

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VI

WARSZAWA, 7 LISTOPADA 1929 R.

Nr. 45

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Znaczenie t. zw. stanu grasiczo-limfatycznego (st.thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej*)

Podał

Prof. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI.

Zanim zajmiemy się bezpośrednio poruszoną tematem, w krótkich słowach przypomnimy budowę grasicy i wyłuszczymy panujące obecnie poglądy co do jej czynności fizjologicznej.

Wed. Hammar już u 3-miesięcznych płodów występują zawiązki grasicy w postaci ciała nabłonkowego, lecz niema jeszcze zróżnicowania na istotę korową i rdzenną i nie spotyka się ciała Hassala; Szymonowicz twierdzi, że te ostatnie zjawiają się w końcu 3-go miesiąca życia płodowego.

Hammar dzieli rozwój grasicy na następujące okresy:

- 1) Stadjum organizacyjne w 3—4 mies. życia płodowego. Podłoże nabłonkowe tego narządu jest już wykształcone i do 31 mm. długości płodu — bez domieszki limfocytów. Istota rdzenna po raz pierwszy wyraźnie występuje u płodu dług. 36, 8 mm; w 3-im mies. istota rdzenna przedstawia się w postaci zbitej masy, przez którą drążą pasma tkanki łącznej, potem tworzy się folikularne zróżnicowanie kory. Ciała Hassala zjawiają się u płodu od 41 mm. długości, stale zaś występują poczynając od 51 mm. dług. We wczesnych okresach wśród mięszu znajduje się dużo limfocytów i pierwotnych komórek krwi; w końcu 3 mies. ma miejsce odpływ limfocytów z narządu.
- 2) Późniejszy okres zarodkowy dotyczy ostatnich 6-iu miesięcy życia płodowego i dojrzałości; w tym ostatnim okresie miąższ waży ok. 11,92 gr. (kora 8,73, istota rdzeniowa 3,19 gr.), tworzą się nowe folikuly, zjawiają się ciała lipidalne w postaci grudek wśród miąższu, lub rozrzucone w poszczególnych komórkach, od 5 mies. w ciałkach Hassala również da się wykazać obecność ciał tłuszczowych, w tymże

miesiącu występują nacieczenia jadrzastych erytrocytów wśród miąższu, komórki limfocytowe i myeloidowe.

- 3) Okres dzieciństwa od 1 do 15 r. życia. W pierwszych 5 latach miąższ wybitnie się rozrasta (waga ok. 19,8 gr. w następnym 5-cio leciu ok. 21,8 gr. w tem kora 13-14,4 gr., rdzeń 5,3 do 7,9 gr.) Wskaźnik stosunku kory do rdzenia wynosi z początku 2,7, potem 1,7. Tkanki łącznej również dużo, jak i miąższowej, stąd folikuly są wyraźnie od siebie odsunięte. Ciała Hassala coraz więcej: po porodzie było ich ok. miliona, w końcu okresu dzieciństwa — do półtora miliona. W obrębie miąższu znajdują się komórki zawierające ciała tłuszczowe; ciała takie spotykamy i w obrębie fibroblastów w tkance między zrazikami przy naczyńiach. W obrębie istoty rdzennej stale się znajduje nagromadzenia limfocytów.
- 4) Okres młodzieńczości od 16 do 20 r. życia. Miąższ wagi od 13,18 do 20,9 gr. stanowi ok. 55%, względnie połowę całego narządu (istota korowa od 13 do 7 gr.; istota rdzenna 7-6 gr.) kora występuje w postaci wąskiego pasma, rdzeń tworzy szerokie sznury, tkanka śródmiąższowa stanowi ok. połowy narządu i składa się z tkanki tłuszczowej i łącznej. Stwierdza się dużo komórek zawierających ciała tłuszczowe, nagromadzenia limfocytów tylko w istocie korowej, w tkance siateczkowej kory, co powoduje tworzenia się przezroczystych ognisk w postaci małych plamek. Ciała Hassala mniej niż poprzednio (704,135 i jeszcze mniej).
- 5) Okres męski od 21 do 25 i 26-46 r. życia. Miąższ w postaci cienkich sznurów, kora i istota rdzenna wyraźnie odgraniczają się od siebie. Tkanka tłuszczowa b. obfita, stąd nieraz przy sekcji nie widać miąższu grasicy. Dużo też i tkanki łącznej. Waga narządu wynosi od 18,8 do 20,2 gr., lecz na właściwy miąższ przypada tylko ok. 50% wagi, a w wieku ok. 36 do 45 lat ok. 15, to znaczy ok. 4

*) Wygłoszone w Sekcji Anat. Patol. i Med. Sąd. XIII Zjazdu Przyr. i Lek. w Wilnie.

gr. Te cyfry podobne są do przeciętnej wagi ok. 8 mies. ciąży. Wskaźnik wynosi ok. 1, liczba ciałek Hassala—ok. 492,591, w latach 36-41 — 262,482, zmniejsza się ona równoległe z zanikiem mięszu. Tkanki łącznej dużo, ulega ona stwardnieniu i obfitemu nacieczeniu limfocytami i komórkami tłuszczowemi; wśród mięszu występuje zarastanie naczyń.

- 6) Okres starczy od lat 46. Mięszu mało od 3 do 5,3 gr. (są jednak i wyjątki). Granica między korą a rdzeniem wyraźna. W wielu wypadkach występuje zupełny zanik mięszu i tworzy się t. zw. „grasicze ciało tłuszczowe”. Waga całego narzędu wynosi 12-16 gr. a w późniejszych okresach 7-9 gr. Ciałek Hassala coraz mniej i ulegają one zwapnieniu, występują nacieczenia limfocytarne, tkanki tłuszczowej b. dużo.

Schridde stwierdza, że ciała Hassala składają się z komórek włókienkowatego nabłonka (Faserepitellzellen), połączonych ze sobą mostkami. Często spotyka się złoże keratohyalynowe i zrogowacenia. W większych ciałkach występują komórki neutrofilowe i eozynofilowe, czasami zaś widzi się i stłuszczenia; często spotykamy kryształki cholestearyny i złoże wapniowe. Na szczycie rozwoju na granicy między istotą korową a rdzenną napotykamy warstwę komórek eozynochłonnych, które ulegają zanikowi w miarę inwolucji narzędu lub pod wpływem zmian chorobowych. Istota rdzenna grasicy jest utworzona przez komórki pochodzenia nabłonkowego; są one połączone ze sobą wypustkami, tworząc w ten sposób siateczkę, w oczkach której znajdują się limfocyty, często w okresie podziału. Wśród istoty rdzennej znajdują się rozrzucone ciała Hassala. Istota korowa składa się z okrągłych, niedużych komórek, o stosunkowo dużym jądrze, zawierającym delikatny zrąb chromatynowy. Na szczycie rozwoju widzi się tu liczne figury podziału. Komórki kory układają się w postaci sznurów; są one pochodzenia nabłonkowego.

Taką jest dość dobrze nam znana budowa drobnowidzowa grasicy. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy dotkniemy sprawy czynności fizjologicznej tego narzędu. Tu jak zobaczymy, panuje duża rozbieżność poglądów i zapatrywań. Hammet w małej monografii o fizjologii grasicy, wydanej w r. 1928 stwierdza, że wogóle nic dokładnego nie wiemy o jej czynności fizjologicznej.

W celu zbadania czynności grasicy, stosowano zarówno rozmaite doświadczenia na zwierzętach (wycinanie, karmienie tkanką narzędu i t. p.) jak i obserwacje przy wszelkich sprawach chorobowych u ludzi, wzgl. w rzadkich przypadkach — usunięcie na drodze operacyjnej tego narzędu i obserwacja skutków jego braku. Według Borygo u dzieci po usunięciu grasicy nie obserwuje się żadnych objawów chorobowych, gdyż zawsze pozostaje jednak w organizmie pewna ilość tkanki gruczolowej. Poza tem autor stwierdza, że na tej drodze ustalenie czynności gruczołu jest trudne, gdyż istnieje duża korelacja czynności gruczolów sekracji wewnętrznej i nie jest możliwym odróżnić i wyosobnić czynności grasicy przed i po wycięciu.

U młodych zwierząt stwierdza się jednak pewien wpływ grasicy na ogólne odżywianie i roz-

wój kośćca. U psów, po usunięciu tego gruczołu w okresie pierwszym, utajonym, nie obserwuje się wyraźnych zmian, lecz krzywa wzrostu jest mniej żywa, niż u zwierząt kontrolnych. Następnie występuje okres drugi, dystroficzny: psy łatwo się męczą, powoli reagują na podnieci, występuje osłabienie mięśni, kończyny ulegają deformacji i opóźnieniu w rozwoju, przednie otrzymują ustawienie *pes varus*. Czaszka wskutek opóźnienia w rozwoju przybiera kształt okrągły. Dalej idzie okres kachektyczny: upadek wagi, znaczne osłabienie mięśni, utrata sił, a w ciągu 2—9 miesięcy zejście śmiertelne.

Bory jest zdania, że brak dowodów na to, iż grasica bierze udział w tworzeniu ciałek krwi, gdyż nie oddziaływa ona tak, jak inne narządy krwiotwórcze przy skrwawieniu się. Przy wycięciu grasicy ulegają przerostowi grudki chłonne śledziony i odwrotnie, wycięcie śledziony powoduje przerost grasicy. Rola ochronna grasicy dla organizmu również nie jest dowiedziona; co prawda, zwierzęta po wycięciu grasicy łatwiej zapadają na choroby zakaźne, lecz nie można tego odnieść tylko na karb braku grasicy.

Zastrzykiwanie wyciągu z grasicy powoduje obniżenie ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna, lecz to samo się widzi i przy zastrzykiwaniach wyciągu i z innych narządów.

U zwierząt z wyciętą grasicą zmniejsza się przejściowo waga gruczolów płciowych. Według niektórych przerasta, według innych zanika tarczycy przy wycięciu grasicy. Można przypuszczać, że grasica bierze czynny udział w szybkim rozwoju w pierwszych miesiącach życia, tarczycy zaś reguluje tworzenie się kształtów ciała. Przy wycięciu grasicy przerastają nadnercza i odwrotnie.

Pearce i Allen potwierdzają spostrzeżenie co do mniejszej odporności zwierząt, pozbawionych grasicy, a w szczególności stwierdzają, że króliki z wyciętą grasicą posiadają mniejszą odporność w stosunku do kiły.

Wielokrotnie podnoszono stosunek fizjologiczny między grasicą a innymi gruczolami wydzielania wewnętrznego, i stwierdzono, że przy dużej grasicy występuje zanik istoty rdzennej nadnerczy, że między gruczolami płciowymi a grasicą ma miejsce pewien antagonizm: przy braku gruczolów płciowych mamy przerost grasicy i t. p. U nas zagadnieniami temi zajmował się przedewszystkiem Hornowski. Zaznaczał on, że w małej grasicy mogą być silnie rozwinięte czynne elementy nabłonkowe, w dużej może przeważać tkanka, składająca się z limfocytów, nieczynnych pod względem wewnętrznego wydzielania. Bauer podnosi, że być może, grasica wydziela jakiś hormon, który wpływa pobudzająco na przemianę soli wapnia, powodując lepszą jego asymilację, pobudza w sposób jeszcze niewyjaśniony czynność mięśniową i wzmacnia intensywność wzrostu organizmu.

Gluziński (1912) utrzymuje, że chociaż grasicy z biegiem czasu ulega zanikowi, nigdy jednak nie zanika całkowicie, wobec tego takie wyrażenie, jak *thymus persistens* winno odpaść. Być może, że czynność grasicy w ustroju polega na podtrzymywaniu procesów syntetycznych i zapobieganiu nagromadzeniu się kwaśnych połączeń.

Usunięcie grasicy powoduje zmiany w ukła-

dzie kostnym, zatrucie kwasami i wyniszczenie ustroju.

Posiadając tak nieściśle i niedostateczne wiadomości co do czynności fizjologicznej grasicy, jest rzeczą zrozumiałą, że jej znaczenie, z punktu widzenia patologii, dotychczas jest niejasne i nastrocza dużo wątpliwości. Poniżej przedstawię w streszczeniu nowsze zapatrywania w tej sprawie, przedewszystkiem uwzględniając te, które mają znacze z punktu widzenia medycyny sądowej.

Hammar określa, że grasica podczas życia osobniczego ulega b. łatwo wahaniom co do wielkości pod wpływem rozmaitych czynników: w stanach wycieńczenia występuje szybki i b. znaczny zanik, po ustąpieniu których grasica może powrócić do pierwotnej normy; zjawisko podobne obserwujemy i w chorobach zakaźnych.

W chorobie Basedowa i po kastracji grasica się powiększa, co tłumaczymy sobie zachwianiem równowagi we wzajemnem oddziaływaniu tych gruczołów: w pierwszym przypadku mamy nadczynność tarczycy, co pobudza miąższ grasicy do przerostu, w drugim — do przerostu tego miąższu pobudza brak czynności hamującej tkanki gruczołów piciowych.

Podczas ciąży ma miejsce przemijający zanik grasicy.

Naogół należy stwierdzić, że istnieje dużo czynników chorobowych, które mogą spowodować zanik miąższu grasicy, lecz po przeminięciu sprawy chorobowej zwykle grasica wraca do normy.

Z punktu widzenia medycyny sądowej najwięcej nas interesuje zmiana chorobowa, znana w patologii pod mianem stanu grasiczo-limfatycznego (*status thymico-lymphaticus*) i stanu grasiczego (*status thymicus*).

Jak się zdaje, twórcą tego pojęcia był Paltauf w r. 1889. Autor obserwował przypadki nagłych zgonów, gdzie podczas sekcji stwierdzano dużą grasicę; równocześnie nie można było ustalić właściwej przyczyny zgonu. Były to przeważnie dzieci lub osoby młode. Paltauf zauważył, że u tych zmarłych zwykle powłoki skórne były blade, tkanka podskórna tłuszczowa dobrze rozwinięta, narządy ciała przekrwione, grudki chłonne w śledzionie i mieszki chłonne jelit, przelyku i na podstawie języka powiększone, jak również i gruczoły chłonne w całym organizmie. U dorosłych czasami widział się wybitnie wąską tętnicę główną i inne tętnice ciała. Stan ten Paltauf nazwał stanem limfatycznym (*constitutio lymphatica*); uważał on, że przyczyną nagłych zgonów w takich przypadkach bywa porażenie serca, występujące na tle ogólnych zaburzeń w odżywianiu organizmu, przejawem którego jest między innymi i powiększenie grasicy.

Hornowski oraz inni badacze, jak Wiesel, Bartel i inni stwierdzają, że jako charakterystyczne cechy stanu limfatycznego „należy uważać przerost gruczołów limfatycznych, zanik grasicy i szeroką, dobrze rozwiniętą istotę rdzenną nadnerczy”. Przy stanie grasiczym czystym (*status thymicus*) niema powiększenia gruczołów chłonnych, grasica natomiast jest duża, w jej miąższu przeważają składniki nabłonkowe, istota rdzenna nadnerczy jest wąska, niedorozwinięta, w gruczołach

wewnętrznego wydzielania spotyka się tylko małą liczbę komórek eozynochłonnych.

Za charakterystyczne dla stanu grasiczo-limfatycznego Hornowski uważał nieprawidłowości w budowie ciała, przewlekłe zmiany w gruczołach chłonnych, powiększenie grasicy; w jej miąższu — dużo limfocytów, szeroką istotę rdzenną nadnerczy, dużą liczbę komórek eozynochłonnych w gruczołach wewnętrznego wydzielania. Pomiędzy wspomnianymi stanami nieraz występują przejściowe postacie i czasami niema możliwości ściśle je odgraniczyć od siebie. Hornowski uważa, że grasica powiększona na drodze mechanicznej tylko b. rzadko może spowodować śmierć przez ucisk na otaczające narządy; przyczyny zejścia śmiertelnego należy dopatrywać się w zaburzeniach wydzielania wewnętrznego grasicy, „która wtedy zawsze jest powiększoną”.

Thomas twierdzi, że od czasu Paltauf'a i Escherich'a niewiele zostało zrobione celem umocnienia pojęcia stanu grasiczo-limfatycznego i przychodzi do wniosku, że należałoby poddać rewizji cały nasz pogląd na tę sprawę, do czego szczególnie zmuszają wyniki badań sekcyjnych z okresu wojny światowej, gdy jako regułę omal znajdowano u młodych i zdrowych żołnierzy dużą (jak mówiono — powiększoną) grasicę.

Hammar, w obecnych czasach bezsprzecznie najwzięszy znawca omawianego zagadnienia, na podstawie swego ogromnego materiału przychodzi do wniosku, że niema danych do przyjęcia, iż wogóle istnieje tak zwany stan grasiczy, jak również brak danych na to, że duża grasica jest grasicą powiększoną chorobowo. Poprzednio przeprowadzone określenia wielkości grasicy były oparte na błędnem ujmowaniu wagi normalnego narządu, a stąd błędne wnioski co do jej powiększenia. Hammar twierdzi, że badanie wielkości grasicy nie może być przeprowadzone wyłącznie tylko na podstawie jej wagi (co już podnosił Hornowski), lecz również przez badanie stosunku absolutnego i procentowego istoty korowej do rdzennej, a także do tkanki łącznej i tłuszczowej; pozatem ważnem jest ustalenie liczby ciałek Hassala.

Hammar uskuteczniał swe badania, odrysowując poszczególne części gruczołu na preparatach mikroskopowych, określając planimetrycznie stosunek poszczególnych części gruczołu, wycinając je i ważąc i t. p. Na podstawie swych dociekań autor przyszedł do wniosku, że w każdym wieku mogą występować stany *thymi magni*, grasica przejściowo może ulec powiększeniu, może zawierać dużo miąższu. Czasami takie stany łączą się ze wzmogoną wrażliwością lub mniejszą odpornością na choroby, jednak powodem tego nie jest duża grasicca, jako sprawa pierwotna; jest to tylko zjawisko, towarzyszące ogólnym zmianom w organizmie. Dowodem odwrotnym mogłyby być przypadki dotyczące kastratów, u których grasicca jest duża, lecz nie spotyka się przypadków t. zw. śmierci grasiczej. Rozstrzygnięcie zagadnienia autor widzi nietylko w badaniu samej grasicy, ile w pogłębianiu naszych wiadomości w zakresie czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Bartel w latach ostatnich (1922) zdaje się, że się zbliża do poglądów Hammara.

Timme-Walter twierdzi, że przy stanie grasiczo-limfatycznym stwierdza się dysproporcję kośćca, zbyt długą klatkę piersiową, nogi i ręce; krzywicę i delikatną budowę kośćca, częste wychnięcie wskutek osłabienia stawów. Meszek pozostaje długo, żyły przeświecają przez cienką skórę, opóźnia się wystąpienie owłosienia pod pachami i na wzgórku łonowym. Występują zaburzenia rozwojowe narządów płciowych: niezupełne zejście jąder, długa lechtaczka, nieregularna i opóźniona regularność. Grasica powyżej lat 12 często zachowana; stwierdza się niedorozwój nadnerczy, układu chromochłonnego, tętnic, małą przysadkę. Często — opuszczenie się narządów, limfocytoza, eozynofilia. Klinicznie: duszność, łatwe męczenie się, kolapsy, śmierć podczas narkozy wskutek niedorozwoju układu chromochłonnego, wąskość naczyń, hypoglikemia, skłonność do kwasoty.

Czasami na tle niedorozwoju nadnerczy rozrasta się przysadka i kompensuje brak jej czynności, co można stwierdzić rentgenologicznie; wtedy występują objawy uciskowe: bóle głowy migrenowate, porażenie nerwów ocznych, nierówność źrenic i t. p.

Z punktu widzenia sądowo-lekarskiego interesuje nas przede wszystkim zagadnienie, czy istnieje jakiś związek między t. zw. stanem grasiczo-limfatycznym, stanem grasiczym i t. p., a nagłym zgonem, oraz, czy spotykamy pod tym względem jakieś specjalne zmiany u samobójców.

W sprawie związku między wspomnianymi stanami a nagłym zgonem w piśmiennictwie spotykamy rozmaite zapatrywania w zależności od tego, czy i w jakim stopniu badacz uznaje istnienie tych stanów czy też nie.

U nas zwolennikami poglądu, uznającego występowanie nagłego zgonu przy wspomnianych stanach są Kuligowski i Lebrowski. Według tych badaczy, na 802 przypadki oględzin zwłok stan grasiczo-chłonny był stwierdzony w 172 razach (22, 4%), co 5-ty przypadek grasiczy. Należy zaznaczyć że autorzy operowali materiałem szpitala wojskowego, mając do czynienia przeważnie z ludźmi młodymi. W przypadkach oględzin sądowo-lekarskich zwłok (t. zn. w ogromnej większości nagłe zgony) stan grasiczo-chłonny spotykali do 30% przypadków, przy nagłych zaś zgonach w ścisłym tego słowa znaczeniu — na 20 przypadków w 27 (93%), autorzy upatrywali przyczynę zgonu w dużej grasicy.

W przypadkach nagłych, gwałtownych zgonów (zabójstwa, samobójstwa i tp.) osób lat 20—25 obwodowe gruczoły chłonne były prawie zawsze powiększone, a grasica przeciętnie ważyła ok. 31 gr. W tych przypadkach autorowie zwykle znajdowali dobrą budowę i dobre odżywienie, zanik istoty rdzennej nadnerczy (97%), powiększoną tarczycę i śledzionę, przerost tkanki chłonnej w organizmie i wąską tętnicę główną (39%). Istotną przyczynę zgonu autorowie widzą w niedomodzie układu chromatofinowego, co powoduje naruszenie równowagi w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego; nie znajdują oni natomiast dowodów nadczynności grasicy.

Ogłoszono pozatem w naszym piśmiennictwie kilka przypadków zejść śmiertelnych, kwalifikowanych jako następstwo powiększenia grasicy

(Szaniawski, Lubelski, Kossakowski, Puławski i inni), jednak brak dokładnych badań narządów, szczególnie nieprzeprowadzone badania mikroskopowe nie pozwalają przyjąć tego związku bez zastrzeżeń.

Ciechomski, nie podając dokładnego opisu grasicy i jej wagi, zaznacza, że widział 3 przypadki nagłej śmierci przy stanie grasiczo-chłonnym u 19 l., przy narkozie morfinowo-eterowo-chloroformowej, i przy wycinaniu gruczołu tarczowego u 13 i 30 letnich osobników. Autor wnosi, że śmierć podczas ogólnego znieczulania najczęściej jest skutkiem porażenia serca, a stan grasiczo-limfatyczny wiele temu sprzyja. Przyczyny śmierci po częściowym wycięciu wola należy szukać raczej w stanie grasiczo-limfatycznym, aniżeli w dychawicy oskrzelowej. Dychawica oskrzelowa zależy najczęściej od powiększenia grasicy, która może być przyczyną nagłej śmierci nie tylko przez ucisk na tchawicę, ale i na górną część serca i głównych naczyń.

Morgenstern zaś stoi znów na innym stanowisku. Twierdzi on, że grasica szybko ulega zmniejszeniu wagi w przypadkach schorzeń rozmaitych. Normalny, dobrze rozwinięty i normalnie odżywiony osobnik zawsze posiada wyraźną, dobrze rozwiniętą gasicę; oczywiście, że przy nagłym zgonie niema czasu na jej zmniejszenie się. Taka grasica jest stanem fizjologicznym osobnika i wcale nie stanowi predyspozycji do nagłej śmierci, samobójstw i tp.

Olbrycht jest zdania, że przypadki t. zw. śmierci grasiczej zdarzają się b. rzadko (widział 2—3 także przypadki na 8335 oględzin zwłok). Wyjaśnienie przyczyny zejścia jest trudne, teoria mechaniczna, tłumacząca je uciskiem powiększonej grasicy na otaczające ważne narządy, poza jakimiś wyjątkowymi przypadkami, niema praktycznego znaczenia. Pochopność rozpoznawania śmierci t. zw. grasiczej Olbrycht tłumaczy tem, że albo nie badano mikroskopowo narządów ciała, lub też nie zostały uwzględnione w dostatecznej mierze znalezione zmiany, które już same mogłyby wyjaśnić przyczynę zejścia śmiertelnego.

Jaffe i Wisbader u osób nagle zmarłych stwierdzali wysoki ciężar grasicy; zaznaczają oni jednak, że tylko na podstawie anatomicznych badań nie można postawić rozpoznania stanu grasiczo-limfatycznego. Jaffe podaje pozatem, że prawie w każdym przypadku przy sekcji zwłok prawidłowo zbudowanego i dobrze odżywionego osobnika znajdziemy dużą gasicę. Badania drobnowidzowe nie wykazują wtedy w grasicy żadnych zmian chorobowych. W takich przypadkach, gdy poza dużą grasicą i powiększonym aparatem chłonnym nie znajdziemy innych zmian, musimy powiedzieć, że przyczyna śmierci została niewyjaśniona.

Thomas w sprawie związku między stanem grasiczo-chłonnym a nagłym zgonem mówi co następuje: Tylko w małej liczbie przypadków jako przyczynę śmierci można przyjąć czysto mechaniczne działanie grasicy. Co do humoralnego działania wydzieliny grasicy, należy przypuszczać, że obniża ona ciśnienie krwi, co znów jest kom-

pensowane przez adrenalinę. W razie wzmożonej czynności grasicy układ chromochłonny pracuje bardziej intensywnie i równowaga zostaje zachowana. W przypadkach niedorozwoju układu chromochłonnego może nastąpić nagły zgon wskutek naruszenia tej równowagi. Nie zostało dowiedzione, że istnieje stan grasiczy jako jednostka chorobowa; prawdopodobnie powiększenie grasicy jest sprawą okolicznościową, towarzyszącą schorzeniom innych gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Istnieją czynniki hamujące i pobudzające czynność grasicy: gruczoły płciowe działają deprymująco, stąd po wystąpieniu dojrzałości płciowej mamy powolny zanik grasicy. Wydzielina tarczycy pobudza grasicę do przerostu: przy Basedowie zwykle jest ona powiększoną. Nie mamy natomiast przypadków pierwotnego przerostu grasicy. W przypadkach nagłych zgonów grasicca może być również dobrze dużą, jak i małą. Nie

jest wiadome jaki hormon wydziela grasicca i czy wogóle taki hormon istnieje.

Ostatecznie Thomas przychodzi do wniosku, że stan grasiczo-limfatyczny jako podstawę nagłego zgonu należy odrzucić; w niektórych przypadkach możnaby myśleć o śmierci nie na tle hormonalnym, lecz raczej hormo-neuralnym.

Robinson stanął na innym stanowisku. Tłumacząc przypadki nagłych zgonów, przyjmuje on ewentualność, że duża grasicca uciska na nerw przeponowy, co może spowodować syncope oddechowe przez porażenie przepony, a być może i syncope ze strony serca.

Ryser przypuszcza, że mechanizm śmierci jest bardziej skomplikowany: duża grasicca uciska na drogi oddechowe, nerwy, duże naczynia szyjne, przytem zachodzi ewentualność zmian w mięśniu sercowym i ostre rozszerzenie komór serca. (c. d. n.),

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. W.

(Kierownik: Prof. Dr. F. Venulet.)

O wpływie układu wegetatywnego na poziom cholesteryny we krwi.

Podał

Dr. Franciszek GOEBEL (Warszawa)

st. asystent Zakładu.

Wpływ układu nerwowego autonomicznego na poziom cholesteryny we krwi jest mało zbadany, są jednak dane, że układ ten wywiera wpływ na zawartość cholesteryny we krwi. Spostrzegano na przykład zmiany w poziomie cholesteryny we krwi w związku z objawami wstrząsu anafilaktycznego. Stąd niektórzy autorzy wyciągają wniosek (Parturier), że zmiany te w poziomie cholesteryny mogą być zależne od stopnia napięcia układu wegetatywnego. Wiadomo również, że wagotonia pociąga za sobą większą wrażliwość na szok anafilaktyczny, a spostrzeżono wtedy, że wahania cholesteryny we krwi są wyraźniejsze. Z drugiej strony wzmożone napięcie układu sympatycznego cechuje jakby większa odporność na powstanie szoku anafilaktycznego, a równocześnie poziom cholesteryny w takich razach nie ulega wahaniom (G. Parturier).

Wiadomo też, że u kobiet ciężarnych obok hypercholesterynemji stwierdza się też często wagotonję; nie oddziałują one podniesieniem ciśnienia krwi po podaniu 0,5 mg. adrenaliny.

Podobne spostrzeżenia uczyniono u chorych z otępieniem wczesnym. Z powyższych przykładów widać, że wagotonia idzie w parze z hypercholesterynemją.

W pracy niniejszej badano wpływ układu wegetatywnego na poziom cholesteryny za pomocą metod farmakologicznych.

Wiemy, dzięki badaniom Krausa i Zondaka, że przewaga napięcia jednej części układu wegetatywnego nad drugą zależy między innymi czynnikami i od wzajemnego ustosunkowania się elektrolitów we krwi, a w głównej mierze od wzajemnego stosunku jonów wapnia i potasu. Stwierdzono na przykład, że nadmiar jonów potasu w płynach fizjologicznych zwiększa pobudliwość układu parasympatycznego, wapien działa wprost przeciwnie. Można więc przez zwiększenie ilości wapnia w ustroju (przez wprowadzenie go parenteralne lub dożylnie) wywołać chwilowe naruszenie równowagi elektrolitów we krwi na korzyść wapnia i przez to uzyskać podrażnienie nerwu sympatycznego, względnie przewagę jego napięcia.

W pierwszej serii doświadczeń użyto właśnie tego sposobu. W tym celu psom wprowadzano dożylnie po 0,2 gr. CaCl_2 na 1 Kg. wagi w roztworze 20%. Cholesterynę we krwi*) oznaczano przed wprowadzeniem soli wapniowej oraz po jej wprowadzeniu w odstępach czasu co 5, 15, 30 min., 1 i ½, 2, 2 i ½, 3 godz.

Na załączonej tablicy Nr. 1 są zestawione otrzymane wyniki.

Spadek poziomu cholesteryny we krwi uwydatnia się już w 5 minut (psy N-1 i 3) po podaniu wapnia. Największy spadek przypada na 30 do 60 minut po podaniu soli wapniowej (od 27 — 39%). Później poziom cholesteryny podnosi się, ażeby po 3-ch godzinach powrócić do normy. W jednym przypadku w 3-ciej godzinie poziom cholesteryny był wyższy o 15%, niż przed podaniem wapnia.

Zestawiając powyższe dane, możemy powiedzieć, że wywołanie za pomocą soli wapniowej wzmożonego napięcia nerwu sympatycznego, pociąga za sobą hypocholesterynemję.

Ażeby uzyskać przewagę układu sympatycznego w doświadczeniu następnem porażano nerw

*) Za pomocą metody Autenrietha i Funka.

T A B L I C A Nr. 1.

Nr. psa W a g a Data	Ilość cholest. w gr. w 100 cm ³ krwi przed dośw.	P o w p r o w a d z e n i u s o l i w a p n i o w e j									Naiwiększy spadek
		w 5'	15'	30'	1 h	1½ h	2 h	2½ h	3 h	3½ h	
Nr. 1 9.5 kg. 10/II 29	0.270	0.240	0.240	0.220	0.160	0.174	0.240	0.240	0.270	0.270	39 ^o / _o
Nr. 2 10.200 k. 14 II 29	0.268	0.220	0.190	0.200	0.160	0.220	0.220	0.212	0.222	—	38 ^o / _o
Nr. 3 18/II 29	0.158	0.158	0.144	0.102	0.132	0.142	0.145	0.170	0.180	0.180	27 ^o / _o

T A B L I C A Nr. 2.

Nr. psa W a g a Data	Ilość cholest. w 100 cm ³ krwi w gr. przed dośw.	w 5'	15'	30'	1 h	1½ h	2 h	2½ h	3 h	U W A G I
		P o w p r o w a d z e n i u a t r o p i n y								
Nr. 4 12 kg. 1/III 29	0.200	0.180	0.180	0.165	0.175	0.180	0.195	0.195	0.205	dawka 0.01 g. na 1 kg.
Nr. 5 16 kg. 3/III 29	0.132	0.157	0.155	0.152	0.170	0.135	0.130	—	—	dawka 0.005 g. na 1 kg.
Nr. 6 7 kg. 7/III 29	0.158	0.120	0.130	0.120	0.100	0.225	0.150	—	0.150	dawka 0.01 g. na 1 kg.

parasympatyczny za pomocą atropiny w dużych dawkach od 0,005 do 0,01 gr. na kg. wagi.

Otrzymane wyniki zestawione są na tablicy Nr. 2.

U psów Nr. 4 i 6, które otrzymały po 0.01 gr. atropiny na kg. spadek poziomu cholesteryny we krwi zaznaczył się w 5 min. po atropinie. Główny spadek poziomu cholesteryny przypadał na 30–60 min. po zastosowaniu atropiny. W 1 i 1/2 godz. poziom cholesteryny podnosi się dość znacznie w stosunku do poziomu pierwotnego. U psa Nr. 5, który otrzymał 0,005 gr. atropiny na kg. wagi nie obserwowano spadku poziomu cholesteryny. Wystąpiła nawet hypercholesterynemia.

Z powyższego wynika, że u psów po stosowaniu dużych dawek atropiny w pierwszej godzinie jej działania następuje obniżenie się poziomu cholesteryny we krwi.

W drugiej serii doświadczeń badano zachowanie się cholesteryny we krwi, po wywołaniu przewagi napięcia nerwu błędnego.

Najprzód wywoływano podrażnienie nerwu błędnego za pomocą jonów potasu. Stosowano podskórnie 10% roztwór KCl. Poziom cholesteryny we krwi oznaczono w tych samych odstępach czasu jak poprzednio. O ile stosowano mniejsze dawki soli potasowej np. 0,25–0,5 cm³ roztworu na kg wagi to nie zauważono wahań w poziomie

T A B L I C A Nr. 3.

Nr. psa W a g a Data	Ilość cholest. w 100 cm ³ krwi w gr. przed dośw.	w 5'	15'	30'	1 h	1½ h	2 h	2½ h	3 h	U W A G I
		P o w p r o w a d z e n i u s o l i p o t a s o w e j								
Nr. 7 16,200 kg. 12/III 1929	0.110	0.145	0.170	0.170	0.190	0.165	0.162	0.170	0.180	Przyrost 70%
Nr. 8 10,00 kg 16/IV 29	0.140	0.125	0.140	0.140	0 140	0.160	0.160	0.178	0.220	Przyrost 57%
Nr. 9 8,2 kg. 20/IV 29	0.090	0.115	0.115	0.138	0.138	0.110	0.105	0.105	0.105	Przyrost 53%

cholesteryny w ciągu trzech godzin (3 doświadczenia nie umieszczone na tablicy). Dawki większe po 1—2 cm³ na kilo powodowały już wybitne wahania cholesteryny we krwi. Poziom cholesteryny podnosił się znacznie bo do 53—70%. Wyniki zestawione są na tablicy Nr. 3.

U innych psów próbowano wywołać przewagę napięcia nerwu błędnego przez porażenie ukła-

du sympatycznego za pomocą ergotaminy. Stosowano preparat „Gynergen” w dawkach po 0,1 — 0,5 cm³ na kg. (1 cm³ Gynergeny zawiera 0,0005 gr. ergotaminy). Okazało się, że wybitniejsza hypercholesterynemja (30—43%) występuje po mniejszych dawkach (0,1 cm³ na kg.)

Wyniki tych badań zestawione są na tablicy Nr. 4.

T A B L I C A Nr. 4.

Nr. psa, w a g a i data	Ilość cholest. w 100 cm ³ krwi w gr. przed dośw.	W 5'	15'	30'	1 h	1½ h	2 h	2½ h	3 h	U W A G I
		P o s t o s o w a n i u „G y n e r g e n u”								
Nr.10 11.2 kg. 11.V 29	0,166	0,218	0,219	0,190	0,215	0,208	0,190	0,203	0,180	Maksymalny przyrost 30 ⁰ %, dawka 0,1 cm ³ na kg.
Nr.11 8.2 kg. 14 V 29	0,142	0,182	0,170	0,208	0,158	0,158	0,156	0,156	0,156	Maksymalny przyrost 43 ⁰ %, dawka 0,1 cm ³ na kg.
Nr.12 16.6 kg. 16.V 29	0,100	0,112	0,112	0,120	0,109	0,103	0,103	—	0,103	Maksymalny przyrost 17 ⁰ %, dawka 0,5 cm ³ na kg.

Hypercholesterynemja zaznacza się wyraźnie już w 5 min. po zastosowaniu „Gynergeny”. Największe jej nasilenie przypada w 1-szą godzinę po iniekcji.

Zestawiając powyższe dane, można powiedzieć, że przewaga napięcia nerwu sympatycznego wywołana przez nadmiar jonów wapnia we krwi lub przez odpowiednie dawki atropiny powoduje obniżenie się poziomu cholesteryny we krwi, natomiast przewaga nerwu parasympatycznego, uzyskana za pomocą stężenia jonów potasu lub też wywołana przez ergotaminę, pociąga za sobą hypercholesterynemję.

W jaki sposób można sobie te fakty tłumaczyć?

Wiadomo, że między układem gruczołów dokrewnych a układem wegetatywnym istnieje ścisła łączność, tak że nie można dokładnie rozgraniczyć ich czynności i oba te układy nazywają nawet układem dokrewno-nerwowym. Nie ulega też wątpliwości, że wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym znajdują się pod wpływem układu nerwowego wegetatywnego. Z drugiej strony wiadomo, jak ważną rolę odgrywają niektóre gruczoły dokrewne w przemianie cholesterynowej (nadnercza, jajniki, śledziona).

Według ostatnich badań należy przyjąć, że w nadnerczach odbywa się wytwarzanie cholesteryny. Porak i Quinquaud wykazali, że po podaniu saponiny zwiększa się ilość cholesteryny w żyłę nadnercza jak i w samym nadnerczu. W hypercholesterynemjach pochodzenia wątrobowego nie zawsze stwierdza się zwiększenie cholesteryny w nadnerczach co nie przemawia za tem, co wysuwa szkoła niemiecka, że są one tylko magazynem dla cholesteryny.

Co do jajników stwierdzono, że w czasie ciąży ciała żółte wytwarzają dużo cholesteryny.

Śledziona również bierze udział nie tylko w magazynowaniu, ale i w wytwarzaniu cholesteryny. (Abelous i Soula, Goebel i Gnoiński).

Należy więc przypuścić, że pobudzenie czynności lub upośledzenie tych gruczołów dokrewnych za pośrednictwem układu nerwowego powoduje spostrzeganą w powyższych doświadczeniach hyper lub hypocholesterynemję.

PIŚMIENNICTWO.

Abelous i Soula. Cpt. rend. d. séanc de l'acad. d. scien. T. 170 N. 10. Goebel i Gnoiński. Med. Dośw. i Społ. T. 8. z. 1—2 1927. Parturier G. Rev. Medec d. R. 42 N—2 1925.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O fizjologii i metodach badania aparatu przed-sionkowego ucha wewnętrznego.

Podał
E. WEINKIPER (Warszawa).
(Ciąg dalszy p. Nr. 44).

Technika obrotu. Ogólnie przyjęto dla dokonania próby obrotowej wykonywać 10 obrotów w 20 sekund, przyczem wywołamy oczopląs (post-Ny) trwający 30—40 sekund.

W różnych fazach obrotu zaobserwujemy:

- 1-o przy początku obrotu — obserwujemy Ny w prawo, zawrót w prawo;
- 2-o w czasie obrotu — uczucie obrotu i oczopląs prawie giną;
- 3-o po zatrzymaniu obserwujemy post-Ny w lewo, zawrót w lewo;
- 4-o przed zniknięciem post-Ny powstaje jeszcze pos-post-Ny w prawo.

Objaw kompensacyjny Ruttina. Podczas rotacji oba błędniki — prawy i lewy — biorą udział w obrotach. Przy rotacji w prawo kierunek chłonki w kanale, na przykład, półkolistym poziomym lewym jest dobańkowy, a w kanale po-

ziomym prawym odbańkowy. Według Ewalda, jak wiemy, ruch dobańkowy powoduje znacznie silniejszy oczopląs, niż ruch odbańkowy. Dlatego też przy zniszczeniu kanału półkolistego lewego po 10 obrotach w prawo będziemy obserwowali krótkotrwały 5—10-sekundowy oczopląs w lewo, jako otrzymany tylko z kanału półkolistego prawego. Przy kręceniu zaś w lewo otrzymamy z tego kanału oczopląs w prawo 25—30-sekundowy.

Im jednak więcej czasu przejdzie od chwili zniszczenia błędnika lewego (w naszym przypadku), tem mniejszą będzie różnica trwania oczopląsów, otrzymywanych od kręcenia w prawo i lewo, i po pewnym czasie stwierdzimy, że oczopląs, otrzymany od kręcenia w prawo i w lewo, trwa jednakowo po 10—15 sekund. Jest to objaw oczopląsu wyrównawczego Ruttina. Czy przyczyna tego wyrównania zależy od przystosowania się do bodźców tak ampullopetalnych, jak i ampullofugalnych włosków grzebienia bańkowego jedyne go czynnego kanału poziomego prawego (w naszym przykładzie), czy też zależy ona od jąder lub okolic nadjądrowych, nie zostało jeszcze stwierdzone. W każdym razie objaw ten zaobserwowany był również przy próbie cieplnej.

Tablica kierunków oczopląsu i odczynów ruchowych przy próbie obrotowej w prawo.

Kanał ustawiony w płaszczyźnie obrotu	ustawienie głowy (pozycja I)	kierunek obrotu	Ny czyli post—Ny	czas trwania Ny	Uczucie zawrotu głowy po zatrzymaniu		Odczyny ruchowe i padanie w pozycji II	U W A G I
					Przy głowie utrzymanej w pozycji obrotu. (pozycja I)	Przy głowie pochylonej o 30° ku przodowi. (pozycja II)		
Kanał półkolisty poziomy	o 30° ku przodowi	w prawo	w lewo poziomy	30"—40"	w lewo w płaszczyźnie obrotu	w lewo w płaszczyźnie obrotu	w prawo w kierunku obrotu	Przy obrotach w lewo otrzymamy dla każdej pozycji wyniki o kierunkach odwrotnych.
Kanał półkolisty	o 60° w tył	"	w prawo obrotowy (czołowy)	15"—20"	"	uczucie padania w prawo	w lewo	
górny (czołowy)	o 120° ku przodowi	"	w lewo obrotowy (czołowy)	"	"	uczucie padania w lewo	w prawo	
Kanał półkolisty	na ramię prawe głowa przechylona pod kątem 90°	"	ku dołowi (strzałkowy)	6"—10"	"	uczucie padania ku przodowi	w tył	
tylny (strzałkowy)	na ramię lewe głowa przechylona pod kątem 90°	"	ku górze	"	"	uczucie padania ku tyłowi	ku przodowi	

Próba cieplna. Zasługą Baranyego jest wprowadzenie tej metody badania błędnika. Chociaż objaśnienie powstawania tego podrażnienia—ruch chłonki, wywołany nagrzaniem lub ochłodzeniem jej cząsteczek—jest powszechnie przyjęte, jednakże wielu badaczy wysuwa przeciwko niemu poważne zastrzeżenia. Wśród zarzutów, wysuwanych przeciwko tej teorii, często podkreślany bywa fakt, że jest mało prawdopodobnem, by w kilka chwil poprzez przeszkodę, stwarzaną przez błonę bębenkową, warstwę powietrza, śluzówkę i ścianę kostną mogła dotrzeć zmiana ciepłoty do płynu chłonkowego i wywołać wydatny ruch cząsteczek w naczyniach o świetle prawie kapilarnem. Już w 1909 r. Moure i Cauzard wyrazili przypuszczenie, że ochładzanie i ogrzanie działa na błędnik na drodze odruchu naczyniowego, wywołanego z przewodu usznego. By stwierdzić rolę czynników naczynioruchowych, były czynione doświadczenia przez Lannois i Gaillarda i ostatnio przez Terracolla. Wyniki, otrzymane przez tych badaczy, wyraźnie świadczą o zmianach w charakterze Ny. Inni badacze szukają objaśnienia powstawania oczopląsu na drogach n. Jakobsona, n. trójdzielnego lub gałązki usznej X pary.

Próba cieplna polega na przestrzykiwaniu przewodu usznego zimną lub ciepłą wodą (o temperaturze niższej lub wyższej od normalnej ludzkiej) lub przepuszczaniu powietrza przez aparat Dundas-Granta. Najczęściej używany bywa do tego celu aparat Brünninga — otokalometr.

Aparat Brünninga przepuszcza 100 cm³ wody w ciągu 1 min. Wystarcza 70 — 90 cm³ 27° wody, by otrzymać Ny.

Uważamy, że ucho jest normalnie pobudliwe, gdy otrzymamy w ten sposób Ny trwa 1—1½ min., przyczem Brünninga wprowadził pozycję „optima” dla każdego kanału, w której najwyraźniej otrzymuje się podrażnienie danego kanału.

Pozycja I polega na przechyleniu głowy o 60° w tył, w tej pozycji kanał poziomy ustawiamy pionowo. Otrzymamy więc oczopląs z kanału poziomego.

Pozycja II polega na dodatkowym przechyleniu głowy w pozycji I o 45° w stronę badanego ucha. Jest to najczulsza pozycja dla kanału poziomego.

Pozycja III polega na przechyleniu głowy, znajdującej się w pozycji I, o 45° w stronę ucha niebadanego. Jest to najczulsza pozycja dla kanału pionowego czołowego. Z kanałami tylnymi próby cieplnej nie dokonywujemy.

Kobrak wprowadził metodę minimalnych podrażnień w poszukiwaniu progu pobudliwości. Metoda ta polega na złamaniu równowagi oczopląsowej, istniejącej między obydwojma przedsionkami.

W próbie cieplnej długość fazy przygotowawczej czyli czasu, który upływa od zadziałania zmiany temperatury aż do wystąpienia pierwszych drgnień gałek ocznych — jest miarą pobudliwości obwodowej. Długość trwania oczopląsu stoi w związku ze stanem dróg centralnych.

Próba cieplna wodą zimną (20°—27°) sprowadza oczopląs i uczucie zawrotu skierowanego w stronę przeciwną od ucha badanego, zaś odczyny ruchowe i padanie są skierowane w stronę ucha badanego.

Przy próbie cieplnej, dokonanej wodą gorącą (37°—40°), obserwujemy, że oczopląs i uczucie zawrotu głowy są skierowane w stronę ucha badanego, a odczyny ruchowe i padanie w stronę ucha niebadanego.

Próba pneumatyczna. Zapoczątkował ją Lucae w przypadku przetoki błędnikowej; znacznie później Hennebert ogłosił swe spostrzeżenia o pozytywnym wyniku wspomnianej próby w przypadkach późnej kiły dziedzicznej ucha.

Karlefors i Nylen wykazali, że w przypadkach wysiękowego zapalenia ucha środkowego można obserwować czasem próbę pneumatyczną.

W praktyce, jak stwierdzono, próba pneumatyczna, dokonana na uchu zdrowym, daje wynik ujemny. Jednakże w przypadkach, ogłoszonych przez Bielimowa i Karbowskiego*), otrzymano próbę pozytywną pomimo niestwierdzenia schorzenia uszu. Próbę wykonywamy za pomocą zgęszczenia lub rozrzedzenia powietrza w przewodzie usznym.

I. **Próba przetokowa Lucae.** Analizując oczopląs, stwierdzamy, 1) że zjawia się on prawie stale (93% przypadk) i w czasie zgęszczania powietrza i w czasie rozrzedzania powietrza;

2) że w znacznej większości przypadków zgęszczenie wywołuje Ny, skierowany w stronę badania, bądź ruch powolny w stronę przeciwną; rozrzedzenie daje wyniki odwrotne. Ruch gałek ocznych występuje natychmiastowo, a kierunek Ny głównie zależy od umiejscowienia samej przetoki w ścianie błędnika, t.j. czy mieści się ona przed czy poza bańką.

II. **Próba Henneberta** w przypadkach późnej kiły dziedzicznej ucha wewnętrznego.

Ruch gałek ocznych obserwujemy i w postaci „oczopląsu” i w postaci „ruchu powolnego”. Kierunek Ny lub ruchu powolnego jest odwrotny do tychże przy próbie przetokowej. Niestałość formy jest jednym z wyróżniających momentów próby Henneberta.

III. **Próba Karlefors-Nylena** w różnych zapaleniach ucha środkowego. Oczopląs odbywa się w tych samych kierunkach, co i przy próbie przetokowej. Cechą charakterystyczną jest fakt, że Ny nie występuje natychmiast, lecz po 2 — 3 sekundach. Obserwujemy ją dość często (50%) w przewlekłych ropnych zapaleniach ucha środkowego, a czasem i w ostrych stanach z perforacją. Obserwowano ją również w nieżywym zapaleniu ucha.

(dok. nast.)

*) Br. Karbowski. O nieobserwowanym jeszcze zespole objawów błędnikowych, wywołanych przez zmiany niezapalne w szlaku nerwu przedsionkowego. (Medycyna i Kron. Lek. 1914 r.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ Księga pamiątkowa pierwszego krajowego zjazdu lekarskiego „Tozu”. — Nakład Centrali Tozu. Warszawa 1929.

Towarzystwo ochrony zdrowia ludności żydowskiej w Polsce, zwołało w czerwcu roku 1928-go zjazd lekarski w Warszawie i obecnie składa publicznie dorobek swej pracy naukowej w postaci sporego tomu, zawierającego wykłady wygłoszone na owym zjeździe wraz z wywołaniami dyskusjami. O treści tej książki pamiątkowej rozpisywać się uważamy za zbędne. Kto interesuje się jakimkolwiek z poruszonych tu tematów, musi sięgnąć do oryginału. Ogólnie powiedzieć należy że zawarte tu prace stoją na poziomie wysokim i przyczyniają się w znacznym stopniu do rozświetlenia wielu spraw z zakresu higieny i medycyny społecznej. Na posiedzeniach plenarnych wytoczono przed forum lekarskie zarówno prace treści statystycznej (np. kol. Szabada „Ruch ludności żydowskiej w Wilnie w latach 1911 — 1928;” kol. Przedborskiego „Chorobowość i śmiertelność wśród żydów w świetle roczników statystycznych m. st. Warszawy”; kol. Urlika „Stan zdrowia żydowskiej młodzieży akademickiej” i t. p.), jak i szczegółowe zagadnienia z dziedziny antropologii, eugeniki i medycyny społecznej (np. kol. Lewina „Rola czynnika rasowego w większej odporności żydów przeciw gruźlicy”; kol. Bychowskiego „Padaczka a opieka społeczna”, kol. Higiera „Zadania pracy eugenicznej w warunkach bytowania mas żydowskich”; kol. Lipcówny „Rezultaty badań antropologicznych na 500 żydach wojew. Warszawskiego i t. p.”, wreszcie takie tematy jak „Cukrzyca u żydów” (kol. Szyfman), „Samobójstwa u żydów” (kol. Wirszubski) i t. p. Pracowano nadto w pięciu sekcjach: 1) gruźlicy; 2) chorób zakaźnych; 3) higieny społecznej i eugeniki; 4) opieki nad niemowlętami i 5) opieki higieniczno—lekarskiej w szkołach. Posiedzenie plenarne zamykające zjazd wypełniono wnioskami prezydium i sekcji poszczególnych. Uchwały zjazdu dotyczą kwestyj bardzo doniosłych i skierowane są ku praktycznemu wprowadzeniu w życie dezyderatów pierwszorzędного znaczenia.

Szczególne warunki jakie składają się na bytowanie zwłaszcza proletariatu żydowskiego w kraju naszym, czynią zrozumiałem, że lekarze w pierwszej linii powołani są do walki z temi wszystkimi czynnikami, które ujemnie wpływają na stan zdrowia tak znacznego odłamu ludności Polski. Oczywiście bez współudziału całego społeczeństwa, lekarze sami wiele zdziałać nie potrafią. Walka ze złem jest tem konieczniejszą, że szerzy się ono i roznosi na wszystkie warstwy społeczne. Gdzie idzie o higienę społeczną, niema nigdy podziału na lepszych i gorszych, na naszych i waszych, na bogatych i ubogich. Dość pomyśleć np. o chorobach zakaźnych, aby zdać sobie z tego sprawę z całą oczywistością. Nawet w tak napozór często teoretycznych kwestjach, jak np. dziedzina antropologii, lub sprawy rasowe, tylko szerokie ich pojmowanie może całkowicie wyświecić zagadnienia, które się tu uważnemu badaczowi nasuwają.

Towarzystwo ochrony zdrowia ludności żyd. w Polsce śnać dobrze pojmuje swe zadania, skoro rozpoczyna swą pracę od ujęcia jej ze stanowiska naukowego. Przeszłoroczny zjazd czerwcowy świadczy pochwlebnie o jego organizatorach. Ich poglądy spotkają się niewątpliwie z uznaniem tych wszystkich, którzy dobro społeczne gorąco biorą do serca.

M. F.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. I. STANDER. O działaniu dożylnych zastrzykiwań siarczanu magnezu. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 8, rok 1929).

Siarczan magnezu, w dawkach od 0,05 do 0,5 na kilo wagi u psa podawany na drodze domięśniowej lub dożylniej w rozczynach 10—250/0, nie wywołuje żadnych widocznych zmian we krwi, natomiast wywołuje wyraźne zmiany histologiczne w nerkach i wątrobie, w postaci ograniczonych ognisk martwiczych.

Duże ilości siarczanu magnezu mogą spowodować śmierć. Według mniemania autora dawka maksymalna dla człowieka nie powinna przekraczać 0,1 na kilo wagi ciała.

Śródżylne stosowanie siarczanu magnezu nie powinno się odbywać w stężeniach większych niż 100/0, silniejsze bowiem stężenia mogą się okazać niebezpiecznymi.

Siarczan magnezu ma zastosowanie w stanach takich, jak rzucawka porodowa, tężec i t. p. Wyniki terapeutyczne są naogół niezłe.

B. G.

S. A. PORTIS. Badania nad trawieniem lecytyny przez fermenty trzustkowe. (J. of the Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 17 r. 1928).

Z badań autora przeprowadzonych metodą własną, wynika, że sok żołądkowy nie jest w stanie trawić lecytyny, natomiast trawi ją dobrze sok dwunastniczy.

U pacjentów z niewyrównaną wadą serca, trawienie lecytyny jest upośledzone, prawdopodobnie z powodu zmniejszonej czynności fermentów.

U kobiet ciężarnych nie daje się stwierdzić żadnych odchyleń od normy pod względem czynności fermentów.

We wrzodach dwunastnicy nieleczonych, czynność fermentów trawiennych wobec lecytyny jest wyraźnie zmniejszona.

Podczas leczenia jednakże, w związku z podawaniem zasadowych leków, wraca prawie do normalnych warunków.

Natomiast pacjenci z wrzodami dwunastnicy, leczeni tylko za pomocą spoczynku oraz diety, bez podawania zasad nie wykazują powrotu do normy jak w leczeniu zasadami już w trzecim tygodniu.

Autor twierdzi, że wbrew opinii Bołdyrewa podawanie dużych ilości zasad nie tylko nie niszczy trzustki (zwyrodnienie tłuszczowe), lecz przeciwnie, chorzy wykazują znaczną poprawę.

B. Goldstein

R. LAWRENCE i O. BUCKLEY. Eozynofilia po leczeniu insuliną. (Br. Med. J. № 13 r. 1929).

Badania autorów, dokonywane na chorych na cukrzycę, wykazały, że u osób, nie leczonych insuliną, eozynofilia zdarza się stosunkowo rzadko. Natomiast u pacjentów, leczonych insuliną, jest bardzo częsta i dochodzi do wysokich liczb 90/0 i więcej. Przyczem pacjenci ci nie mieli ani pasorzytów, ani choroby skórnej, ani innych cierpień, usposabiających do eozynofilii. Naogół wysokość eozynofilii nie stoi w związku z ilością otrzymywanej insuliny, aczkolwiek najwyższe cyfry 200/0 spostrzeżono u pacjenta odpornego na działanie insuliny, otrzymującego aż 200 jedn. na dzień. Jest także rzeczą uderzającą, że eozynofilia poinsulinowa występuje najczęściej w gorącej porze roku.

Przyczyny tej eozynofilii nie zostały dotychczas wyjaśnione.

B. Goldstein

J. NEUBURGER. Przedśmiertne zwiększanie się cukru we krwi. (D. m. W. Nr. 28. 1929)

Zwiększenie się poziomu cukru jest zjawiskiem stałym w ciężkich stanach przedśmiertnych w różnych cierpieniach. Jako przyczynę należy wymienić niedotlenianie ustroju i podrażnienie ośrodków regulacyjnych w mózgu. Autor dochodzi do tego wniosku na zasadzie spostrzeganego przypadku, w którym przy daleko posuniętej niedomodze mięśnia sercowego ilość cukru we krwi dochodziła do 197 mg, przy poprawie krążenia spadała prawie do normy, przed śmiercią zaś podnosiła się do 167 mg. Cukromoczu nie stwierdzano. Wysoki poziom cukru we krwi w niedokrwistości złośliwej nie jest w związku z istotą choroby, a z ciężkością stanu i nie jest właściwy dla anemji, gdyż jak wyżej podkreślił, spotyka się w różnych cierpieniach w okresie przedśmiertnym. Poziom cukru w stanach przedśmiertnych w obserwowanych 19 przypadkach podnosił się znacznie i dochodził nawet do 300 mg.

Wanda F r a n z ó w n a

B. i J. GOLDBERGER. O zachowaniu się cukru w moczu i we krwi po obciążeniu glukozą. (Arch. f. Verd. T. 44 Nr. 5/6.)

Autorzy obciążali zdrowych osobników, oraz chorych na nerki, wątrobę i cukrzycę, glukozą, w ilości 100 gr. i śledzili przebieg krzywej glikemji oraz cukromoczu. Przytem chcieli prześledzić zachowanie się cukromoczu pod wpływem ilości wydzielanego moczu.

U osób zdrowych pod względem glikoregulacji występuje pod wpływem obciążenia (100 gr. glukozy w 400 cm³ herbaty) pewne podniesienie glikemji (pierwsze 2 godziny), poczem ustępuje ono miejsca hipoglikemji. Wydzielanie wody zachowuje się przytem tak samo jak w zwykłym obciążeniu wodnym.

Jeżeli jednak istnieją zaburzenia sercowo-nerkowe z obrzękami, wydzielanie cukru może doprowadzić do zwiększenia obrzęków lub, odwrotnie, do moczo-pędu. Cukier we krwi nie ma w tych razach stałego wykresu.

Jeżeli istnieją zaburzenia wątrobowe, to pomimo za-trzymania cukru we krwi w ciągu pierwszych 3 godzin, dochodzi do zaburzeń przemiany wodnej. Ilość płynu wydalanego jest bardzo mała. Po pewnym czasie płyn ten zostaje wreszcie wydany, lecz już bez objawów hipoglikemji.

U cukrzyczych krzywa cukru we krwi i w moczu zachowuje się podobnie i przebiega równolegle. Początkowo idzie szybko w górę, potem opada.

T. zw. próg cukromoczu jest rzeczą zmienną i nie zależy od pewnej stałej glikemji, raczej zmienia się u tego samego osobnika w różnych okresach jego przemiany cukrowej.

B. G o l d s t e i n.

Choroby zakaźne.

OTTO i BLUMENTHAL. Doniesienie o czynnym uodpornieniu przeciwko błonicy z instytutu Roberta Kocha. (D. m. W. Nr. 30. 1929).

U dzieci szczepionych zapobiegawczo preparatami TA—Höchst i TAF—Behringa tylko w 71% reakcja Schick'a wypadła ujemnie. Autorzy przypisują ten niedostateczny wynik jednorazowemu tylko szczepieniu oraz stosowaniu zbyt zobojętnionych preparatów, wskutek czego tworzenie się antytoksyn jest zbyt słabe. Dla skontrolowania i ustalenia siły działania preparatów TA, TAF i anatoksyny przeprowadzili szereg badań na zwierzętach. Preparat TA i anatoksyna po 3 krotnym wstrzyknięciu wywoływały powstanie największej liczby jednostek odpornościowych. Stąd wniosek, że dla utrzymania dobrych wyników i u ludzi należy szczepienie powtarzać kilkakrotnie, a posiłkować się preparatem TA przynajmniej 3 razy.

Wanda F r a n z ó w n a.

R. MIDDLETON i W. DUANE. Piorunująca posocznica meningokokkowa bez zajęcia opon mózgowych. (Am. J. Med. Sc. Tom. 177, Nr. 5 1929).

Przypadek, przytoczony przez autorów, przebiegał niezmieennie gwałtownie pod postacią posocznicy. Pacjent umarł w 15½ godziny po wystąpieniu pierwszych objawów. Szczególnie niski poziom cukru we krwi oraz niskie ciśnienie miały świadczyć o wylewach do nadnercza. Jednocześnie, wypadnięcie czynności tak ważnego narządu mogło się przyczynić do szybkiego zejścia, zmniejszając siły obronne organizmu.

B. G.

C. M. DAVIS. Ostre zapalenie gruczołów chłonnych Pfeiffera (J. Am. Med. Ass. Tom. 92, Nr. 17. r. 1929.)

W przebiegu epidemji zapalenia gruczołów Pfeiffera, która rozwinęła się w przytułku dla dzieci, zachorowały wszystkie dzieci i jedna pielęgniarka. Przebieg choroby był rozmaity. Obserwowano przebieg lekki, zarówno jak i ciężki, naogół jednak wszystkie odpowiadały opisowi, podanemu swego czasu przez Pfeiffera.

W okresie wylegania występowała limfocytoza.

W szeregu przypadków spostrzegano nawroty. Powikłania ropne występowały tylko w tych przypadkach, które przebiegały z zakażeniem mieszanym.

Zwykle poprawa następowała po 4 tygodniach poczem gruczoły wracały do wielkości i spistości przedchorobowej.

B. G.

Choroby narządów trawienia.

W. C. ALVAREZ. O wpływie emocji na czynność przewodu pokarmowego. (J. Am. Med. Ass. Tom 92; Nr. 15/1929).

Autor podkreśla znaczenie bodźców psychicznych dla prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego. Nie tylko np. wrażenie wzrokowe lub smakowe, względnie wyobrażenie może wywołać wydzielanie soku żołądkowego, lecz także ruchy perystaltyczne całego jelita wzgl. nawet ruchy przeciwróbowe.

Podobnie zostaje pobudzone wydzielanie gruczołów ślinowych, trzustki i żołądka.

W sensie negatywnym działają zmęczenie, zarówno fizyczne, jak i duchowe, oraz wszelkie afekty ujemne.

Jako przykład, autor opisuje przypadek, w którym były uszkodzone zwieracze na skutek przebytej operacji. U tego pacjenta już sam widok jedzenia wywoływał tak silne ruchy jelita, że pacjent zmuszony był spożywać śniadanie w ubikacji.

Analogicznie należy ujmować t. zw. odruchy trzewiowe, pod wpływem strachu występujące. Jak już wspomniano, wszystkie afekty ujemne wywołują raczej zahamowanie czynności trawiennych, lecz między innymi często rozwolnienie.

Tak więc warunkiem nieodzownym dobrego trawienia jest odpowiednie przygotowanie przewodu pokarmowego. W tem leży prawdopodobnie celowość jadanja zawsze o jednej porze, wywołuje to *sui generis* odruch warunkowy, żołądek jest już gotów do przyjęcia pokarmu.

Wprost przeciwnie, jadanje nie w porę, bez apetytu, podczas zmęczenia, zdenerwowania, zniechęcenia wywołuje przykre następstwa w postaci zaburzeń trawienia, które zupełnie niesłusznie bywają kładzione na karb jakości pokarmu, podczas gdy właściwa przyczyna leży w nadmiernej ilości pokarmu, wprowadzonego do nieprzygotowanego żołądka.

Profilaktycznie autor zaleca prawidłowe przygotowanie do jedzenia. A więc, przystępując do jedzenia, należy być wypoczętym, zrównoważonym, niezaabsorbowanym żadnymi myślami. Jedzenie samo winno być smacznie i apetycznie przyrządzone. Przed jedzeniem dobrze działa zapach smacznych

potraw. Są to wszystko czynniki, które działają podświadomie, lecz stale na „wyobraźnię” trawienną i przyczyniają się znakomicie do dobrego trawienia.

Tembardziej należy zwracać uwagę na te szczegóły u ludzi chorych, szczególnie z cierpieniami przewodu pokarmowego. Tak np., u operowanych znakomitym środkiem do przywrócenia perystaltyki jest smaczny kęs, najlepiej mięsa, odpowiednio przyrządzonego.

B. Goldstein.

G. SHENEY. Uproszczona metoda badania chemizmu żołądkowego. (Am. j. med. sciences, tom 177. Nr 1. rok 1929).

Autor proponuje modyfikację metody Lanza i Bloomfelda dla uproszczonego badania chemizmu żołądkowego.

Próbne śniadanie składa się z 50 cm. sz. 70% roztworu alkoholu z dodatkiem 1,0 c³ 0,1 % roztworu fenoltaleiny w alkoholu. Jeden cm³ barwnika dodaje się do wysoku bezpośrednio przed użyciem płynu. W ten sposób można później odczytać kolorymetrycznie ilość zawartego w treści barwnika.

Pacjent jest trzymany naczczo od dwunastu godzin. Jest rzeczą ważną zachowanie spokoju ducha. Wprowadza się cienki zgłębnik Jutta, i wyciąga się całkowitą zawartość żołądka, poczem wlewa się poprzez rurkę podgrzany płyn. Zaraz potem wyciąga się 2 próbki treści: pierwsza 10—15 cm. po 20 min. druga, taka sama w 40 minut po wlewniu śniadania próbnego, przyczem opróżnia się żołądek całkowicie. Po zanotowaniu ilości każdej próbki, określa się ilość wolnego kwasu solnego, a o ile go nie znajdziemy, zgłębnik pozostaje jeszcze w żołądku. W tym wypadku zastrzykuje się pacjentowi roztwór histaminy podskórnie w stosunku 0,01 mgr. na kilogram wagi ciała. Teraz bada się jeszcze 3 próbki treści na zawartość kwasu solnego.

Wszystkie próbki badane są także w kierunku obliczenia procentowego stosunku zawartości fenoltaleiny do roztworu pierwotnego.

B Goldstein.

A. Z. BLOOMFIELD i W. S. POLLAND. O wartości rozpoznawczej wydzielania żołądkowego. (J. Am. Med. Ass. t. 92. № 18/1929).

W miarę rozwoju rentgeno [—] djagnostyki przewodu pokarmowego, badanie wydzielania żołądkowego coraz bardziej bywało zaniedbywane. Nie jest to atoli zupełnie słusznem, badanie wydzielania żołądkowego, bowiem, posiada swoją wartość, jeżeli przestrzegać następujących warunków:

Próba musi być zawsze wykonywana w jednakowych warunkach, bodziec wydzielania musi być dostatecznie duży, próba musi być możliwą do powtórzenia kontrolnego. Zwykle jednakże próby nie dają pełnego obrazu wydzielania. Trzeba jeszcze pamiętać o tem, że stopień kwasności zależy także od stopnia zobojętnienia soku przez pokarm próbny wprowadzony, od czynności odźwiernika i t. p.

Metoda autora jest następująca: Po 12 godzinnym poście (przez noc) pacjent połyka cienki zgłębnik, poczem opróżnia się zawartość czczego żołądka, i powtarza się czynność co 10 min. 2—3 razy. Po 30 min. pacjent dostaje podskórnie histaminę w ilości 0,01 mgr. na kilo wagi ciała. Poczem w dalszym ciągu aspiruje się co 10 min. treść z żołądka, przez jaką godzinę czasu.

U osobników normalnych badanie powyższe daje następujące wyniki: ilość jednorazowej wydzieliny (przez okres 10 minut) wynosi od 15 do 35 cm³, ogólna kwasota zaś od 90 do 125. Najwyższe cyfry były 60 cm³ i 150 ogólnej kwasoty.

Wnioski rozpoznawcze są następujące:

Obfite wydzielanie i wysoka kwasota występuje nader często u osób z wrzodem dwunastnicy, jednakże bynajmniej nie jest dowodem tego cierpienia. Niskie cyfry wydzielania i kwasoty natomiast przemawiają raczej przeciwko istnieniu owrzodzenia i spotykają się w przebiegu niedokrewności złośliwej, nowotworów żołądka lecz również w cierpieniach nerwowych.

Drugą zaletą metody autora ma być możność porównywania wyników. Badania, przeprowadzone w pewnych odstępach czasu, wskazują, czy nastąpiła poprawa, czy pogorszenie.

W przypadkach różniczkowania pomiędzy niedrożnością odźwiernika na tle nowotworu czy bliznowatego wrzodu badanie wydzielania ma znaczenie decydujące. M. in. autorzy przytaczają przypadki, gdzie rentgenologicznie i nawet klinicznie rozpoznawano raka czy wrzód żołądka, zaś badanie wydzielania dawało wyniki odwrotne, co decydowało o rozpoznaniu.

Autorzy podkreślają znaczenie okreslania obok kwasoty także ilości wydzieliny (na 10').

B. Goldstein.

A. LEWIN, O. MAKAREWICZ i M. LISMAN. Studja nad czynnością wydzielniczą i wydalniczą żołądka. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 44 Nr. 5/6).

Autorzy przeprowadzili badania nad czynnością żołądka po zastosowaniu metody A. Lewina. Wyniki badań przedstawiają się jak następuje:

Ilość wydzieliny, zbieranej po podaniu buljonu (400 cm³), wynosi przeważnie 100—250 cm³.

Osobnicze wahania, przy kilkakrotnych pawtarzaniach próby, nie przekraczały 20%.

Zpóśród rozmaitych typów wydzielania autorzy wymieniają następujące:

- a) równomierny typ ze stopniowym zanikaniem,
- b) stopniowe zmniejszanie się wydzielania od początku badania,
- c) rzadkie przypadki narastania wydzielania w pierwszym okresie.

Koncentracja kwasu solnego treści wahała się pomiędzy 0,3 a 0,6%, najczęściej 0,4 — 0,5%.

Krzywa bezwzględnej kwasoty z małymi wyjątkami pozostaje przez cały czas badania na jednym poziomie, pod koniec stopniowo słabnąc.

Ilość bezwzględna wydzielonego kwasu solnego w ciągu 1 godziny wynosiła od 0,5 do 1,5 gr.

Ilość treści, która w ciągu 1 godziny przechodziła z żołądka do jelit, wynosiła od 400 do 600 cm³.

Szybkość opróżniania początkowo bywa większa, potem mniejsza, zdarzają się jednak i odmienne typy opróżniania.

Zawartość żołądka w danej chwili wahała się w zależności od stosunku wydzielania do wydalania. Taksamo zależny od tego stosunku jest stopień kwasowości treści żołądkowej.

B. Goldstein.

B. N. MICHAJŁOW. O czynności wydzielniczej żołądka po śniadaniu piwnem. (Arch. f. Verd. Krankh. Tom. 44, Nr. 5/6).

Autor podaje myśl stosowania śniadania próbnego, składającego się z 200 cm³ piwa.

Piwo ma według autora, działać wybitnie pobudzająco na wydzielanie żołądka dzięki zawartości alkoholu z jednej strony i substancji wyciągowych z drugiej. Poza tem, jak twierdzi autor, odzwierciadla ono lepiej niż Ehrmanowskie śniadanie procesy wydzielnicze co do typu ich przebiegu przy zgłębnikowaniu frakcjonowaniem.

Ilości treści, wydobywane po śniadaniu piwnem w 45 minut po spożyciu, wahały się w granicach 60—150 cm³. Ilości większe uważane są za patologiczne.

Sama treść zwykle nie ma wyglądu ani zapachu piwa, co dowodzić ma że zostało ono w tym czasie całkowicie wydalone z żołądka.

Kwasota ogólna wynosi przeciętnie 45 — 65, zaś ilość wolnego kwasu solnego 20 — 40. Ilość pepsyny jest wyższa o 10—60% w porównaniu ze śniadaniem Boasa.

Co do samego wydzielania, to powstaje ono przede wszystkim na tle odruchowym, gdyż żucie przy stosowaniu piwa odpada. Autor jednak uważa, że chymifikacja, która odzwierciedla głównie czynność dynamiczną żołądka, zawsze idzie w parze z czynnością wydzielniczą i wydaliniczą.

B. Goldstein.

E. KELLERMANN. **Badania nad czynnością żołądka czczego.** (Arch. f. Verd. Krankh. tom 45, N 1-2.)

Autor przeprowadził systematyczne badania celem określenia czynności wydzielniczej żołądka podczas t. zw. okresu międzytrawienego czyli w stanie czczym. Badania swe przeprowadził przy pomocy cienkiego zgłębnika, śniadania z zupy „maggi“, podbarwionej na niebiesko i przy nieznacznych ruchach ciała. (Alkoholowe i kofeinowe śniadania nie były stosowane z powodu ich działania ogólnego.)

Z badań tych wynika, że wykresy wydzielania żołądka w okresie międzytrawienym i trawinnym różnią się od siebie bardzo nieznacznie.

Badanie treści czczej w niektórych przypadkach daje bardzo ciekawe wyniki. Szczególnie ciekawe są one w przypadkach wrzodu trawienego oraz nadkwaśności. O tej ostatniej należałoby mówić wtedy tylko, kiedy naczcho znajdujemy duże ilości kwasu wolnego.

Wykres wydzielania naczcho daje bardzo cenny i szczegółowy obraz czynności żołądka bez podania jakiegokolwiek jedzenia „próbno“. W połączeniu zaś z wykresem trawienia mamy dokładne odzwierciedlenie czynności żołądka. Natomiast w przypadkach niedokwaśności, względnie zupełnego braku kwasu badanie te daje mniej wyraźne wyniki, albowiem okres międzytrawieny wypada w tych razach zbyt blado.

U chorych neuropatycznych wyniki są bardzo zmienne i różnorodne, przyczem u tegoż pacjenta można było stwierdzić z początku obfite wydzielanie z dużą kwasowością, po-

tem zaś (po godzinie) wydzielanie mało obfite i o małej kwasowości.

B. Goldstein

M. STEINITZ i R. SCHERESCHEWSKI. **Wpływ alkoholu podanego doodbytniczo na czynność wydzielniczą żołądka.** (Tom 42, kwiecień 1927 r. Arch. f. Verd. Kr.)

Autorzy stwierdzili, że ławatywy z 50% wysokości 300 cm³ wywierają wyraźny wpływ pobudzający na wydzielanie żołądkowe.

Niemal we wszystkich przypadkach wartości kw. solnego się wybitnie zwiększyły.

W szeregu przypadków, w których wydzielanie soku żołądkowego zupełnie ustało, po wprowadzeniu ławatywy wysokowej wróciło ono do stanu normalnego, co nawet umożliwiło zebranie czystego soku żołądkowego.

Kiedy podawano alkohol w postaci kroplówki doodbytniczej, wpływ na kwasotę był mniej wybitny, natomiast działanie utrzymywało się dłużej.

Wprowadzenie do odbytnicy innych płynów, jak wody zwykłej, roztworu fizjologicznego soli kuchennej, roztworu cukru gronowego, wreszcie rozmaitych ławatyw odżywczych miały bardzo mało wpływu na wydzielanie soku żołądkowego.

B. Goldstein

R. SCHERESCHEWSKI. **O działaniu ławatyw odżywczych na wydzielanie żołądka.** (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45, N 1-2.)

Po ławatywach z izotonicznych roztworów soli kuchennej lub cukru gronowego—żadnych zmian w wydzielaniu nie stwierdzono. Bardzo małe zmiany powstają po podaniu ławatywy z buljonu lub ławatywy odżywczej (1 żółtko, 200 cm mleka, 15 gr. glukozy, szczypta soli).

B. Goldstein

A. HECHT JOHANSEN. **Wydzielanie żołądkowe po leczeniu wątrobowym.** (J. Am. Med. Ass. Tom 92, N 21. 1929 r.)

Jak wiadomo chorzy z niedokrewnością złośliwą poprawiają się znakomicie po leczeniu wątroba.

Badanie chemizmu żołądkowego u takich chorych przed leczeniem wątroba wykazuje obraz *achylia gastrica*, która utrzymuje się bez poprawy nawet po zupełnym „wyleczeniu“ pacjentów.

B. Goldstein

Wskazówki praktyczne.

W celu złagodzenia bólów odczynowych, występujących często na początku leczenia balneologicznego schorzeń reumatycznych (bole mięśniowe, nerwobóle, bóle stawowe) stosuje Langer gardan: jedna pastylka gardanu już po upływie 10 — 15 minut sprawia wybitną ulgę, czasami trzeba dodać jeszcze pół pastylki. Również dla zapobieżenia bólów podczas masażu i ćwiczeń ruchowych chorych stawów wystarczy dać na ½ godziny przedtem pastylkę gardanu (W. m. W. 1929 N 22)

—o—

Hansen wymienia niektóre stany chorobowe, w których objaw nierówności żrenic może naprowadzić na właściwe rozpoznanie. Jednostronne rozszerzenie żrenicy spostrzegano w 80% chorób płuc i opłucny oraz w świeżych przypadkach zawałów. W chorobach lewego serca w 70% żrenica lewa jest rozszerzona. Rozszerzenie prawej żrenicy wskazuje na wątrobę zastoinową po usunięciu zastoiny zniknęło i rozszerzenie c. W-yo żrenic

robach trzustki spostrzegano rozszerzenie lewej żrenicy. Schorzenia żołądka i kiszek dają często nierówność żrenic. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenhk. 1928. T. 107).

—o—

S. May i S. F. Dudley na zasadzie obserwacji, dokonanych w pewnym zakładzie wychowawczym, wyrażają się nader dodatnio o uodparnianiu czynnym przeciwko błonicy. Gdy dawniej w ciągu ostatnich lat 10 zapadało przeciętnie 4% wychowawców na błonicę, to po wprowadzeniu uodparniania czynnego nie zdarzył się ani jeden przypadek tej choroby. Na 1000 zastrzyknięć zapobiegawczych ani jeden z wychowawców nie był zmuszony nawet na 24 godziny przerwać zajęć. (Lancet, T. 216. N. 5509).

—o—

Podczas zakładania odmy sztucznej lub uzupełnienia już założonej zdarzają się zatory powietrzne. Libermeisert

zauważył w tych razach ważny objaw rozpoznawczy, polegający na *zblednięciu ograniczonem małych odcinków prawej połowy języka*. W silniejszych stopniach zatoru blednie cała połowa prawa języka. Ta niedokrewność trzyma się ściśle obrębu tętnicy językowej. Jeżeli brak tego objawu językowego, to można z pewnością wykluczyć zator powietrzny. W najlżejszych stopniach zatoru znika wspomniany objaw rozpoznawczy już

po 2 minutach, w cięższych po $\frac{1}{2}$ godzinie. (Klin. Woch. 1929 N. 1).

—o—

Według Bachmanna *majęławyty z Yatrenu szybko leczyć czerwonkę lasecznikową*, często już po upływie 1–2 dni. B. stosował 2 razy dziennie po 2 gr. Yatrenu 105 na 200 gr. letniej wody po uprzedniej ławatywie oczyszczającej (Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. 1928. T. 32. Z. 6).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Z Polskich Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej

Posiedzenie kliniczne z dnia 8. X 1929 r.

Przewodniczący A. Fryszman.

1. I. Fliederbaum. 2 przyp. stanu dziecięcego pochodzenia trzustkowego.

F. przedstawia chorych 20 letniego i 24 letniego mężczyzn z oddz. D-ra G. Lewina z wybitnym niedorozwojem fizycznym (w 1-ym przyp. i płciowym) oraz z ciężką cukrzycą od lat dziecińczych. F. usiłuje powiązać oba te stany.

W rozprawie St. Markusfeld stwierdza dostateczny rozwój płciowy w 2-im przyp. Pryłucki zapytuje w sprawie kłdy dziedzicznej u przedstawionych chorych. Turyn rozpoznaje stan dziecięcy typu Lorraina.

2. H. Higier. Pokaz z dziedziny porażań nawrotowych. Porażenie okresowe n. okoruchowego i migrena okoporaźna 35-letni zdrowy dotąd osobnik. 10-y rok miewa ku końcowi wiciśny — w odstęпах prawie rocznych — napady trzy-dniowego bólu głowy nadczodołowego lewego z wymiotami. Następnie porażenie całego nerwu okoruchowego z opadnięciem powieki; rozszerzeniem i areflexją źrenicy, trwające 2, 4, 8, 13, 17 i 19 tygodni. Po poprawie pozostaje długo objaw Graefe'go. W rodzinie nikt nie cierpiał na zwykłą migrenę, oftalmiczną (Charcot), oftalmo-spastyczną lub oftalmoplegiczną. Jest to typowa postać *migraine ophtalmoplégique* czyli *ophtalmoplegia periodica*. Anatomicznie znajdowano tu i owdzie dobrotliwe guzy w pobliżu korzonków lub jąder n. okoruchowego, co, jasna rzecz, nie tłumaczy napadowości i okresowości. H. przypuszcza napadowy skurcz naczyńka miejscowego, gałązki *a. cerebri posterioris*, dający już po kilkunastu sekundach iszemię z następstwem zwyrodnieniem jąder i regeneracją, jak w lżejszych przyp. *encephalitis* lub *poliomyelitis acutae*. Analogję widzi w chorobie Raynau da, przemijającej ślepoty, hemianopsji i hemiparezie migreników. Ostatnio Neuburger i Spielmeyer stwierdzili nawet przy hemiplegii starczej z degeneracją ośrodków psychoruchowych czasem zupełnie nietknięte naczynia i przypuszczają anemizację skurczową. Higier opisał przed laty hemiplegję kompletną u starca, którą poprzedziło w ciągu 10 godzin, 8 napadów przemijającego porażenia, prawdopodobnie natury spastycznej. Mniej do przekonania przemawia w tym przyp. hipoteza obecności w migrenach okoporaźnych ekwiwalentu choroby Quinckego (*oedema acutum anglonouroticum*), jak to przypuszczają niektórzy autorzy (Curschmann, Quincke, Cassirer, Sterling), gdyż pacjent nigdy obrzęków napadowych ani innych anafilaktyczno-
allergiczych przejawów nie miał.

3. A. Fryszman. Przypadek dużego kamienia w pęcherzu u 9-letniej dziewczynki usuniętego drogą litotrypsji.

Przypadek dotyczy 9-letniej dziewczynki, u której przed

9 miesiącami wystąpiły objawy ostrego zapalenia pęcherza. Leczona była w szpitalu Anny Marji w Łodzi z powodu rzekomego zwykłego niezłytu pęcherza, bez powodzenia. Późniejsze badania promieniami Roentgena wykazało obecność kamienia w pęcherzu, o kształcie i wielkości małego jaja kurzego. Po uprzednim stwierdzeniu dostatecznej rozciągliwości cewki, za pomocą świeczek Fryszmana dokonał litotrypsji w uśpieniu ogólnem — kamień został skruszony. Już w kilka dni po zabiegu ustąpiły objawy zapalne ze strony pęcherza. Proponowana przez innych lekarzy krwawa operacja (*sectio alta*) okazała się zbędna. Skład kamienia wykazał: szczawian wapnia z domieszką fosforanu wapnia. Przy tej okazji autor omówił patologię kamieni pęcherzowych u dzieci, z czego wynika, że kamienie pęcherza u dzieci nie są zjawiskiem rzadkiem. Według statystyki Civiallea na 5383 przypadki kamieni w pęcherzu — 1946 przypada u dzieci do lat 10. — Thompsona na 2583 przypadki kamieni w pęcherzu — 1281 przypadków u dzieci do lat 16. Są to statystyki starsze. Obecnie liczba ta znacznie się zmniejszyła dzięki lepszemu i racjonalniejszemu odżywianiu, jak wykazują autorzy francuscy w stosunku do Francji; na wschodzie ilość przypadków kamicy nadal jest duża.

Etiologia kamieni pęcherzowych u dzieci nie jest w zupełności wyjaśniona. Bezsprzecznie dużą rolę odgrywają warunki higieniczne, racjonalne odżywianie, również nie bez wpływu są warunki geologiczne, skład chemiczny używanej do picia wody, poza tem pewną rolę odgrywa dziedziczne obciążenie. Tak Kutner stwierdził zmniejszenie się kamicy u dzieci z poprawą odżywiania w Wirtembergji, w Bośni i Hercegowinie ilość przypadków kamicy jest większa u dzieci chrześcijańskich (należących do warstwy biedniejszej o gorszym odżywianiu) aniżeli u dzieci muzułmańskich (należących do warstwy bogatszej o odżywianie lepszym). W Egipcie kamienie pęcherza zdarzają się częściej u Fellachów (ludność tubylcza), którzy używają wody do picia z Nilu, aniżeli u Europejczyków. Obserwacje Ploverighta w Norfolk wykazują związek między częstością kamicy, a zawartością soli kuchennej w wodzie. Na wschodzie kamica jest częstszym zjawiskiem aniżeli na Zachodzie. Bardzo często obserwowano kamice u dzieci na Madagaskarze, która bardzo często powoduje przedwczesne charłactwo. Wszystko to odnosi się do t. zw. kamieni pierwotnych. Kamienie wtórne powstają bądź to skutkiem stanów przewlekłych zapalnych pęcherza, bądź wskutek obecności ciał obcych u dziewcząt wprowadzonych najczęściej podczas masturbacji.

Co się tyczy postępowania leczniczego, to jak widać z przypadku demonstrowanego, nawet duże kamienie, zwłaszcza u dziewcząt nadają się do postępowania bezkrwawego (litotrypsja), po uprzednim stwierdzeniu stopnia rozciągliwości cewki. Postępowanie krwawe (*sectio alta*) należy rezerwować dla przypadków nie nadających się do tego zabiegu bądź to wskutek niemożności wprowadzenia instrumentów, bądź to wskutek nadmiernej wielkości kamienia.

B. Odczyty: 1) M. Lubelski. *Leczenie nitkowatych zwężeń przelyku po oparzeniach płynami żrącymi z zastosowaniem zgłębnika własnego pomysłu* (ukazuje się w druku w Przegl. Chirurg.) b) Film wyświetlający przebieg leczenia.

W rozprawie zabierają głos B. Karbowski, L. Abramowicz i H. Adelfang, którzy, podnosząc zaletę metody Lubelskiego, pozwalającej choremu bez obcej pomocy na wprowadzenie zgłębników do zwężonego miejsca, oraz dosko nale jej skutki lecznicze, jak to zilustrował film, uważają, że w niektórych przypadkach, szczególnie przy pierwszym wprowadzeniu zgłębnika, nie da się obejść bez wzornika, wzgl. prom. Roentgena. Lub. odpowiada, że nie przeciwstawia swojej metody innym, lecz, że uważa ją za skuteczne praktyczne ich uzupełnienie.

2. H. Higier. *Z galerii znakomitych lekarzy żydowskich średniowiecza Europy i Azji.*

Higier, nawiązując do dawnego odczytu swojego, wygłoszonego przed laty i ogłoszonego (Archiwum historii i filozofii medycyny 1927), jako część ogólna niniejszego, charakteryzuje bliżej poszczególne znakomitości żydowskiego świata lekarskiego zamierzchłej przeszłości. Rozpoczyna od świtu średniowiecza, od lekarzy Bliskiego Wschodu, od typu lekarza Telesinusa, lejbm-medyka papieża Gelawiusza (473 r.), Mavazdija z Basry arabskiej (683), Satlego z Tabaristanu, Zedekjava, doradcy Karola Łysego (880), współtwórców Akademii Salernitańskiej (Eljasza, Judy i Jozuego) i wszechnic padewskiej we Włoszech, a kończąc na lekarzach polsko-żydowskich zmierzchu średniowiecza oraz 17 i 18 stulecia Omawia główniejszych przedstawicieli medycyny różnych krajów, zwłaszcza Arabii, Byzancjum, Państwa Otomańskiego, Hiszpanii, Portugalii, Włoch, Niemiec, Francji, Polski i Państwa Kościelnego (np. Isaacus Judaeus, Majmonides, Abraham de Balmes prof. z Padwy, Salomon ze Lwowa, Kalahori z Krakowa i t. d.), analizując bliżej stosunek ich do dawnych akademii lekarskich Wschodu i Arabii, do wyższych Szkół lekarskich (Salerm, Montpellier) i późniejszych wszechnic i uniwersytetów (Rzymu, Ferrary, Padwy, Wiednia, Londynu, Paryża i Krakowa). H. uzupełnia dawną swą charakterystykę średniowiecznego żyda-lekarza i czynniki, które się z biegiem wieków złożyły na to, że żyd mimo najstraszniejszych warunków istnienia i wrogiego nastroju całego otoczenia inowierczego, nie wyłączając zawodowców obcoznaniowych mógł się wybić i rozwijać płodną, a owocną działalność praktyka i uczonego. Z nich podkreślić należy: 1) Przy stosowanie lingwistyczne, znajomość języka miejscowego i obcych, zwłaszcza łacińskiego i greckiego, hebrajskiego i arabskiego, z których się wszystko czerpało i tłumaczyło. 2) Po gląd żydów na lecnictwo, jako na sanktuarjum etyczne, na sztukę wyższą, szlachetną, a na studjum medycyny poniekąd, jako na nakaz religijny, 3) Charakter Biblii i Talmudu, w których się ro: od przepisów higienicznych, nakazów dietetycznych, opisów chorób i leków, 4) Doświadczenie praktyczne, zdobywane we wczesnym wieku w licznych rodzinach żydowskich, gdzie się ten fach dziedziczył z pokolenia w pokolenie (rodzina Portaleone, Vitalis-Felix, Gersonides, Tibbonides, Castel-Branco, Kolahori, Winkler, Fiszel, 5) Okoliczność natury utylitarnej, wiara, że wolny zawód zapewni utrzymanie, niezależność, wdzięczność i wyróżnienia, zaszczyty i przywileje, 6) wytwarzanie się wskutek prześladowań wyznaniowych, rasowych i narodowych dwoistego typu lekarza-żyda, wiecznego tułacza, wędrującego cudotwórcy, który, posiadając znakomite przygotowanie, w róż-

nych państwach i krajach, u chłopca i pana, rycerza i księcia, króla i papieża zdobywał doświadczenie, wzbogacał wiedzę, a zgromadzony materiał ogłaszał (streszczenie własne).

Sekretarz: M. Szour.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Próby leczenia *encephalitis epidemica* za pomocą *trypanblau* czynione były ostatnio przez Chevallier i Schwoha (Tow. lek. szpit. parysk. paźdz. r. b. — Pr. méd. № 84). Środek ten jest stosowany ze skutkiem w praktyce weterynaryjnej w rozmaitych cierpieniach. Posiłkowano się zastrzykowaniami 5 cm. sz. 1/100 roztworu i robiono nie więcej niż 2 zastrzyknięcia, ponieważ płyn wydzielal się bardzo trudno. Żadnych wyników nie otrzymywano w gruźlicy płuc jamistej, w stwardnieniu rozsianem. Natomiast w *encephalitis* wyniki leczenia są bardzo zachęcające. W jednym przypadku trwającym od miesiąca, otrzymano wyzdrowienie w ciągu 4 dni. U parkinsonika ustąpiła sztywność, tak, że chory może mówić i uśmiechać się. Wydaje się, że w świeżych przypadkach zapalenia mózgu *trypanblau* może być istotnie dobrym środkiem.

Przypadek leczenia tężca zastrzykowaniami dordzeniowemi surowicy przeciw tężcowej w znieczuleniu chloroformowem referował Dufour na posiedzeniu lek. szpit. paryskich (Pr. méd. r. 84). Chłopiec 11 lat dostał objawów tężca, które nie ustępowały od zwykłej seroterapii a zaczęły znikać po trzykrotnem zastrzykiwaniu w ciągu 3-ech dni rzędu 30 cm. sz. surowicy dordzeniowo w głębokiem uśpieniu chloroformowem z dodatkiem somnifenu, wprowadzanego dożylnie.

Na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie w kwietniu Sauerbruch omawiał sprawę ropień opłucnowych ze stanowiska chirurga. Smutne doświadczenia z okazji epidemii grypy zmusiły chirurgów do zmiany sposobu postępowania, które dotąd w przypadku ropień opłucnowych bywało zawsze bardzo radykalne. Obecnie chirurg jest bardziej wstrzeżliwy i zachowuje się wyczekująco, obserwując przebieg kliniczny cierpienia. Jedynie w przypadkach ropownicy ściany klatki piersiowej i cuchnącej sprawy w opłucnie wskazana jest interwencja natychmiastowa. Otwarte traktowanie wchodzi w rachubę w przypadkach zastarzałych, kiedy stosunki w śródpiersiu uległy konsolidacji. W przypadkach świeżych należy uciekać się do postępowania zamkniętego (drenowanie). Ropienia jałowe natury gruźliczej winny być bezwarunkowo leczone zachowawczo. Dwustronne ropienia opłucny należy operować dwuczasowo. Gdy dawniej śmiertelność po operacyjnem leczeniu ropień opłucnowych wynosiła do 90%, obecnie leczenie daje 20% przypadków śmierci (W. med. Woch Nr. 43).

Na posiedzeniu hamburskiego tow. lekarsk. Schott müller przedstawił pierwszego chorego z niedokrewnością złośliwą, leczonego od 3 lat preparatem wątroby (hepatopson) i wyleczonego. Sądzi on, że chory tego rodzaju musi być długo i energicznie leczony wątrobą, i że każde pogorszenie czerwonego obrazu krwi wymaga natychmiastowej takiej samej energicznej kuracji. Podkreśla skuteczność leczenia wątrobą choroby, która dotąd odznaczała się 100% śmiertelności. Hegler w dyskusji nie wypowiada się tak entuzjastycznie o leczeniu wątrobą, skoro niektóre objawy, jak *achylia* np., pozostają bez zmiany (D. m. W. Nr. 42).

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

Słówko o języku naszych prac naukowych.

Kto ma sposobność czytywać prace lekarskie nie w druku dopiero, lecz w rękopisie, miewa — przy pewnej wrażliwości na poprawność języka — chwile niewątpliwie bardzo przykre, Sądzę, że wolno mi zabrać głos w tej sprawie, ponieważ — niestety — od lat przeszło czterdziestu w bliskim pozostają kontakcie z czasopiśmiennictwem przyrodniczo-lekarskim. Pierwsze moje jako tako oryginalne próby znajdowały gościnę na łamach bardzo ongi rozpowszechnionego tygodnika przyrodniczego, wydawanego przez lat trzydzieści, pod opieką wytrwale pracującego komitetu redakcyjnego, przez prof. chemii ś. p. Bronisława Znutowicza. Jeżeli dawniejsi współpracownicy „Wszechświata” za swych lat młodych pisali niewyrobionem piórem i popełniali usterki językowe, winni są niewygasłą wdzięczność ś. p. Znutowiczowi za to, że nie szczędził on nigdy trudów i z wytrwałością, a nawet z nadmiernem pobłażaniem poprawiał manuskrypty i starał się z najgorszego nieraz materiału wytworzyć rzecz godną druku. Wspominam tu Znutowicza z wielu powodów. Przedewszystkiem dlatego, że obecnie jeszcze wśród przyrodników i lekarzy widzujemy nazwiska tych, którzy pierwsze kroki na polu literackim stawiali prowadzeni jego ręką. Powtóre wszakże przyznać muszę z żalem, że gdy z biegiem czasu los przerzucił mnie na drogę literatury lekarskiej, nigdy już nie spotykałem się z pieczołowitością tak wielką o język ojczysty, jak właśnie u Znutowicza. Łatwo byłoby może znaleźć przyczyny tego stanu rzeczy, zapewne pochodzące przedewszystkiem ztąd, że pierwsi opiekunowie Wszechświata byli najwcześniejszymi epigonami profesorów i uczniów Szkoły Głównej, wśród których dbałość o czystość języka stawiana była zawsze na pierwszym miejscu.

Bądźco bądź w naszych pismach lekarskich, które dotrwały do wielkiej wojny, już dbałości w tak znacznym stopniu nie widać. Redaktorowie nie tylko że należeli do młodszego pokolenia, ale nadto najczęściej bywali przeciążeni pracą zawodową, która mało pozostawiała im chwil wolnych do zajmowania się redagowaniem przez siebie pismem. Jednakże i wówczas jeszcze z młodszymi zwłaszcza autorami było roboty niemało. Sprawiedliwość wszakże przyznać każe, że ambicja autorów na tem polu była bardzo znamienita. Dziś niestety nie widzimy tego, a przynajmniej dostrzegamy to w stopniu znacznie mniejszym. Autor oddaje redaktorowi swą pracę, wiedząc doskonale, że jej polszczyzna pozostawia wiele do życzenia, uprzedza nawet o tem redaktora, ten znów podaje to do wiadomości odpowiedniego referenta i — sprawa skończona. Referent lub redaktor, najczęściej jeden i drugi robią, co jest w ich mocy, aby artykuł poprawić, wygładzić, uczynić łatwym do czytania i rzecz idzie do druku. Oczywiście ani słówkiem nie mówię o treści, bo wszystko to dotyczy

naturalnie tylko artykułów, które co do treści nie podlegają żadnemu zakwestjonowaniu.

Sądzę jednak, że tolerowanie choćby zupełnie dobrych prac, pozostawiających natomiast dużo do życzenia pod względem językowym, nie powinno zachodzić zbyt daleko. Redakcja nie może i nie powinna być szkołą gramatyki i stylistyki polskiej. Rozumiemy doskonale, skąd te braki językowe pochodzą. Przedewszystkiem ztąd niewątpliwie, że skoncentrowaliśmy się w stolicy kraju i zgrupowali dookoła wielu ognisk czasopiśmienniczych z rozmaitych dzielnic Polski, gdzie pewne usterki językowe zdawien dawna już nabrały niejako prawa obywatelstwa. Niemniej tę indolencję autorów położyć trzeba na karb bardzo niestety rozpowszechnionego mniemania, że, byleby treść była coś warta, mniejsza o formę.

Jest to błąd nie do wybaczenia. Kto wynikami swej pracy umysłowej pragnie zainteresować czytelnika, winien pamiętać, że tylko rzecz dobrze, ładnie, nawet — powiedzmy — wytwornie napisana może prawdziwie zająć i obudzić ciekawość. To lekceważenie formy jest wprost karygodne. Najwięksi uczeni starali się nawet o piękno wykładu, nie o samą tylko poprawność języka. Kto nie dba o język, którym swe myśli wypowiada, do tego — zdaniem mojem skromnem — nawet zaufania mieć nie można, że dość starannie rzecz samą opracował. Kto zaś wie, że nie włada dość dobrze językiem, znajdzie zawsze kogoś wśród przyjaciół i kolegów, który mu rękopis poprawi, zanim tenże przejdzie do rąk redaktora.

Wszak wiemy wszyscy, w jakich niepomysłnych warunkach pracują nasi redaktorowie pism lekarskich, nie pobierając nic za swoją często bardzo wyczerpującą robotę. Słusznie byłoby zdjąć im z ramion choć część tej pracy. O to, ażeby artykuł lekarski ukazał się w druku w szacie możliwie najprzystojniejszej, dbać chyba powinien przedewszystkiem sam autor. Redaktor zawsze dość jeszcze będzie miał zajęcia z poprawieniem w razie potrzeby wewnętrznej strony artykułu. Strona zewnętrzna, formalna, językowa powinna całkowicie spoczywać na barkach autora. Kiedyż wreszcie nauczy się autor pisać poprawnie, jeżeli zawsze oglądać się będzie na redaktora.

Powie kto może, że przeczę temu, com powiedział na wstępie. Nas uczył redaktor Wszechświata i było nam z tem dobrze. Zarzut to pozorny. Bo przedewszystkiem my w swoim czasie pisywaliśmy dużo, bardzo dużo, były to bowiem przeważnie prace nie tyle twórcze, ile głównie streszczenia, referaty, tłumaczenia. Dzisiejszy autor, współpracownik pisma lekarskiego, pisze znacznie mniej, nie ma przeto dosyć materiału językowego, na którym mógłby się kształcić. Referenci, dodani do pomocy redaktorowi współczesnego pisma lekarskiego, sami też często doskonale wprowadzając ogarniają przedmiot swój specjalny, lecz niedostatecznie panują nad językiem. Ponadto prowincjo-

nalizmy daleko gęściej obecnie niż dawniej wkradają się do języka literackiego, na co niestety zbyt mało zwracamy uwagi.

Są niewątpliwie wśród autorów-lekarzy tacy, którzy władają językiem pod każdym względem znakomicie. O większości wszakże powiedzieć tego

nie można. Tym z całego serca pragniemy dać radę uczenia się tego języka nie od redaktora, którego powołujemy do zbyt wielu czynności, aby go móżdż z czystym sumieniem jeszcze i tą pracą obarczać.

M. F.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie dziesięciolecia 1918—1928.

Podał

K. PROEKL, radca ministerjalny.

Żywa działalność legislacyjna w okresie dziesięciolecia 1918—1928 ma na celu zorganizowanie polskiej administracji sanitarnej, uzupełnienie obowiązujących z czasów zaborczych przepisów prawnych, wreszcie stworzenie polskiego ustawodawstwa sanitarnego, jednolitego dla całego Państwa.

1. Organizacja naczelnej władzy służby zdrowia, obejmowanie władzy w poszczególnych dzielnicach i rozciągnięcie polskich przepisów prawnych na te dzielnice

W myśl art. 24 dekretu Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji władz naczelnych w Królestwie Polskim z dn. 3 stycznia 1918 r. (Dz. Pr. K. P. Nr. 1 poz. 1) przygotowanie, a następnie objęcie i prowadzenie spraw służby zdrowia należało do Ministra Spraw Wewnętrznych.

Dekretem Rady Regencyjnej z dnia 4 kwietnia 1928 r. (Dz. Pr. Kr. P. Nr. 5 poz. 8) zostały wyłączone sprawy służby zdrowia z kompetencji Ministra Spraw Wewnętrznych i przekazane Ministerstwu Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, a urząd ten uzyskał nazwę: Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy.

Dekretem Rady Regencyjnej z dn. 30 października 1918 r. (Dz. Pr. Kr. P. Nr. 14 poz. 30) Ministerstwo to zostało zniesione, a utworzono Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Ochrony Pracy.

W dekrete Naczelnika Państwa z dnia 16 stycznia 1919 r., ogłoszonym w Monitorze Polskim Nr. 13 z dn. 17 I. 1919, mianującym gabinet I. Paderewskiego, pojawia się po raz pierwszy nazwa Ministra Zdrowia Publicznego, a Minister Ochrony Pracy w dekrete tym ma już nazwę Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Ustawa z dnia 28 listopada 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 131 poz. 1060) znosi Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a zakres jego działania przekazuje Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej. Szczegółowego podziału kompetencji dokonywa rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej, z dnia 18 stycznia 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 9 poz. 86).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 6 marca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 21 poz. 169) przekazuje Ministrowi Zdrowia Publicznego zarząd spraw zdrowia publicznego na obszarze b. dzielnicy pruskiej.

Na obszar ziem wschodnich (województwa wołyńskie, poleskie, nowogrodzkie, oraz powiaty grodzieński, wołkowyski i białowieski woj. białostockiego) zostaje rozciągnięte przepisy prawne, — wydane przed wejściem w życie ustawy z dn. 4 lutego 1921 r. o unormowaniu stanu prawno-politycznego na ziemiach, przyłączonych do obszaru Rzeczypospolitej na podstawie umowy o preliminarjum pokoju i rozejmie, podpisanej w Rydze 12. X. 1920 (Dz. U. P. Nr. 15 poz. 93) — rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 24 listopada 1921 Dz. U. R. P. Nr. 100 poz. 720, rozporządzeniami Min. Zdr. Publ. z dn. 27 marca 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 34 poz. 287, 288 i 289, z dn. 27 marca 1922 Dz. U. R. P. Nr. 35 poz. 289, z dn. 20 kwietnia 1922 r. Monitor Polski Nr. 96 z dn. 27. IV. 1922, z dnia 21 sierpnia 1922 Dz. U. R. P. Nr. 72 poz. 653, rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami z dn. 14 grudnia 1926 r. Dz. U. R. P. Nr. 128 poz. 773.

Na obszar ziemi wileńskiej zostają rozciągnięte przepisy prawne, — wydane przed wejściem w życie ustawy z dn. 6 kwietnia 1922 r. o objęciu władzy państwowej nad ziemią wileńską (Dz. U. R. P. Nr. 26 poz. 213) — rozporządzeniami Rady Ministrów z dn. 1 lipca 1922 Dz. U. R. P. Nr. 64 poz. 569, z dn. 21 lipca 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 60 poz. 541, z dnia 21 sierpnia 1922, Dz. U. R. P. Nr. 72 poz. 654, oraz rozporządzeniami Min. Zdr. Publ. z dnia 18 września 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 84 poz. 757, z dn. 20 października 1922 Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 977, z dn. 20 października 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 112 poz. 1018, z dn. 26 października 1922 r. Monitor Polski Nr. 285 z 15 XII. 1922, oraz rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami z dn. 14 grudnia 1926 r. Dz. U. R. P. Nr. 128 poz. 773.

2. Zasadnicza ustawa sanitarna i rady zdrowia.

Podwaliny dla zorganizowania administracji sanitarnej daje już w początkach roku 1919 państwowa zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 8 lutego 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 15 poz. 207), zastąpiona następnie zasadniczą ustawą sanitarną z dn. 19 lipca 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 63 poz. 371).

Wymieniona wyżej zasadnicza ustawa sanitarna obowiązuje do chwili obecnej ze zmianami,

wprowadzonymi rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (Dz. U. R. P. Nr. 9 poz. 86) oraz ustawą z dnia 25 lutego 1926 (Dz. U. R. P. Nr. 28 poz. 167).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 lutego 1920 r. Monitor Polski Nr. 53 z 5.III.1920 powołuje do życia Naczelną Radę Sanitarną, mającą na celu „skoordynowanie i scentralizowanie akcji, dotyczącej spraw zdrowotnych i higieny społecznej, prowadzonej przez poszczególne władze państwowe”. Rozporządzenie to zostaje zastąpione rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 21 sierpnia 1922 o Naczelnej Radzie Sanitarnej oraz wojewódzkich i powiatowych radach sanitarnych (Monitor Polski Nr. 209 z 15.IX.1922), to zaś zostaje zastąpione, — o ile idzie o Naczelną Radę Sanitarną, — rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 listopada 1922 r. Monitor Polski Nr. 289 z 20.XII.1922, ustanawiającem Państwową Radę Zdrowia. Dwa ostatnie rozporządzenia zostają wreszcie całkowicie zastąpione rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 1926 r. o Państwowych: Naczelnej oraz Wojewódzkich i Powiatowych Radach Zdrowia*) (Monitor Polski Nr. 18 z dn. 23.I.1926), zmienionem następnie rozporządzeniami Rady Ministrów z dn. 18 listopada 1927 r. (Monitor Polski Nr. 281 z dn. 9.XII.27) i z dnia 29 sierpnia 1928 r. (Monitor Polski Nr. 207 z dn. 8.IX.1928).

3. Państwowy Zakład Higjeny.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dnia 28 marca 1919 (Monitor Polski Nr. 78 z dn. 5.IV.1919) określa organizację i zakres działania państwowych zakładów epidemiologicznych, powołuje do życia państwowy centralny zakład epidemiologiczny w Warszawie, oraz nadaje nazwę państwowych zakładów epidemiologicznych istniejącym państwowym instytutom i pracowniom bakteriologicznym w Krakowie, Łodzi i Płocku. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 października 1921 r. (Monitor Polski Nr. 258 z dn. 12.XI.1921) zatwierdza statut organizacyjny państwowych zakładów epidemiologicznych, rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 19 czerwca 1922 r. (Monitor Polski Nr. 147 z dn. 3.VII.1922) tworzy przy państwowym zakładzie epidemiologicznym, jako jego oddział, państwową szkołę higjeny, a rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 7 września 1923 r. (Monitor Polski Nr. 208 z dn. 14.IX.1923) zmienia nazwę „Państwowy Zakład Epidemiologiczny” na „Państwowy Zakład Higjeny”.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 1 grudnia 1921 r. Monitor Polski Nr. 1 z dn. 2.I.1922 zatwierdza statut Państwowego Zakładu badania surowic.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higjeny (Dz. U. R. P. Nr. 54 poz. 477) łączy wymienione wyżej: Państwowy Zakład Higjeny

i Państwowy Zakład badania surowic oraz Państwowy Instytut Farmaceutyczny — którego statut został zatwierdzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 13 kwietnia 1922 r. (Monitor Polski Nr. 101 z dn. 4.V.1922) — w jeden zakład naukowo-badawczy pod nazwą „Państwowy Zakład Higjeny” z filjami we Lwowie, Krakowie, Łodzi, Lublinie i Toruniu.

4. Zawód lekarski i Izby lekarskie.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762) określa wykonywanie praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, a ustawa z tej samej daty Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 763 ustrój i zakres działania Izby Lekarskich. Siedziby i okręgi Izby Lekarskich określa rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 15 marca 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 41 poz. 353), zmienione następnie rozporządzeniem tegoż Ministra z dnia 22 września 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 85 poz. 676) oraz rozporządzeniem Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 20 grudnia 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 129 poz. 931).

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 17 czerwca 1922 r. likwiduje Izby Lekarskie, istniejące we Lwowie i Krakowie na podstawie przepisów prawnych austriackich.

Przeprowadzenie pierwszych wyborów do Izby Lekarskich określa rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 25 lipca 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 70 poz. 628, z dn. 9 grudnia 1922 Dz. U. R. P. Nr. 116 poz. 1061, oraz rozporządzenie Min. Spraw Wew. z dnia 20 stycznia 1926 r. Dz. U. R. P. Nr. 19 poz. 119.

Terminy dla przeprowadzenia pierwszych wyborów do Izby Lekarskich określa rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 25 lipca 1922 r. (Monitor Polski Nr. 176 z dn. 5. VIII. 1922), zmienione częściowo rozporządzeniami tegoż Ministra z dn. 22 września 1922 r. (Monitor Polski Nr. 225 z dn. 4. X. 1922) oraz z dnia 14 października 1922 r. (Monitor Polski Nr. 247 z dn. 30. X. 1922).

Rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 27 marca 1924 r. (Monitor Polski Nr. 87 z 14. IV. 1922) ustala ogólny regulamin dla Naczelnej Izby Lekarskiej, a rozporządzenie tegoż Ministra z dnia 16 marca 1925 r. (Monitor Polski Nr. 115 z dn. 18. V. 1925) regulamin sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Rozporządzenia Min. Zdr. Publ. z dnia 16 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 71 poz. 564) określają wysokość taksy, którą winien uiścić kandydat do egzaminu fizyckiego na obszarze b. zaboru austriackiego, a rozporządzenie Rady ministrów z dnia 18 lutego 1924 r. (Dz. U. R. R. Nr. 21 poz. 226), zastąpione następnie rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 16 stycznia 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 19 poz. 139), normuje sprawę służby przygotowawczej i egzaminów sanitarnych dla kandydatów na stanowiska administracyjnych urzędników lekarskich i farmaceutycznych I kategorii w państwowej służbie zdrowia.

*) Uprawnienia Państwowych Wojewódzkich i Powiatowych Rad Zdrowia przeszły — wobec postanowień ustępu ostatniego art. 121 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 19.I.1928 o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej (Dz. U. R. P. Nr. 11 poz. 86) — na wojewódzkie i powiatowe organa kolegialne.

5. Praktyka dentystyczna i zawody pomocniczo — lekarskie.

Rozporządzeniem Min. Zdr. Publ. z dn. 17 lutego 1920 Monitor Polski Nr. 53 z 23. II. 1920 został utworzony Państwowy Instytut Dentystyczny, który następnie na podstawie rozporządzenia Min. Wyznań Rel. i O. P. i Min. Zdr. Publ. z dn. 7 stycznia 1922 Monitor Polski Nr. 25 z dn. 31. I. 1922 przeszedł całkowicie pod zarząd Min. Wyznań Rel. i O. P.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10 czerwca 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 54 poz. 476) określa jednolicie dla całego Państwa, z wyjątkiem województwa śląskiego, wykonywanie praktyki dentystycznej, a rozporządzenie Min. Spraw Wewn. z dnia 21 listopada 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 97 poz. 864) egzaminy dla techników dentystycznych.

Uprawnienia do wykonywania czynności felczerskich określa ustawa z dnia 1 lipca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 64 poz. 396) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 20 marca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 29 poz. 233).

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dnia 17 września 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 98 poz. 651), zmienione częściowo rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 3 marca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 21 poz. 174), ustala regulamin nauki i służby w państwowych szkołach położnych na obszarze b. zaboru austriackiego, a rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. R. P. Nr. 34 poz. 316) oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25 września 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 2 poz. 30 z r. 1929) w sprawie wykonania wymienionego wyżej rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej normują sprawę praktyki i nauczania położnych jednolicie dla całego Państwa, z wyjątkiem górnośląskiej części województwa śląskiego.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dnia 8 lutego 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 196) nakłada obowiązek zgłaszania kursów sanitarnych i rejestracji osób, które ukończyły kursy sanitarne i wykonywują zawód sanitariuszy, a rozporządzenie tegoż Ministra z dnia 27 listopada 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 127 poz. 1049) normuje sprawę egzaminów pielęgniarских.

6. Dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Szereg przepisów prawnych z dziedziny dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku rozpoczyna dekret z dnia 7 lutego 1919 r. o nadzorze nad wyrobem i sprzedażą artykułów zastępczych — surogatów produktów spożywczych i przedmiotów użytku publicznego (Dz. P. P. P. Nr. 14 poz. 161).

Rozporządzenia Min. Zdr. Publ. z dnia 14 marca 1919 r. (Monitor Polski Nr. 66 z dn. 21. III 1919) określa zakłady, do których należy wnosić podania o pozwolenia na wyrób artykułów zastępczych — surogatów.

Organizację, zakres działania oraz taksy za badania w Państwowych Zakładach badania żywności i przedmiotów użytku określają rozporządze-

nia Min. Zdr. Publ. z dn. 28 lipca 1919 r. w przedmiocie organizacji Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku (Dz. R. P. Nr. 71 poz. 420), z dn. 28 lipca 1919 r. w przedmiocie badania żywności i przedmiotów użytku publicznego (Dz. U. R. P. Nr. 71 poz. 421), oraz z dnia 28 lipca 1919 r. w przedmiocie taksy za badanie żywności i przedmiotów użytku publicznego w Państwowych Zakładach badania żywności i przedmiotów użytku (Dz. U. R. P. Nr. 71 poz. 422).

Taksa za badanie żywności i przedmiotów użytku publicznego, dołączona do rozporządzenia z dn. 28 lipca 1919 r., zostaje podwyższona rozporządzeniem z dn. 1 lipca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 62 poz. 409), następnie po rozciągnięciu jej na obszar byłego zaboru austriackiego rozporządzenia Min. Zdr. Publ. z dn. 20 września 1920 r. Dz. U. R. P. Nr. 91 poz. 600 ulega dalszym podwyższeniom w rozporządzeniach z dn. 6 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 70 poz. 468), z dn. 22 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 4 z r. 1922 poz. 23), z dn. 8 sierpnia 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 69 poz. 622), z dnia 14 grudnia 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 116 poz. 1062). Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 29 sierpnia 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 94 poz. 751) podaje nową takse, która zostaje podwyższona rozporządzeniem z dn. 24 listopada 1923 (Dz. U. R. P. Nr. 126 poz. 1029). Rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 17 maja 1924 (Dz. U. R. P. Nr. 55 poz. 556) ustala nową takse w złotych, którą zastępuje następnie rozporządzenie z 27 grudnia 1925 r. (Dz. U. R. P. z r. 1926 Nr. 28 poz. 173).

Rozporządzenie Min. Spraw Wewn. z dn. 22 września 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 104 poz. 607) ustala takse dla obszaru b. zaboru pruskiego.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 26 lutego 1921 (Dz. U. R. P. Nr. 26 poz. 151) normuje sprawę urządzania i utrzymywania piekarni i sklepów z pieczywem oraz wypieku chleba, rozporządzenie zaś tego Ministra z dnia 7 marca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 20 poz. 166) używanie domieszek do mąki i chleba.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 1 kwietnia 1921 r. Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 197 ogranicza przywóz fasoli.

Wreszcie w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) uzyskuje ta dziedzina administracji sanitarnej jednolite podstawy prawne dla całego obszaru Państwa, z wyjątkiem Województwa Śląskiego.

Rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 8 czerwca 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 66 poz. 613) ustala statut Rady do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 lutego 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 25 poz. 217) nakłada obowiązek dodawania oleju sezamowego do margaryny i do innych tłuszczów jadalnych, a rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 8 czerwca 1928 (Monitor Polski Nr. 139 z 19.VI. 1928) określa jakość tego oleju i sposób jego dodawania. Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 25 kwietnia 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 54 poz. 515) uchyla rozporządzenie Rady Związkowej

z I.VII. 1915, dotyczące postanowień wykonawczych do ustawy o obrocie masłem, serem, smalcem i ich surogatami.

7. Zwalczanie alkoholizmu.

W dziedzinie zwalczania alkoholizmu wychodzi ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych (Dz. U. R. P. Nr. 37 poz. 210), zmieniona następnie częściowo ustawą z dn. 27 stycznia 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 12 poz. 104). Jednolity tekst tej ustawy został ogłoszony rozporządzeniem Min. Zdr. Publ. z dn. 10 kwietnia 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 35 poz. 299).

Na podstawie powołanej wyżej ustawy z 23 kwietnia 1920 r. zostaje wydane rozporządzenie Min. Zdr. Publ. o charakterze przejściowym z dn. 3 sierpnia 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 71 poz. 487) oraz rozporządzenie wykonawcze tegoż Ministra z dn. 16 września 1920 (Dz. U. R. P. Nr. 98 poz. 650), zastąpione następnie rozporządzeniem z dn. 2 czerwca 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 51 poz. 462). To ostatnie rozporządzenie zostało zmienione częściowo rozporządzeniem Min. Zdr. Publ. z dn. 25 lipca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 82 poz. 728).

Rozporządzenie Kierownika Ministerstwa Zdrowia Publ. z dnia 30 listopada 1920 r. (Monitor Polski Nr. 290 z dnia 22.XII. 1920) ustala regulamin dla Komisji walki z alkoholizmem. Rozporządzenie to zostaje następnie zmienione rozporządzeniami Min. Zdr. Publ. z dnia 11 lipca 1921 (Monitor Polski Nr. 178 z dn. 8.VIII. 1921) i z dnia 2 czerwca 1922 r. (Monitor Polski Nr. 156 z dn. 13.VII. 1922), wreszcie rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 5 września 1922 r. (Monitor Polski Nr. 218 z dn. 26.IX. 1922) ustala nowy regulamin dla Komisji do walki z alkoholizmem.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 29 sierpnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81 poz. 708) przekazuje uprawnienia Komisji do walki z alkoholizmem wojewódzkim i powiatowym organom kolegiatnym tam, gdzie organa te zostały utworzone.

8. Uzdrowiska i zakłady kąpielowe.

Sprawę uzdrowisk reguluje ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach (Dz. U. R. P. Nr. 31 poz. 254), uzupełniona i zmieniona następnie ustawą z dn. 28 lipca 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 67 poz. 605) oraz rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 331).

W wykonaniu tej ustawy wychodzi rozporządzenie Minist. Zdr. Publ. z dn. 27 lipca 1922 (Moni-

tor Polski Nr. 193 z dn. 26. VIII. 1922) w przedmiocie utworzenia Państwowej Rady do spraw uzdrowisk, zmienione następnie rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 20 listopada 1923 r. (Monitor Polski Nr. 269 z dn. 26. XI 1923 r.), rozporządzenie Minist. Zdr. Publ. z dn. 19 listopada 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 125 poz. 1016) w przedmiocie przepisów sanitarnych dla uzdrowisk, posiadających charakter użyteczności publicznej, rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 28 grudnia 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 14 z r. 1924 poz. 131) w przedmiocie uznania niektórych uzdrowisk za posiadające charakter użyteczności publicznej, wreszcie rozporządzenie Min. Spraw Wewn. z dn. 1 października 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 89 poz. 848) o ustaleniu granic okręgu ochrony sanitarnej w uzdrowiskach, posiadających charakter użyteczności publicznej, Ciechocinku i Zakopanem.

Regulamin robót inwestycyjnych w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Krynicy ustala rozporządzenie Min. Zdr. Publ. i Min. Robót Publ. z dnia 23 listopada 1920 (Monitor Polski Nr. 281 z dn. 11. XII. 1920).

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 13 maja 1919 (Monitor Polski Nr. 110 z dn. 19.V. 1919) ustala przepisy o udzielaniu ulg w państwowych Zakładach Zdrojowych. Rozporządzenie to zostaje częściowo zmienione rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 6 marca 1922 (Monitor Polski Nr. 71 z dn. 28.III. 1922), a następnie zastąpione rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 27 lutego 1923 r. (Monitor Polski Nr. 76 z dn. 3.IV. 1923). To ostatnie rozporządzenie zostaje następnie częściowo zmienione rozporządzeniem Min. Zdr. Publ. z dn. 4 czerwca 1923 r. (Monitor Polski Nr. 132 z dn. 14. VI. 1923).

Dalsze zmiany w przepisach o udzielaniu ulg w Państwowych Zakładach Zdrojowych wprowadzają wreszcie wymienione w ustępie 12-tym przepisy o pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 5 lipca 1921 (Dz. U. R. P. Nr. 65 poz. 416) reguluje sprawę urzędzenia i utrzymywania zakładów kąpielowych rytualnych dla ludności wyznania mojżeszowego, rozporządzenie zaś Min. Zdr. Publ. z dn. 12 lipca 1922 (Dz. U. R. P. Nr. 77 poz. 698) urzędzenie i utrzymywanie zakładów kąpielowych publicznych. Moc obowiązującą tego ostatniego rozporządzenia, wydanego początkowo na okres dwuletni, przedłużają rozporządzenia Min. Spr. Wewn. z 14.VIII. 1924 (Dz. U. R. P. Nr. 73 poz. 733) i z dn. 1 maja 1926 (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 276). -

(C. d. n.)

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Democedes z Krotonu.

Herodot podaje następującą opowieść o tym lekarzu, która świadczy o wysokim poczuciu koleżeńskości, jaka panowała w stosunkach ówczesnych lekarzy.

Pewnego razu król perski Dariusz, spadając z konia, wywichnął sobie nogę. Lekarze egipscy, wprawili mu ją z powrotem, lecz po tym zabiegu pozostał ból, który nie ustępował długi czas. Szukając pomocy, król dowiedział się, że jeden z członków jego orszaku miał jeńca greka, który posiadał znakomicie sztukę lekarską. Przywołany przed oblicze króla Democedes z obawy przed możliwymi konsekwencjami z początku wypierał się znajomości medycyny, lecz

później, przejęty współczuciem wobec cierpień króla, zalecił mu okłady i dał coś na uśmierzanie bólu. Efekt był doskonały. Król wkrótce powrócił do zdrowia i z istic wschodnią rozrzutnością wynagrodził Democedesa. Zamienił mu przedewszystkiem kajdany żelazne na złote i posłał mu taką obfitość pieniędzy, że służący, który je odniósł, zebrał sobie duży majątek z monet które wypadły mu po drodze z przepelnionego naczynia. Despota wschodni, darząc z jednej strony niezmiernie hojnie swego zbawcę, z drugiej wykazał jednak tyle okrucieństwa, że kazał ukrzyżować za karę swych przybocznych lekarzy, którzy go poprzednio leczyli.

Democedes, który rozumiał, że lekarze egipscy nie popełnili żadnego błędu, wstawił się u króla za nimi i uzyskał dla nich ułaskawienie.

Czy nie jestto piękny przykład koleżeńskości w stosunkach lekarskich tej zamierzchłej przeszłości, tak dalekiej od dzisiejszej ery przepysznego rozkwitu wiedzy i etyki lekarskiej?

Okres Helleński i Hippokrates.

Okres religijno-mistyczny w medycynie przetrwał aż do złotego wieku starożytnej Grecji, który był przełomowym momentem w dziejach sztuki i nauk.

Kolebka spekulacyjnej filozofii, wiek Sokratesa, Arystotelesa i Platona musiały odbić się również radykalnie na twórczości w dziedzinie sztuki lekarskiej, która zawsze czerpała swe natchnienie ze źródeł czystej myśli filozoficznej. Jońska filozofia naturalna stała się podstawą nowych kierunków w medycynie, których wyrazicielem był genialny lekarz i myśliciel Hippokrates. Pochodził on z Kos. Urodził się jak twierdzi podanie w r. 460, a zmarł około 370 roku przed erą chrześcijańską. Potomek rodu Asklepiadów przez długie lata poświęcał się filozofii, którą uważał za podstawę wiedzy lekarskiej.

Hippokrates był twórcą racjonalnej medycyny, opartej na indukcji. Genjalny umysł jego umiał ująć w stałe kształty to, czego przez tysiąclecia nie odważył się uczynić żaden z jego poprzedników. On uwolnił medycynę z jej dotychczasowych zabobonnych szat mistycyzmu i nadał jej charakter świecki, uczyniwszy ją niezależną od wierzeń religijnych.

Kiedy dziś przegląda się wiekopomną spuściznę po tym wielkim po wsze czasy myślicielu i badaczu pomimowoli w pojęciu naszym urasta jego postać do potęgi bóstwa. Hippokrates nie tylko stworzył nowy kierunek w medycynie, on zbudował jej stałe podwaliny na których przetrwała ona do dnia dzisiejszego. On wytknął drogi racjonalnej nosologii, opisał cały szereg postaci klinicznych, które w głównych zarysach przechowały się do doby obecnej. *Pleuritis, pneumonia, empyema, epilepsia, tetanus, hysteria, apoplexia, nephrolithiasis, cystitis*, wszystko to zawdzięcza swoje wyodrębnienie głębokiemu umysłowi analitycznemu jednego geniusza ludzkiego. Głębokość tego umysłu występuje tem wybitniej, jeżeli zważy się, że anatomja i fizjologia zaledwie stawiały wówczas pierwsze swoje kroki, a środki djaagnostyczne ograniczały się do wzroku, wysłuchu i wyczuwaniu ciepłoty powierzchownej.

Hippokrates, jak również jego poprzednicy, był zwolennikiem teorii humoralnej, lecz on ją usyste-

matyzował i z bogacił przez wprowadzenie nowych pojęć: suchości, wilgoci i ciepła. On stworzył pojęcie o chorobach gorączkowych (*calor innatus*), o indywidualności, higienie, profilaktyce, odrzucił ol rzymi balast opartych na zabobonach środków lekarskich i wprowadził terapię racjonalną w próbowaną na spostrzeżeniach klinicznych.

On zbudował podstawy ogólnej patologji, które przetrwały do dnia dzisiejszego. Podzielił etjologję na ogólną i indywidualną. W jego dziele „*De aere, aquis et locis*” opracowane są do najdrobniejszych szczegółów geografia fizyczna i klimatologia. W dziele „*De humoribus*” opisuje najdokładniej wszystkie objawy, towarzyszące różnym chorobom stan krwi, moczu, wydzielin, barwy skóry, zapach z ust, nosa, i t. p. Hippokrates pierwszy zastosował perkusję przy tympanicie i wysłuch w przypadkach tarcia opłucny. Jemu zawdzięczają swój opis objawy, które zachowały się i w nowoczesnej symptomatologii: *facies i succusio hippocratica*.

Nawet chirurgja znalazła w nim genialnego badacza i wykonawcę. Zwłaszcza szczegółowo opracowany jest dział o złamaniach i zwichnięciach. Przez długie lata cieszył się niezwykłą popularnością jego pomysłowy stołek (*scamnum*), który wyobrażał sobą maszynę z walcem do wyciągania złamanych kończyn i unieruchomienia ciała za pomocą różnych dodatkowych przyrządów.

Jako geniusz, Hippokrates obejmował swym umysłem nie tylko dziedzinę naukową medycyny, lecz również i duchową.

Niewyczerpane źródło sentencji, tchnących subtelnością rozumieniem życia i pięknym przykładem etyki, pozostanie wiecznym bodźcem do głębokich rozmyślań i czynów.

Jako nieśmiertelny pomnik pozostanie po wsze czasy jego „*Jus jurandum*”, czyli przysięga, jaką ówczesni lekarze składali przed rozpoczęciem praktyki. Czy jest ona wyłącznie zasługą samego Hippokratesa, czy też zawdzięcza ona swoje powstanie również jego uczniom, ojcem duchowym jej zawsze pozostanie mistrz z Kos. Brzmí ona, jak następuje. „Przysięgam na Apollina, na Eskulapa, na Hygieę i Panakieę,*) na wszystkich bogów i boginie, wzywając ich na świadków, że spełnię według mojego sumienia i wedle sił moich przysięgę niniejszą i to zobowiązanie wykonam w zupełności. Nauczyciela mojego szanować będę jak własnych rodziców, podzielę się z nim mojem mieniem i w razie konieczności zaspokoję jego potrzeby. Potomstwo jego szanować będę, jak braci i gdy sobie życzyć tego będą, będę ich uczył tej sztuki bez zapłaty i bez zobowiązania jakiegokolwiek z ich strony. Pozwolę im brać udział w wykładach ustnych, w nauczaniu i w całej wiedzy naszej, narówni z moimi synami i innymi przysięgą lekarską związanymi uczniami; oprócz tych nikomu. Sposób życia chorych urządzę dla ich pożytku według siły i rozumienia mego i chronić ich będę przed złem i wszelką krzywdą. Nawet proszony nigdy nikomu nie udzielę lekarstwa śmiertelnego, ani też nigdy sam nie poweźmę takiego zamiaru, ani też nie udzielę żadnej niewieście środka poronnego. Będę żył w czystości obyczajów, i niewinności. U żadnego chorego na kamień nie wykonam cięcia, lecz pozostawię to mężom w tem doświadczoneym. Do czyjegokolwiek domu wejdę, chcę

*) Wszechuzdrawiające córki boga — Asklepiosa.

wejść dla dobra chorego, dalekim będę od wszelkiego bezprawia i od wszelkiej sromoty, zdala od wszelkiej chuci lubieżnej, tak względem niewiast, jak i mężczyzn, tak względem wolnych, jak i niewolników. Cokolwiek zobaczę lub usłyszę podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, jakoteż poza obrębem czynności lekarskich, a co rozgłaszanem być nie powinno przechowam jako obowiązek w tajemnicy. Jeśli przysięgę tę wypełnię całkowicie i w niczem jej nie uchylę, to niech mi wolno być szczęśliwym w moim życiu i w mojej sztuce i być poważanym przez ludzi po wsze czasy. Jeśli zaś przestąpię ją i dopuszczę się krzywoprzysięstwa, niechaj przeciwnej doznam doli“.

Oto przysięga, którą składano tradycyjnie nie tylko za czasów greckich, lecz i w późniejszych latach. Zwyczaj składania przysięgi zachował się do dnia dzisiejszego. Lecz to, co niegdyś odgrywało rolę przez swoją treść, dziś stało się tylko symbolem, suchym ceremoniałem dekoracyjnym.

W tym pobieżnym szkicu zasług Hippokratesa trudno wymienić wszystko, co geniusz ten uczynił dla nauki i ducha. Następujący aforyzm, który przetrwa wszystkie czasy, najlepiej charakteryzuje kierunek myśli i czynów nieśmiertelnego mistrza z Kos.

„Życie jest krótkie, sztuka długa, a właściwa chwila prędko mija, próba jest zwodnicza, sąd jest trudny. Trzeba nie tylko przed sobą okazać, że się czyni, co należy, lecz i przed chorym, otoczeniem i światem całym!“.

Nikt nie wie, jak i gdzie umarł Hippokrates. Niektórzy badacze wątpią wogóle, czy Hippokrates kiedykolwiek istniał. Następujący dialog z Platona, zatytułowany „Protagoras“, zdaje się jednak potwierdzać autentyczność postaci tego wielkiego twórcy medycyny. Platon, zwracając się do jednego ze swych uczniów, imieniem Hippokrates, zapytuje „Powiedz mi Hippokratesie, gdybyś zechciał szukać swego jednomiennika z Kos, aby wręczyć mu pieniądze i gdyby cię zapytano, komu ty dajesz te pieniądze i za co cobys odpowiedział?“ Odpowiedziałbym, że zanoszę to lekarzowi, aby mnie nauczył sztuki lekarskiej“.

Na podstawie notatek z Herodota doktor Chavernac napisał następującą legendę o śmierci Hippokratesa.

Hippokrates, jak twierdzą, odrzucił propozycję króla perskiego Artakserksesa zwiedzenia Persji w celu wyćwiczenia perskich lekarzy. Obrażony despota zaprzysiął mu zemstę, którą przekazał swemu następcy Artakserksesowi II. Ten rozkazał jednemu ze swych satrapów, aby wysłał swego syna Ktesiasa do Aten w celu pobrania nauki u słynnego mistrza greckiego. Nie było to jednak rzeczą łatwą. Hippokrates, zazdrośnie strzegł tajemnicy swej sztuki przed obcymi. Trzeba więc było użyć podstępu. Matka Ktesiasa przebrała się za chłopkę, Ktesias sam za głupkowatego kmiotka. Kiedy oboje przedstawili się Hippokratesowi ten zadał kilka próbnych pytań chłopcu, a otrzymałszy wrażenie, że on jest dostatecznie głupi, zgo-

dził się przyjąć go do siebie w roli służącego. Przez dwa lata, udając głupca, Ktesias pilnie przyglądał się pracy Hippokratesa. Podczas nieobecności mistrza studiował jego księgi, a w godzinach przyjęć ukrywając się gdzieś za kotarą, przysłuchiwał się i przyglądał zabiegom lekarskim Hippokratesa. Wreszcie zdobył tak olbrzymią wiedzę, że zamierzał już opuścić swego nauczyciela. Przypadek przekonał go, że nawet przeszedł swego mistrza w sztuce lekarskiej. Pewnego razu przybył do Hippokratesa wieśniak, który uskarżał się na silny ból głowy, spowodowany jakoby przez przedostanie się pająka przez nos do mózgu. Hippokrates przystąpił natychmiast do operacji otworzył czaszkę. Istotnie zauważył tam pająka, którego napróżno starał się uchwycić kleszczykami. Pająk umykał mu się z pod rąk. Zauważył to Ktesias i z miejsca swego ukrycia krzyknął „przypalić go żelazem,“ Myśl tę pochwylił Hippokrates i w ten sposób wydobyl pająka.

Wypadek ten jednak zdradził przed nim istotny stan rzeczy. Zrozumiał, że Ktesias nie był idiotą i podstępem posiadał tajemnicę jego wiedzy. Ale było już zapóźno. Ktesias ulotnił się i wkrótce sława o nim jako o znakomitym lekarzu perskim dosięgła nawet Grecji, zagrażając laurom Hippokratesa.

Mistrz grecki szukał drogi zmierzenia się z Ktesiasem i zaprosił go do Aten na publiczny pojedynek, który miał polegać na tem, że podadzą sobie wzajemnie truciznę, i każdy swą własną odtrutką będzie usiłował ją zneutralizować. Pomysł był piekielny, na jaki mogli sobie pozwolić tylko prawdziwi mistrze sztuki lekarskiej. Zgromadzone tłumy w niezwykłym napięciu przyglądały się temu emocjonalnemu widowisku.

Pierwszy wyciągnął gałkę Ktesias. Hippokrates podał mu swoją truciznę; Ktesias spokojnie ją połknął i zapił natychmiast swą odtrutką.

Tłumy w roznamietnieniu czekały na efekt, pewni, że Ktesias padnie trupem. Lecz mijały godziny. Ktesias pozostał przy życiu.

Nastąpiła kolej na Hippokratesa.

Ktesias udał się do swego namiotu, aby przyrządzić wieczerzę. Tłum z niecierpliwością oczekiwał jego powrotu. Wreszcie pers ukazał się na arenie, trzymając na długiej pałeczce małego flakonika, czyniąc to tak ostrożnie, jakby obawiał dotknąć się jego. Zbliżywszy się do Hippokratesa, odezwał się w te słowa: „Proszę, mistrzu, zechcie spróbować“ Hippokrates, udając obojętność, wychylił zawartość flakonika. Nie zdążył już jednak zapić jej odtrutką. Umarł natychmiast.

Powstało ogólne zamieszanie. Tłum chciał rozszarpać zabójcę swego ubóstwianego mistrza. Lecz Ktesias spokojnie oświadczył: „Jestem niewinny. Trucizna, którą podałem Hippokratesowi była zwykłą wodą. Hippokrates umarł z innej przyczyny — z powodu pęknięcia serca“. Na dowód prawdziwości swych słów Ktesias wypił resztę pozostałego w flakoniku płynu.

Śmierć Hippokratesa była mu zesłana od bogów.
(d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	8/IX—14/IX	15/IX—21/IX	22/IX—28/IX	29/IX—5/X
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	615 (26)	642 (36)	742 (35)	790 (43)
Dur rzekomy	2	0	0	0
Dur osutkowy	7 (1)	9	5 (1)	10 (1)
Dur powrotny	0	0	1	1
Czerwonka	349 (21)	301 (15)	275 (18)	177 (10)
Płonica	496 (27)	534 (32)	556 (22)	548 (26)
Blonica	217 (11)	286 (10)	261 (14)	289 (14)
Zapal. op. mózg. . .	11 (2)	15 (3)	9 (3)	10 (4)
Odra	180 (1)	216	354 (1)	663 (5)
Róża	76 (6)	87 (4)	80 (2)	70 (3)
Krzusiec	378 (8)	346 (18)	218 (8)	186 (10)
Malaria	9	3	8	2
Posoczn. połog. . .	26 (1)	19 (2)	15 (4)	19 (7)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	237	383	293	222
Waglik	6 (1)	2	1	2
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0	1 (1)	0
Zatrucie jad. kiełb. .	1	0	0	0
Chor. Heine-Medina .	3	2	4	3
Inne choroby zakaźne	85 (3)	102 (4)	112 (4)	154 (2)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— W dniach 7 i 8 października r. b. w Państwowej Szkole Higieny odbył się egzamin sanitarny dla kandydatów do Publicznej Służby Zdrowia.

Egzamin złożyło 14 lekarzy powiatowych i 8 lekarzy samorządowych.

— Dnia 10 stycznia 1930 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny III kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania inspekcji otoczenia (t. zn. ustępów, studni, domów, mieszkań i t. p.), dokonywania nadzoru nad produktami spożywczymi, wytwórni i miejsc sprzedaży ich, pobieranie prób do analizy wody, produktów i t. p., dokonywanie dezynfekcji, dezynsekcji i t. p.

Czas trwania kursu 5 miesięcy.

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

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

Urzędy sanitarne, zainteresowane w odpowiednim wykształceniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonariuszy, w drodze udzielenia im płatnego urlo-

pu lub przez udzielenie stypendjum dla kandydatów na te stanowiska.

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

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

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, odpisu świadectw szkolnych, względnie z poprzedniej pracy, świadectwa zdrowia oraz fotografii, należy nadsyłać do sekretariatu Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 10 grudnia 1929.

— Z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie w czasie od 28 listopada do 7 grudnia r. b. V kurs trachomatologiczny dla lekarzy, prowadzących przychodnie przeciwjaglicze, przychodnie oczne i ogólne, zakłady specjalne i oddziały dla chorych ocznych i jagliczych, oraz lekarzy sanitarnych, powiatowych, miejskich, rejonowych szkolnych i t. p., sprawujących bądź nadzór nad akcją zwalczania jaglicy, bądź mających obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy. Zadaniem tego kursu będzie zapoznanie słuchaczy ze współczesnymi poglądami na istotę jaglicy, na metody leczenia, zapobiegania oraz organizowania społecznej walki z jaglicą. Program kursu dołącza się.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) ze swej strony, aby umożliwić wzięcie udziału w tym kursie lekarzom, którzy nie będą mogli otrzymać delegacji służbowej od swej władzy bezpośredniej, na wniosek jednostronnej władzy przełożonej przyznawać będzie zapomogi na pokrycie kosztów podróży i pobytu na kursie.

Kandydaci, ubiegający się o tego rodzaju zapomogę, winni za pośrednictwem swej władzy bezpośredniej do 10 listopada r. b. złożyć do Departamentu Służby Zdrowia podania, zaopatrzone w:

1. krótkie curriculum vit'ae,
2. poświadczenie bezpośredniej władzy o delegowaniu kandydata na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i djet.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) nadmienia, że liczba zasiłków jest ograniczona.

Kandydaci, którym zapomogi zostaną przyznane, będą niezwłocznie o tem powiadomieni.

Program V-go kursu trachomatologicznego dla lekarzy, który się odbędzie od 28 listopada do 7 grudnia 1929 r. w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie (ul. Chocimska 24).

I część — Wykłady.

1. Rola medycyny zapobiegawczej w zwalczaniu jaglicy (Wykład wstępny) — Dr. Chodźko (Warszawa).
2. Współczesne poglądy na istotę jaglicy (1 godz.) — Prof. Szymański (Wilno).
3. Symptomatologia jaglicy (2 godz.) — Prof. K. Majewski (Kraków).
4. Patogeneza jaglicy (1 godz.) — Doc. Melanowski (Warszawa).
5. Epidemjologia jaglicy (1 godz.) — Dr. Zachert.
6. Rozsiedlenie jaglicy (1 godz.) — Dr. Zachert.

7. Jaglica, jako przyczyna ślepoty (1 godz.) — Doc. Melanowski.
8. Leczenie nieżyłtów spojówki (2 godz.) — Dr. Wojno (Warszawa).
9. Leczenie jaglicy prostej (2 godz.) — Dr. Zachert.
10. Leczenie jaglicy powiklanej (1 godz.) — Doc. Melanowski.
11. Zasady zwalczania jaglicy (1 godz.) — Dr. Zachert.
12. Profilaktyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
13. Zadania przychodni przeciwjagliczej (1 godz.) — Dr. Zachert.
14. Zadania lekarza w zakresie zwalczania jaglicy (Seminarjum dyskusyjne) (3 godz.) — Dr. Zachert.

II część — 30 godz. zajęć praktycznych w klinikach okulistycznych i oddziałach szpitalnych oraz w przychodniach przeciwjagliczych w zakresie rozpoznawania, leczenia i zapobiegania jaglicy.

Kandydaci, pragnący wziąć udział w kursie, winni przelać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higieny (Chocimska 24), najpóźniej do dnia 10 listopada r. b., piśmienne zgłoszenie z podaniem wieku i zajmowanego stanowiska i przebiegu pracy (curriculum vitae). Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł., za zajęcia praktyczne 15 zł.

Liczba uczestników w zajęciach praktycznych jest ograniczona do 40.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higieny, o ile wcześniej zarezerwują sobie miejsca.

— Z Inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) Państwowa Szkoła Higieny w porozumieniu z Polskim T-wem „Trzeźwość” organizuje w dniach 18 — 23 listopada włącznie IV kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie”.

Wykłady odbywać się będą codziennie od 9 — 13 i od 17—19 wieczorem w gmachu Państwowej Szkoły Higieny. Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 5 zł.

Dla pewnej liczby słuchaczy wyznacza się stypendja w postaci zapomogi w wysokości 50 zł., lub w postaci bezpłatnego mieszkania i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higieny.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli kandydaci, delegowani przez wojewódzkie i powiatowe władze administracji ogólnej, oraz przez kuratora szkolne. Podania o przyjęcie na kurs oraz o stypendjum składać należy, pisemnie do państwowej Szkoły Higieny (ul. Chocimska 24 Warszawa) do dnia 10-XI r. b. włącznie. Do podania należy dołączyć: 1) krótki życiorys ze wskazaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji, delegującej kandydata. O przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed rozpoczęciem kursu.

Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy codziennie Państwowa Szkoła Higieny — Sekretarjat Kursu (ul. Chocimska 24, tel. 423-58).

— Dwutygodnik „Dziecko i Matka” przynosi w Nr. 20 następujące artykuły: „Pogoda, radość i gra” z cyklu „Harcerstwo dla najmłodszych” Z. A. Wołowskiej, O nakazach i zakazach. M. Benisławskiej, „Jakie zabawki kupować dzieciom”, dr. St. Bjernstjern-Pf. „Dobre nawyki z dziedziny odżywiania”. „Ogólne przyczyny chorób kiszkowych” Dr. F. Luniewskiej „Proces odżywiania u dzieci” Dr. M. U. Niepokoyczyckiej. Numer uzupełniają metodyka wycinanek „Dom” oraz dział: porad higieniczno-lekarskich, mód, robót i placówka wzajemnego porozumienia czytelników „Nasze dzieci” oraz liczne fotografie.

Nadesłane:

Prof. Marjan Eiger. O badaniach interferometrycznych; odbitka z Nowotworów t. IV z. 1 Warszawa 1929 r. Archiwum Higieny. Redaktorowie Kazimierz Karaffa — Korbut, Witold Gądzikiewicz i Aleksander Saffariewicz.

Dodatek bezpłatny do czasop. „Lekarz Wojskowy” t. III. zeszyt II. 1929.

Zmarł: Prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz prof. psychiatrii na uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie. Życiorys zmarłego umieścimy w jednym z najbliższych numerów.

TREŚĆ: Prof. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI. Znaczenie t. zw. stanu grasiczo-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej. — Fr. GOEBEL. O wpływie układu wegetatywnego na poziom cholesteroliny we krwi. — E. WEINKIPER. O fizjologii i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego. (str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych. — Krytyka lekarska: — M. FLAUM. Słowo o języku naszych prac naukowych. — Medycyna społeczna. — K. PROEKL. Polskie ustawodawstwo Sanitarne w okresie 1918—1928 r. Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Prof. V. GRZYWO-DOMBROWSKI. La valeur d'état Hymicolymphatique dans la medecine legale. — F. GOEBEL. L'influence du système végétatif sur la quantité de cholestérine du sang. — E. WEINKIPER. La physiologie et les methodes d'examen de l'appareil vestibulaire. — C. PROEKL. La legislature sanitaire en Pologne 1918—1928.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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

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

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.