia prochów zmarłego, nabrała znaczenia i życia, gdy stała się wyrazem hołdu dla żelaznej pracy, której zmarły wszystko był winien, dla prawdziwej zasługi na wielce wdzięcznym, ale i wielce trudnym do uprawy polu nauczycielstwa i pisarstwa naukowego”. Pochowany został na cmentarzu żydowskim na Gęsiej (kwatery 20, rząd II, miejsce 3). Nad grobem jego znajduje się ładny, ale zupełnie zaniedbany pomnik z wymienieniem wszystkich zaszczytnych tytułów, do jakich doszedł syn rzeźnika i był pośluga w prosekutorjum.

Oprócz wymienionych w tekście prac H. ogłosił jeszcze następujące:

Note sur un foetus offrant de fractures congénitales multiples. Gaz. d'hôp. 1857. N. 73.

Pierwsza prelekcja anatomii opisowej. Tyg. Lekarski 1859 N. 40.

Wstęp do myologii. Tyg. Lekarski 1859 N. 49.

Wstęp do wykładu anatomii opisowej. Warszawa 1859 w 8-ce.

Spostrzeżenia nad nerwami macicy. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1860.

Porównanie szkieletu kończyn górnych z dolnymi. Gazeta Lekarska 1867.

Nowy pogląd na warunki ekonomiczne wygięć kręgosłupa. Gaz. Lekarska 1867.

O kanałach pochwinowym i udowym. Gaz. Lekarska 1868.

Międzykrocze (Perineum) Gazeta Lekarska 1869.

Medullotom (wyciąg z Gaz. d'hôp. 1865. N. 17). Przegląd Lekarski 1865.

Ropień napływowy w jamie brzusznej, przedziurawienie pęcherza moczowego i kiszek prostej, zakrzep żył zaskórnych wewnętrznych. Praca ta była napisana podczas pobytu w Paryżu i ogłoszona w Gaz. d'hôpitaux a następnie przetłumaczona przez H. Dobrzyckiego. Klinika 1866 I.

To samo dotyczy i następnej pracy: Ropień napływowy w śródpiersiu tylnym, współgraniczący z jamą pajączą kanału kręgowego. Klinika 1866.

Dodatki.

Drugie spostrzeżenie. — Tumor rakowy w mózdzku cisnący ósmą i dziewiątą parę nerwów.

Kobieta mająca lat pięćdziesiąt jeden, chora od blisko 16-tu miesięcy weszła do szpitala Hôtel-Dieu w Paryżu, 7 lipca roku zeszłego do oddziału klinicznego prof. Rostana, przy którym wtedy byłem szefem kliniki. Chora ta była nam przyślana przez D-ra Legrand, jako dotknięta zapaleniem mlecz-

pacierzowego szyjnego (myelite cervicale). Twarz chorej przedstawiała wyraz niezwykłej głupowatości, który na pierwszy rzut oka kazał się domyślać jakiegoś ważnego uszkodzenia organów mózgowych. P. Rostan, wyegzaminowawszy ją starannie spostrzegł i zwrócił uwagę obecnych na niejednakowe rozszerzenie dwóch źrenic; rysy jej były wychudłe i zmienione, całe ciało chorej było niezmiernie wynędzniałe. Podczas egzaminu chora siedziała trzymając szyję sztywno, nie znalaziono żadnej zmiany w kształcie kolumny pacierzowej, ani też żadnego uszkodzenia organicznego w okolicy szyjnej, co pozwalało wnosić, że ta postawa jedynie z bólu pochodziła. Zapytana o to co czuje chora oświadczyła, że ma mocny ból w górnej części szyi i w części tylnej głowy, ku której machinalnie sięgała ręką. Uskarżała się także na osłabienie muskularne ogólne wydatniejsze w członkach dolnych, ale jednakowe po obu stronach. Osłabienie nóg było takie, że chora bez podpory nie mogła chodzić; czucie było także cokolwiek, lubo niewiele, zmienione: chora doznawała pewnego rodzaju odrętwienia i niezwykłego uczucia gorąca w dłoniach. Innym objawem, także uwagi godnym, była powolność niezmierna mowy i trudność wyrażania się, co chorej dozwalało odpowiadać na czynione sobie zapytania tylko bełkocząc i jakby płacząc. Jednocześnie dość wielka ilość śliny wyciekała z ust, rozlewając się po wargach w postaci piany, przytem ciągnęła ospałość.

Co się tyczy stanu poprzedniego, chora nie mówi o żadnej ważnej chorobie, któraby poprzedziła chorobę teraźniejszą już 16-cie mies. trwającą. Z początku chora doznawała bólu głowy, na który się i teraz skarży. Wktótce potem pokazało się osłabienie muskularne i trudność mówienia. Wszystkie te objawy z wolna się zwiększają. Wzmogły się znacznie w ciągu trzech ostatnich miesięcy przed wejściem do szpitala.

Wtedy chora przedstawiała tylko wyżej wspomniane symptoma, dotyczące się czucia ruchu i mowy. Zmysły pojedyncze i władze umysłowe nie zdawały się być znacznie uszkodzone.

Co do trawienia, uważano jedynie brak apetytu i trudność w połykaniu, co spowodziło ślinotok, przytem język czysty, żadnych bólów w dołku lub w okolicy brzucha, żadnych nudności i wymiotów, lecz zatwardzenie.

Nic szczególnego pod względem funkcji oddychania, krążenia krwi i przyrządów moczowych: niemoc ogólna, funkcja żywienia jest wielce zmieniona, wychudłość b. znaczna.

Powołany do dania mojej opinii w diagnozie tej choroby twierdziłem, że istnieje tumor encfaliczny na podstawie mózgu opierając się na powodach następujących:

1) na bólu głębokim i zupełnie ograniczonym do tyłu głowy.

2) na nieuszkodzeniu władz umysłowych.

3) na zachowaniu prawie zupełnem czułości w dotykaniu i czucia ogólnego, jakoteż możliwości odbywania ruchów.

4) na trudności w mówieniu, mającej miejsce przy zupełnie prawie normalnym stanie pojedynczych zmysłów.

5) na podobieństwie rysów twarzy tej kobiety, z rysami innej chorej, u której P. Rostan poznał tumor mózgowy, co później autopsja potwierdziła.

Doktor Legrand podzielał zupełnie moje zdanie. Prof. Rostan, ze swej strony, przywiązując więcej wagi do odmian chorobliwych ogólnych, jakie w czuciu ruchu i mowie tudzież i w połykaniu i w rysach twarzy spostrzegać się dały, mając zresztą wzgląd na nierówne rozszerzenie źrenic, chociaż je tłumaczył inaczej, ograniczył się na oświadczeniu, że tam chodziło zapewne o uszkodzenie rozleglejsze mózgu, ale się wstrzymał od stanowczego zadecydowania o jego naturze i od robienia diagnozy ostatecznej.

Użyto pijawek, wezykatorji, synapizmów, dano na przeczyszczenie etc.

W przeciągu lipca nie uważano nic szczególnego, oprócz coraz większej mocy opisanych już symptomatów. W sierpniu

pokazały się nowe objawy; paraliż zrobił postępy i rozszerzył się do sfinkterów, tak, że chora nie mogła wstrzymać wypróżnień stolca i uryny. Oddychanie stawało się coraz trudniejszym z powodu nagromadzonego w *bronchiach* śluzu, którego chora wyrzucić nie mogła. Wychudłość i osłabienie ogólne, powiększane niemożnością przyjmowania pokarmów, znaczny także zrobiły postęp.

Czternastego sierpnia pokazało się niebezpieczne powiększenie: chora dostała różę na twarzy z gorączką, pragnieniem tem nieznośniejszem, że chora, nie mogąc łykać, zaspokoić go nie mogła. Przytem ciągała bezsenność i bredzenie.

16-go róża zniknęła, sen głęboki, przerywany tylko jękami. — Śmierć o 4-ej godz.

Sekcja pokazała, że nie było żadnego uszkodzenia mózgu, oprócz infekcji ogólnej błon mózgowych bez wylania serwatkowego. Ale przy podstawie mózgu w bruzdzie oddzielającej mózdzek od mlecza przedłużonego, znaleziono tumor, który na zewnątrz jako też w przecięciu zdawał się być tumorem grzybiastym (*fungus*), w którym p. Rubin za pomocą mikroskopu dostrzegł charakterystyki tumorów krwistych.

Tumor ten wielkości jaja kurzego przyciskał część boczną prawą mlecza przedłużonego, a następnie nerwy *glossopharyngeus*, *vagus* i *spinalis*. Nerw podjęzykowy *hypoglossus* naprężony i znacznie przedłużony, otaczał jego powierzchnię dolną. Prócz tego tumor rozciągał się blisko na 3 centymetry w środku żyły jugularnej wewnętrznej na wysokości dziury rozdartej tylnej (*foramen lacerum*). Z bliższego rozpatrzenia uszkodzeń znalezionych na trupie wynika: że śmierć spowodowało zapalenie błon mózgowych, które było skutkiem róży, co zaś do objawów u chorej spostrzeżonych dadzą się one tak wytłumaczyć: chorobliwe zmiany czucia i ruchu przez ciśnienie części górnej mlecza przedłużonego; trudność w mowie, przez wyciągnięcie nerwu podjęzykowego (*hypoglossus*), trudność w połykaniu, przez ciśnienie nerwu językowo-połykowego (*glosso-pharyngeus*). Brak uszkodzeń mózgu tłumaczy, dlaczego funkcje mózgowe były zaledwie zmienione.

Co do stanu ogólnego i fizjonomji, objaśniają się one bez wątplenia przez moc bólu. Sekcja okazała jeszcze, że niesłusznie utrzymywano w ostatnich czasach, że tumory rozwinięte

w mózgu także dawały zawsze powód do wymiotów, chora, o której mowa, nie doświadczała ich w całym ciągu swej choroby.

Przysadka mózgu. (*Hypophysis cerebri* s. *Glandula pituitaria*).

Jest to ciało zaokrąglone, a poprzecznie przedłużone, położone na siodło tureckiem, czyli w wydrążeniu na powierzchni górnej kości klinowej, u góry łączy się za pośrednictwem lejka z guzem szarym i z jamą trzecią. Przysadka mózgu obwinięta jest prawie zupełnie oponą twardą i dotyka zatoki kolistej i dwóch zatok jamistych.

Składa się ona z dwóch zrazów, błoną przedzielonych. Zraz przedni, nerkowaty z tyłu jest wklęsły, a z przodu wypukły. Zraz tylny, zawarty w wykrojeniu przednim, jest większy, więcej zaokrąglony i o połowę mniejszy. Zraz przedni składa się z dwóch istot, zewnętrznej ciemno-szarej, i wewnętrznej żółtobiaławej. Zraz tylny składa się z jednej istoty koloru jednostajnego, mniej więcej szarego, podobnej do istoty obiegającej zawoje mózgowe. Znaczna liczba naczyń włoskowatych gubi się w tych dwóch zrazach przysadki, których wydrążenia łączą się z jamą średnią.

Przeznaczenie przysadki niewiadome, niektórzy uważają ją za gruczoł limfatyczny, drudzy mieszczą ją w zwojach nerwowych, należących do wielkiego nerwu sympatycznego. Ostatnią opinię przyjmuję, zwłaszcza, że w pracach moich dyssekcyjnych, widziałem wielką liczbę nitek nerwowych, pochodzących od zwoju szyjowego górnego, a udających się do tego organu.

Skutkiem moich poszukiwań P. Bourger'y uważa przysadkę za początek czaszkowy wielkiego nerwu sympatycznego.

Budowa. Przysadka jest gruczołem krwistym. Zraz jej przedni złożony jest z tkanki komórkowatej, naczyniowej. Oczka tej tkanki powstają z skrzyżowania się nitek między sobą, mieszczą w wnętrzu swoim komórki jądrowate składu ziarnistego, między którymi znajdują się komórki zarodkowe, albo też jak to ma miejsce u starców, kółka galaretowate. Zraz tylny również naczyniowy, mieści w sobie: istotę ziarnistą, subtelną, jąderka i włókna nabrznięte, pochodzące z lejka szyszki, stąd wynika jeszcze podobieństwo zrazika tego do istoty szarej.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

(Ciąg dalszy — p. Nr. 16 i 17).

Statystyczno-graficzne przedstawienie stanu kraju pod względem ostrych chorób zakaźnych w okresie 10-letnim wygłosił Dr. A. Ciagliński, Naczelnik Wydziału w Departamencie Służby Zdrowia, a to treści następującej:

Ponieważ przeciętna liczba ludności ziem polskich, z których nadchodziły zgłoszenia o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne w okresie sprawozdawczym pierwszego dziesięciolecia, wahała się od 18.578.624 (w pierwszych 6 miesiącach 1919 roku wynosiła 15.925.664) do obecnie przyjętej 26.858.192, wykazywanie absolutnych liczb zachorowań i zgonów na choroby zakaźne dawałoby obraz, wyłączający możliwość porównawczych zestawień poszczególnych lat; wykazano liczby zapadalności względne, obliczone na 100.000 lud-

ności przeciętnej w danym okresie sprawozdawczym rocznym.

Średnia zapadalność na dur osutkowy w rozpatrywanym czteroleciu $592\frac{0}{0000}$ stoi na pierwszym miejscu w szeregu poszczególnych chorób o zmniejszającym się nasileniu, sześciokrotnie przewyższając bezpośrednio po niej idącą czerwonkę z zapadalnością $97\frac{0}{0000}$.

Druga grupa B (1923—1924) o niskich cyfrach zapadalności rocznej ogólnej $337\frac{0}{0000}$ i $301\frac{0}{0000}$, i bez wybitnej odskakującej od pozostałych cyfr zapadalności $62,91\frac{0}{0000}$ płonica i $60,18\frac{0}{0000}$ odra.

W grupie C (1925 — 1928) dwie stojące na czele choroby: odra i płonica wykazują przeciętną zapadalność roczną $174\frac{0}{0000}$ i $118\frac{0}{0000}$, o wiele przekraczającą zapadalność chorób, bezpośrednio za nimi idących, duru brzusznego $58\frac{0}{0000}$ i następnie jaglicy $36\frac{0}{0000}$.

Poza zapaleniem opon mózgowych ($45\frac{0}{0}$) i zakażeniem połogowem ($36\frac{0}{0}$) najwyższą śmiertelność daje ospa — $16,95\frac{0}{0}$, której zapadalność za to stoi

na trzynastem miejscu w grupie B i C, a na dziesiątym — w grupie A.

Dr. L. Hirszfeld, Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, wygłosił referat p. t. „Najnowsze metody w zwalczaniu i zapobieganiu ostrym chorobom zakaźnym” treści następującej:

Podstawą zabiegów sanitarnych, izolacji, dezynfekcji, badań na nosicielstwo i t. p., są postulaty Henlego-Kocha, głoszące, że zarazek chorobotwórczy znajduje się jedynie w ognisku chorobowym, w otoczeniu chorego, nie znajduje się u zdrowych. Odróżniano zatem zarazki chorobotwórcze, które w zetknięciu się z ustrojem człowieka lub zwierzęcia wywoływały pewne zmiany chorobowe, i bakterje nieszkodliwe, saprofityczne. Bakteriologia współczesna stwierdza jednak, że szereg zarazków chorobotwórczych jest tak rozpowszechniony, że o wyodrębnieniu i izolacji zdrowych nosicieli nie może być mowy. Poza epidemią, dostrzegalną klinicznie, stwierdzalną za pomocą zgłoszeń, odróżnia ona epidemie utajone, które dopiero przy pewnym nasileniu znajdują wyraz w zachorowaniach. Źródło tego nasilenia chorobotwórczości, powtarzającej się okresowo, jest niaznanne. Dlatego najlepiej byłoby odróżniać zarazki o chorobotwórczości ustalonej, i zarazki fluktuujące, zmieniające swoją chorobotwórczość. Walka z takimi zarazkami fluktuującymi, wobec ich wielkiego rozpowszechnienia, za pomocą naszych zwykłych zabiegów sanitarnych jest często nie do przeprowadzenia. Zmniejszenie kontaktu i polepszenie ogólnych warunków bytowania ludności nie zależy od ingerencji lekarza. Natomiast lekarz może podnieść stan odporności społecznej, zmniejszyć zapadalność przez szczepienia ochronne. Zdaniem referenta następujące szczepienia ochronne powinny być bezwzględnie stosowane: przeciwbłonicze, przeciwpłonicze, przeciwdrurowe, w miarę potrzeby przeciwczerwonkowe i przeciwczerwonkowe, wreszcie należałoby stosować na szeroką skalę, ale w warunkach, umożliwiających ich kontrolę, szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmette'a.

Statystyka lat ostatnich jest tak przekonywająca, że stosowanie i propagowanie szczepień ochronnych powinno być jednym z najważniejszych zadań władz sanitarnych.

Dotychczasowe wyniki walki z gruźlicą i plan Departamentu Służby Zdrowia na najbliższy okres (Dr. Skokowska-Rudolfowa).

Mówiąc o wynikach akcji przeciwgruźliczej, można mówić tylko o rozwoju instytucji zwalczania gruźlicy, ale jeszcze nie o wpływie tej akcji na zdrowotność. Zestawienie wszystkich rozpoznanych przypadków gruźlicy w Polsce w ciągu kilku lat wykazałoby stały wzrost liczby tych przypadków, z czego nie możnaby jeszcze wyciągnąć wniosku, że w Polsce gruźlica coraz bardziej się szerzy, a raczej że jest coraz częściej wynajdywana i rozpoznawana. Gdybyśmy mieli wystarczającą sieć przychodni przeciwgruźliczych, to po pierwszym okresie wzrostu liczby przypadków nastąpiłby okres nasycenia, a potem okres spadku, o ile poza przychodniami istniałby dostateczny

arsenał innych zakładów przeciwgruźliczych i środków zapobiegawczych.

Jesteśmy w okresie, w jakim znajdowały się Stany Zjednoczone przed rokiem 1913, t. j. stałego wzrostu liczby rozpoznawanych przypadków gruźlicy.

W zakresie specjalnego ustawodawstwa należy przypomnieć, że, nie mogąc przeprowadzić ustawy, obejmującej całokształt zagadnienia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) wydało szereg zarządzeń fragmentarycznych. Ponadto niektóre okólniki Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego zawierają przepisy, dotyczące osób chorych lub podejrzanych o gruźlicę.

Niezależnie od wydanych przepisów ruch przeciwgruźliczy rozwijał się intensywnie. Należy podkreślić, że szczególną żywotność i trwałość ruch ten wykazywał w okręgach, gdzie był popierany przez władze sanitarne rządowe.

W cyfrach ruch ten przedstawia się następująco:

Przychodni przeciwgruźliczych było:						
	w r. 1920	1922	1925	1926	1927	1928
	30	37	65	122	140	165
łóżek szpit.	—	—	—	2608	3058	—
łóżek sanat.	—	—	—	3121	3769	4313

Udział Rządu wyraża się w coraz rosnących subwencjach na zwalczanie gruźlicy.

Na ten cel udzielono w roku:

1924	1925	1926/27	1927/28	1928 29	1929 30 prelim.
15.000 zł.	185.000	375.000	425.000	825.000	1.050.000

Subwencjonowano instytucji:

24	61	62	przeszło 100
----	----	----	--------------

Departament Służby Zdrowia pokrywał w całości koszty organizacji kursów przeciwgruźliczych dla lekarzy, kursów dla higienistek, wywiadowczyń wiejskich, oraz niektórych wydawnictw, jak obszernego dzieła „Gruźlica i jej zwalczanie”. Ponadto finansował prace Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Zainteresowanie społeczeństwa wzrosło znacznie, czego miarą może służyć rozwój liczby towarzystw przeciwgruźliczych:

w r. 1920	1922	1925	1926	1927	1928
14	15	61	118	136	137

Co do samorządów, to dokładnych danych niema, wydaje się jednak, że udział ich, poza samorządami kilku wielkich miast, jest nieznaczny.

Krytyczny rzut oka na pracę instytucji przeciwgruźliczych i na ich liczbę pozwala wyciągnąć następujące wnioski: 1) nie wszystkie przychodnie przeciwgruźlicze odpowiadają wymaganiom, 2) liczne przychodnie, pracujące skądinąd dobrze i energicznie, nie mają laboratorjów, a bardzo nieliczne mają Roentgena.

Statystyka za rok 1927 wykazuje, że przez przychodnie przeszło ogółem 59.890 osób, stwierdzono w tem chorych na gruźlicę 32.475 osób, czyli 54%. Z pośród tych chorych skierowano do szpitali i sanatorjów razem 4.172 osoby, czyli nie-

całe 13% (12,8%). Reszta, t. j. 28.300 osób, chorych na gruźlicę, pozostaje w domach bez jakiegokolwiek opieki zakładowej i w większości przypadków w złych warunkach mieszkaniowych (bez woj. śląskiego i m. Łodzi).

Jeśli chodzi o przychodnie przeciwgruźlicze, to poza Warszawą i Śląskiem najlepiej przedstawia się Białostockie, gdzie praca tak pod względem ilości, jak i jakości szybko w ostatnich czasach posuwa się naprzód. Energicznie również rozwija się Tarnopolskie.

Jeśli chodzi o szpitalnictwo gruźlicze, to najlepiej przedstawiają się województwa zachodnie i krakowskie, najgorzej natomiast — Kresy Wschodnie. Co do woj. krakowskiego, to wielka liczba łóżek zależy od tego, że zalicza się tu łóżka sanatoryjne w Zakopanem, które w rzeczywistości obsługują całą Polskę.

Jak wielkie są braki w tej dziedzinie, można wnosić, jeśli się te liczby zestawia ze skromnymi bodaj wymaganiami teoretycznymi. Przeciętna śmiertelność na gruźlicę w wielkich miastach Polski wynosi 30:10.000 ludności (dane z roku 1924). Jeśli przyjmujemy tę cyfrę dla całego terytorium, to należy przyjąć, że mamy rocznie 80.000 przypadków śmierci z gruźlicy, zaś chorych na gruźlicę (przyjawszy liczbę siedmiokrotnie większą) przeszło $\frac{1}{2}$ miliona. To znaczy, że przychodnie przeciwgruźlicze mają w swojej ewidencji zaledwie niecałe 12%, a skierowały do zakładów 0,83% tych „teoretycznych” gruźlików. Pozostają chorzy, leczeni przez lekarzy prywatnych, na co w naszych warunkach materialnych niewielu ludzi może sobie pozwolić, oraz chorzy kasowi, ale zaledwie 15% ludności jest ubezpieczonych.

Zgodnie z wymaganiami zachodnio-europejskimi w zakresie akcji przeciwgruźliczej: 1 przychodnia (ośrodek zdrowia), dobrze zaopatrzona, powinna przypadać na 10.000 ludności (u nas na 75.000 — 400.000), 1 pielęgniarka — wywiadowczyni na 2 — 3.000 mieszkańców (u nas 1: 200.000), 1 łóżko na każdy przypadek śmierci z gruźlicy (u nas 80.000 zgonów — 7.360 łóżek), lub tam, gdzie liczba zgonów nie jest znana, 1 łóżko na 1.000 mieszkańców. U nas (bez woj. śląskiego i krakowskiego) przypada na 1 łóżko od 2.000 do 400.000 mieszkańców.

Tak się przedstawia stan obecny pomimo, że wysiłek i postęp był w ciągu 10-lecia ogromny.

Przyszłe zadania można pokrótce sformułować w następujący sposób: 1) kompletne ustawodawstwo, 2) tworzenie kompleksów instytucji przeciwgruźliczych, 3) zjednoczenie w jednych rękach zwalczania gruźlicy, 4) kontrola instytucji.

Projekt ustawy przeciwgruźliczej przewiduje obowiązkowe zgłaszanie przypadków gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, organizację odpowiedniej liczby przychodni przeciwgruźliczych, łóżek dla chorych na gruźlicę, oraz zakładów zapobiegawczych. Cały ciężar finansowy zostaje powierzony na samorządy. Zakłady szpitalne obowiązane są utrzymywać szpitale wogóle (zakłady specjalne, w myśl ustawy o zakładach leczniczych, są utrzymywane przez wojewódzkie związki komunalne). Minister Spraw Wewnętrznych ma prawo zgodnie z projektem wydawać wszelkie zarządzenia w celu zapobiegania szerzeniu się gruźlicy.

Tworzenie kompleksów instytucji przeciwgruźliczych zostało szczególnie podkreślone, gdyż dotąd istnieje przerost instytucji rozpoznawczych (przychodni) nad zakładami i innymi. Tymczasem należy zdać sobie sprawę, że przychodnia nietylko jest ośrodkiem zwalczania gruźlicy, ile „sortownią” i powinna mieć odpływ chorych. Większość naszych przychodni nie umieszcza swoich chorych w zakładach, bo niema gdzie ich izolować i leczyć. Przychodnia, która odpływu chorych niema, traci mniej więcej 50% swojej wartości. Leczenie domowe czy izolacja w mieszkaniu chorego z gruźlicą zaraźliwą przez długi jeszcze czas będą u nas niemożliwe, trzeba pamiętać o tem, że w Polsce mieszkania jednoizbowe stanowią 36,8% ogółu mieszkań, z tego 67% mieści się w piwnicach i suterrenach (dane te dotyczą miast z ludnością ponad 20.000 ludności — Rocznik Statystyczny 1928 r.).

W referacie Dr. Salak, Naczelnik Wydziału Zdrowia w woj. tarnopolskim, słusznie zaznacza, że różnica między przychodnią i poradnią zaciera się; organizacja ich powinna oprzeć się na instytucjach, mających stałe podstawy finansowe — samorządy i kasy chorych. Wydaje się, że z przychodniami finanse samorządowe powinny dać sobie radę. Natomiast wielkie trudności nasuwają się przy zamierzonej organizacji szpitala czy sanatorium. Jest to następne, niezbędne ogniwo. Najbardziej humanitarną jednostką jest szpital-sanatorium, możnaby również organizować oddziały obserwacyjno-izolacyjne przy szpitalach ogólnych, oraz związane z nimi organizacyjnie wojewódzkie sanatorium, do którego byłiby kierowani chorzy uleczalni. Trzecim ogniwo byłoby wojewódzkie prewentorium dla dzieci. Jest to zakład leczniczy dla dzieci z gruźlicą gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i gruźlicą gruczołową zewnętrzną, nieropiejącą, niewymagającą leczenia chirurgicznego. Bezwzględnie wyłączone są dzieci z gruźlicą zaraźliwą. Jest to również zakład zapobiegawczy dla dzieci ze środowiska gruźliczego, które wykazują osłabienie stanu zdrowia, i które groźba zakażenia nakazuje przenieść do zdrowego środowiska.

Sfinansowanie zakładu leczniczego jest trudne, dlatego zwrócę uwagę na niezmiernie ciekawy projekt p. D-ra Brodowicza, Naczelnika Wydziału Zdrowia w woj. białostockim, utworzenia związku międzykomunalnego dla budowy wojewódzkiego sanatorium. Podstawę prawną daje tu rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.III. 1928 o związkach międzykomunalnych. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) gotowe jest popierać tworzenie przede wszystkim sanatoriów ludowych o typie barakowym.

Wszystkie te ogniwa — przychodnia, szpital, sanatorium, prewentorium — byłyby związane organizacyjnie. Departament Służby Zdrowia jest gotów popierać w pierwszej linii tworzenie tego rodzaju kompleksów. W projekcie znajduje się również organizacja wzorowego w zakresie zwalczania gruźlicy powiatu i województwa. Kontrola tych wszystkich zakładów, ześrodkowana w rękach Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, jest rzeczą niezbędną. Organem takiej kontroli powinien być inspektor (nawet 1 na kilka województw), który powinien mieć specjalne przygotowanie fti-

zjologiczne, oraz zdolności organizacyjne i wyrobienie administracyjne, a także instruktorka - pielęgniarka dyplomowana (po 1 na województwo), która objęłaby całość pielęgniarstwa (nie tylko gruźliczego) w województwie. Pielęgniarek specjalizować nie należy. W sprawozdaniach z pracy przychodni należy zwrócić uwagę na niektóre dane, szczególnie liczbę porad, stosunek liczby rozpoznanych przypadków gruźlicy do ogólnej liczby chorych, liczbę badań płwociny, liczbę skierowanych do zakładów, liczbę wywiadów (średnio 4 dziennie) i t. p. Niezbędne jest opracowanie statutu dla przychodni przeciwgruźliczych.

Wreszcie ważnym zagadnieniem, nad którym zastanawiał się Departament Służby Zdrowia wspólnie z Państwową Naczelną Radą Zdrowia,

była sprawa uporządkowania uzdrowisk dla chorych gruźliczych, przytem jako pierwszorzędny postulat wysunięto konieczność opracowania planów regulacyjnych miejscowości klimatycznych i przepisów szczegółowych dla sanatoriów, pensjonatów i t. p., przyjmujących chorych na gruźlicę.

W dyskusji nad referatami, dotyczącymi zwalczania gruźlicy, podkreślono konieczność stworzenia jak największej liczby łóżek szpitalnych, lecz nie bowiem ambulatoryjne nie wyczerpuje całości kształtu leczenia przeciwgruźliczego.

Najlepszym typem sanatorium dla chorych gruźliczych będzie stworzenie szpitala-sanatorium, któryby obejmował całość leczenia przeciwgruźliczego.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż w dniu 6—11 maja r. b. odbędzie się w Londynie V Międzynarodowy Kongres medycyny i farmacji wojskowej; w dniu 15—20 maja r. b. odbędzie się w Paryżu I Międzynarodowy Kongres lotnictwa sanitarnego; w dn. 22—26 czerwca r. b. odbędą się w Brukseli „Journées médicales“.

Ponadto Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż została utworzona Międzynarodowa Liga dla zwalczania reumatyzmu z siedzibą w Amsterdamie. Statut Ligi i wytyczne planu działania załącza się.

Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Biurowe: Holandia, Amsterdam, Keizersgracht 489.

Zarząd:

Dr R. Fortescue Fox, Przewodniczący — Londyn.
Prof. Dr. Dietrich, Radca ministerjalny — Wiceprzewodniczący — Berlin.
Dr. Henryk Forestier, Wiceprzewodniczący — Paryż.
Dr. J. van Breemen, Sekretarz honorowy i Dyrektor biura ekspertów w Amsterdamie.
Prof. I. Gunzburg, drugi Sekretarz — Antwerpja.

Statut.

Art. 1. Utworzona zostaje Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi.

Art. 2. Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi ma za zadanie:

1) Tworzyć łączność między narodowymi Komitetami lub innymi organizacjami w walce przeciwko reumatyzmowi w różnych krajach, skoordynować wysiłki tych Komitetów i ustalić łączność między międzynarodowymi organizacjami w wypadku, gdy chodzi o zwalczanie reumatyzmu.

2) Organizować konferencje naukowe i o charakterze społecznym, dotyczące reumatyzmu.

3) Przeprowadzać studia porównawcze nad reumatyzmem, doświadczalne, statystyczne i kliniczne.

4) Zorganizować międzynarodową statystykę, dotyczącą reumatyzmu.

5) Przyczynić się do badań nad reumatyzmem w różnych krajach i rasach.

6) Zbierać informacje i udzielać te informacje Komitetom Narodowym, Rządom i organizacjom we wszystkich kwestiach, dotyczących reumatyzmu.

Art. 3. Siedzibą Zarządu Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi będzie na przeciąg 10 lat Holandia.

Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi winna się zbierać co rok.

Art. 4. Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi składa się z członków zwyczajnych, doradczych, korespondujących i honorowych.

Członkowie doradcy, korespondujący i honorowi mianowani są przez członków zwyczajnych. Członkowie zwyczajni wybierani są przez Komitet Narodowy Kraju, który reprezentują.

Art. 5. Międzynarodowa Liga przeciwko reumatyzmowi winna posiadać Urząd doradczy dla wszystkich kwestyj, dotyczących reumatyzmu, naukowych i społecznych dla usługi każdego rządu. Komitetu Narodowego przeciwko reumatyzmowi i innych organizacji, które pomagają urzędowi doradczemu i organizują biblioteki, archiwa i t. p.

Sekretarzem Ligi Międzynarodowej przeciwko reumatyzmowi jest Dyrektor urzędu doradczego.

Art. 6. Sekretarz po konsultacji z Prezydentem winien przedłożyć członkom Międzynarodowej Ligi przeciwko reumatyzmowi i Komitetom Narodowym przeciwko reumatyzmowi roczne sprawozdania.

Art. 7. Wydatki Komitetu i Urzędu Doradczego mają być ponoszone przez subsydia ze strony Komitetów.

Art. 8. Kwestja używalności w obradach języka będzie zdecydowana zależnie od okoliczności.

Art. 9. Wszystkie punkty, niezawarte w statucie, zostaną uregulowane dodatkowo.

Funkcje Ligi.

1. Zapoczątkować, jako władza centralna, międzynarodową kampanję przeciwko reumatyzmowi.

2. Wspomagać w utworzeniu komitetów narodowych w tym kierunku, jednakże nie w drodze ograniczenia swobody i działalności.

3. Przygotowywać i rozsyłać wiadomości ogólne, statystyczne, użyteczne dla tego Archiwa Medycznej Hydrologii i innych wydawnictw.

4. Dążyć do lepszej klasyfikacji i nomenklatury chronicznych chorób reumatyzmu.

Wytyczne dla działalności Ligi.

1. Przeprowadzać praktyczne i statystyczne badania co do reumatyzmu w rozmaitych krajach, używając ten sam schemat, jaki używa Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia.

2. Przeprowadzić studia naukowe, dotyczące zagadnienia reumatyzmu.

3. Zbadać wnioski, przedłożone Towarzystwom ubezpieczeniowym co do lepszego traktowania chorych ubezpieczonych.

4. Organizować drobne Komitety dla studjowania poszczególnych wypadków klinicznych w różnych krajach.

— Ministerstwo Spraw Zagranicznych zawiadomiło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, iż belgijskie Ministerstwo Kolonij skłonne jest przyjąć na służbę w belgijskim Kongo lekarzy narodowości polskiej.

Ewentualni kandydaci winni składać podanie wprost do Ministerstwa Kolonij w Brukseli, dołączając do podania dyplom

lekarski, świadectwo moralności i dobrego prowadzenia, zaświadczenie o stanie zdrowia oraz dowód z odbywania praktyki lekarskiej.

Jako jeden z zasadniczych warunków przyjęcia podania do rozpatrzenia wymagana jest zupełna znajomość języka francuskiego w mowie i piśmie.

— Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do Kuratorów wszystkich Okręgów Szkolnych, do Wydziału Oświecenia Publicznego w województwie Śląskiem i do Liceum Krzemienieckiego w sprawie zmiany obuwia w szkołach.

Spostrzeżenia lekarzy szkolnych wykazały, że do najczęstszych schorzeń dziatwy i młodzieży w wieku szkolnym, które w sumie powodują największą liczbę opuszczeń dni szkolnych, należą tak zwane przeziębienia. A jako przyczyny różnych zapaleń gardzieli (angin), katarów dróg oddechowych, katarów uszu z wtórnym osłabieniem słuchu, różnych cierpień reumatycznych, powikłanych niekiedy nawet schorzeniami serca, — lekarze szkolni uważają parogodzinny pobyt dziatwy w szkole w zamokłem od śniegu lub deszczu obuwiu, z wilgotnemi, zziębniętymi stopami.

Dodatkowo lekarze szkolni i nauczyciele zaznaczają, że podobny stan stóp wpływa ujemnie na krążenie krwi w organizmie dziecka, na jego zdolność do skupienia uwagi, i zmniejsza wydajność jego pracy umysłowej. Pozatem badania bakteriologiczne wykazały, że powietrze w tych szkołach w których dziatwa szkolna zmienia obuwie i nosi pantofle, jest o wiele czystsze, gdyż nie wnosi na obuwiu do izb szkolnych ulicznego brudu i kurzu z różnemi zarazkami.

Zauważono również, że dziatwa, która zmienia w szkole obuwie, chętnie czyni to samo u siebie w domu, przez co przyczynia się do propagandy tego higienicznego zwyczaju wśród swoich domowników.

Mając to wszystko na uwadze, w trosce o zdrowie dziatwy i młodzieży szkolnej, Ministerstwo zaleca, by, gdzie tylko warunki na to pozwalają, a więc przedewszystkiem tam, gdzie można znaleźć pomieszczenie na przechowanie obuwiu i gdzie miejsca ustępowe znajdują się w samym budynku szkolnym, dziatwa i młodzież szkolna w okresie od dnia 1 listopada do dnia 1 kwietnia po przyjęciu do szkoły zdejmowała obuwie i wkładała pantofle, choćby najskromniejsze, sposobem domowym lub na lekcji robót ręcznych z resztek materiałów sporządzone.

Pantofle należy co pewien czas wietrzyć i trzepać.

W dostarczaniu niezamówionej dziatwie pantofli mogłyby przyjsć z pomocą i dozory szkolne.

Uregulowanie w szczegółach zaleceń okólnika Ministerstwo pozostawia administracji szkolnej.

Podsekretarz Stanu

(—) Sł. Czerwiński.

— W dniach 22—24 lipca r. b. odbędzie się w Paryżu Pierwszy Kongres Międzynarodowy Aktynologiczny, organizowany przez paryski Instytut Aktynologiczny. Kongres będzie połączony z wystawą przyrządów aktynologicznych, oraz z wykładami. Koszt karty uczestnictwa wynosi 100 franków francuskich. Osoby towarzyszące płacą 50 franków. Zapisy skierowywać należy do Dr-a Dufestel, 150 bis Boulevard Pereire, Paris XVII; — zgłoszenia odczytów przyjmują się do 1-go lipca r. b. — Jako języki urzędowe uznane są: francuski, angielski, niemiecki, włoski.

Ogłoszono następujące tematy programowe:

1. Wybór jednostki dawkowania promieni nadfioletowych.
2. Leczenie światłem gruźlicy otrzewny.
3. Wartość zapobiegawcza promieni nadfioletowych.
4. Leczenie goścca promieniami podczerwonymi.

— Na Wileńszczyźnie, w Nowogródzkim i Grodzieńskim przeprowadzone zostaną laryngologiczne i bakteriologiczne badania nad twardzielą, w miejscowościach, gdzie powstały ogniska tej choroby, pod kierunkiem profesora dra Jana Szmurły, dyrektora kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Cała akcja, finansowana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia), będzie miała na celu przebadanie ludności i wyłowienie tajonych, względnie dotychczas nierozpoznanych przypadków tej choroby.

Byłoby pożądanem, aby podobne badania przeprowadzone zostały i na innych ziemiach polskich, a w szczególności w Siedleckim, Lubelskim, na Chełmszczyźnie, Wołyniu oraz w Małopolsce Wschodniej i Zachodniej, gdzie twardziel należy do chorób, często napotykanym.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszyszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszków do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urząda wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapii i klimatoterapii polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W Piątek 26 Kwietnia, godz. 20³⁰ odbył się 9-y tegorocznej serii odczyt p. Jerzego Czopa p.t. „Uzdrowiska klimatyczne na Śląsku”.

— Nr. 8-my dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: „Kształcenie woli” M. Jacynówny, „Najlepsza zabawa” (przebieganie i inscenizacja bajek) Ewy Szelburg, „Czas pomyśleć o wakacjach” (szereg praktycznych wskazówek) J. Prażmowskiej, „Wycinanki” M. Wąsowicz-Sopoćkowej, zapoczątkowanie cyklu „Gimnastyki dziecięcej” M. Miłobędzkiej. Dalej następują rozważania magistra djetetyki M. Morzkowskiej na temat „Co powinna robić matka aby mieć więcej pokarmu”, „Rabka” (właściwości lecznicze) d-ra T. Welfe, dział dyskusyjny „Matki między sobą” i szereg fachowych wskazówek w odpowiedziach redakcji.

TREŚĆ: M. BORSZTAJN. Życie płciowe kobiety w świetle psychoanalizy. (Dok.) — J. TYPOGRAF. W sprawie nie-domogi wielogruzołowej.—N. ZANDOWA. Termoregulacja (Str. zbior. Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — Z. BYCHOWSKI. Ludwik Maurycy Hirszfild. Profesor anatomji (Dok.) — Z działalności Departamentu Służby zdrowia. (C. d.) — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORSZTAJN. La vie sexuelle de la femme et la psychoanalyse. (fin). — J. TYPOGRAF. A propos de l'insuffisance pluriglandulaire. — N. ZANDOWA. La thermorégulation (Rev. gén. fin). — Z. BYCHOWSKI. Louis Maurice Hirszfild, professeur d'anatomie (fin). — L'action du Département de Santé.

W A R U N K I P R E N U M E R A T Y:

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.