

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. 14 LISTOPADA 1929 R.

Nr. 46

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

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

Podał

Prof. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI

(Dokończenie p. № 45)

Bauer nie uważa za udowodnioną teorię działania toksycznego wydzieliny grasicy na serce i występowania na tem tle zejścia śmiertelnego. Przypomina on pozatem, że specjalna komisja angielska, delegowana do badania związku między stanem grasiczo-limfatycznym a nagłym zgonem wypowiedziała się negatywnie w tej sprawie. Przerost grasicy jest tylko przejawem ogólnej anomalji rozwojowej, przyczyna zaś śmierci tkwi w niedorozwoju naczyń i serca, co powoduje skłonność do ostrego śmiertelnego trzepotania przedsionków. Bauer stoi jednak na stanowisku, że niewątpliwie zdarzają się przypadki tak zw. *asthma thymicum*: wskutek zgniecenia przez dużą grasicę tchawicy i przygniecenia jej do kręgosłupa następuje duszność, świszczący oddech, kaszel, sinica itp. W czasie trwania takiego ataku może nastąpić i zejście śmiertelne.

Hammar twierdzi, że nie posiadamy żadnych dowodów, że grasicą bywa przyczyną nagłego zgonu w postaci tak zw. śmierci grasicznej. W 37 przypadkach śmierci tego rodzaju nie znalazł on w grasicy żadnych zmian, któreby odbiegały od znajdowanych u osób tegoż wieku, a zmarłych z innych przyczyn. Hammar przypuszcza, że przyczyny śmierci należy szukać w innych narządach, szczególnie wydzielania wewnętrznego: mogą tu wchodzić w grę tężyczka, skurcz głośni, schorzenia tarczycy, nadnerczy itp.

Lucien, Parisot i Bichard stoją raczej na stanowisku teorii mechanicznej niż hipertymizacji. Zwracają oni uwagę, że przerost kliniczny nie zawsze odpowiada anatomicznemu: miejsce, gdzie leży grasicą, może być rozmaitej pojemności w zależności od zmian w kościach (np. krzywica) i stąd w jednym przypadku mogą nie występować objawy ucisku, w drugim zaś występują. Byłaby tu indywidualna tolerancja na powiększenie grasicy. Występuje jednak i postać wspólna (me-

chaniczno-wydzielnicza) w początkowych okresach życia noworodka: zjawiają się zaburzenia w odżywianiu, opóźnienie wzrostu, zniekształcenie krzywice, szczególnie klatki piersiowej, napięcie dużego ciemiączka itp. Występują także i objawy uciskowe: głośnie i przeciągłe oddychanie, czasami—ataki duszności w połączeniu z sinicą, rozszerzenie żył jarzmowych; przy silnych ruchach wydechowych można zauważyć nad mostkiem obecność grasicy, co łatwo da się potwierdzić przez opukiwanie i prześwietlenie. Jakaś wypadkowa przyczyna może spowodować nagłe powiększenie grasicy i wywołać gwałtowne wystąpienie wyżej opisanych objawów, gdy zaś grasicą wraca do normy, wszystkie dolegliwości ustępują. W miarę wzrostu ciała dziecka, gdy przestrzeń za mostkiem powiększa się szybciej, niż rośnie grasicą, objawy uciskowe powoli samoistnie ustępują. Należy jednak pamiętać, że takie dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa zawsze znajdują się w równowadze niestącej, łatwo ulegają zaziębieniom, źle je znoszą, często zapadają na długotrwałe zapalenie oskrzeli, krtani, miewają skurcz głośni, źle reagują na zimno i gorąco itp. W czasie opisanych zaburzeń na tle ucisku przez grasicę może nastąpić śmierć, czasami jednak zejście może nastąpić i bez wyraźnych objawów, we śnie. W niektórych przypadkach takie dzieci umierają nagle przy badaniu gardła, wycinaniu migdałków, chloroformowaniu itp. Przy badaniu pośmiertnem czasami znajdujemy dużą grasicę, jednak w niektórych przypadkach grasicą nie bywa powiększona.

Targhett tłumaczy nagłe zgony w przypadkach powiększenia grasicy podrażnieniem mechanicznem czuciowych włókien tchawicy; takie zadrażnienie przenosząc się na jądra rdzenia przedłużonego wywołuje na drodze odruchowej porażenie serca i ośrodka oddechowego.

Krüger twierdzi, że zdrowy, mocny człowiek zwykle posiada dużą grasicę. Waga się waha, lecz szczyt jej przypada na trzeci dziesiętek lat. Te znaczne wahania wagi powodują, że nie mogą być one brane pod uwagę przy rozpoznaniu sprawy chorobowej.

Podobnie i dobrze rozwinięty stan aparatu

limfatycznego jest cechą normalną człowieka zdrowego. Autor to widywał w 80 proc. przypadków u osób od 15 do 25 roku życia w przypadkach nagłych zgonów.

Powiększenie aparatu limfatycznego i grasicy stoi w ścisłym związku z wiekiem, stanem odżywiania i okresem trawienia i nie może być traktowane jako anomalia konstytucyjna, lecz prawdopodobnie jako stan fizjologiczny oczywiście z wyjątkiem, gdy stan grasiczo-limfatyczny jest przejawem odczynu ustroju na zakażenia i zatrucia, lub u dzieci jako objaw skazy wysiękowej.

Co do śmierci nagłej u dzieci wskutek powiększonej grasicy, autor uważa, że mechaniczny ucisk, jako przyczyna śmierci należy do nadzwyczajnych rzadkości, z reguły zaś dokładne badanie narządów pozwoli wytłumaczyć przyczynę śmierci. Co do związku między nagłym zgonem dorosłych a dużą grasicą, autor uważa, że związek taki nie istnieje, i że stan grasiczo-limfatyczny nie może być uważany jako przyczyna śmierci.

Zdaniem F a h r a stan grasiczo-limfatyczny jest częstym objawem tego lub innego zakażenia, czego dowodzi nagromadzenie w mięśniu sercowym komórek zapalnych, leukocytów, limfocytów, eozynofików, obrzęki. Występuje także i zwyrodnienie mięśnia sercowego i ścianek naczyń. Autor nie widział żadnego przypadku wrodzonego stanu grasiczo-limfatycznego.

M a c L e a n, A u b r e y, R u t w 3 przypadkach śmierci grasiczej widzieli na kilka dni przed śmiercią znacznie obniżoną ilość cukru we krwi; w licznych przypadkach kontrolnych podczas agonii cukier był w ilości zwykłej lub zwiększonej, nigdy w obniżonej. Autorzy uważają hipoglykemję, uwarunkowaną nagłą insuficjencją nadnerczy, jako powód nagłej śmierci.

M a r f a n znajduje następujące trzy wyjaśnienia śmierci grasiczej: podostre zatrucie wydzieliną grasicy, zwyrodnienie mięśnia sercowego wskutek przewlekłego zatrucia, dyskrację i wagotonję. Stan grasiczo-limfatyczny zawsze jest połączony z pewną formą krzywicy i można myśleć o *osteolymphatismus* podobną do *rachitis*. Jako przyczynę stanu gras. limf. autor przyjmuje te same co i dla krzywicy: wrodzoną kiłę przedewszystkiem, potem przewlekłą gruźlicę i powtórne przewlekłe zaburzenia trawienia.

H a r t w swej monografii o stanie grasiczo-limfatycznym mówi, że *limphatismus* konstytucyjny w sensie L u b a r s c h a dotąd nie został stwierdzony, gdyż mogą tu działać podrażnienia zewnętrzne i wewnętrzne, a u noworodka hormony matki.

Przerost grasicy jednak jest pierwszym przejawem zaburzeń systemu wewnątrz-wydzielniczego i jakaś przyczyna konstytucyjna może powodować przy zadrażnieniu przerost tkanki limfatycznej i inne zjawiska jak np. limfocytozę, przytem występuje dys—lub—hipotymizacja, etc. *Th. magnus* jest ściśle związany z przerostem aparatu chłonnego. *Mors thymica* u dzieci poza działaniem mechanicznem może występować i z tego powodu, że dzieci posiadają nieraz system nerwowy bardzo słaby; prawdziwy stan grasiczo-chłonny u dorosłych, acz rzadko, może jednak spowodować nagły zgon.

Rozpoznanie prawdziwego przerostu grasicy

trzeba opierać na badaniu drobnowidzowem, lecz rozpoznanie to jest niepewne. Niedorozwój istoty rdzennej nadnerczy nie jest tak stale połączony z przerostem aparatu chłonnego, jak przypuszcza Wisel. Wąska aorta wogóle jest rzadka.

Stosunek stanu grasiczo-chłonnego do samobójstwa itp. i chorób wymaga jeszcze dużej liczby badań.

Grasica u samobójców.

Jak to już zaznaczyliśmy, w zależności od poglądów autora na sprawę co do stanu grasiczo-chłonnego, spotykamy te lub inne zapatrywania.

O l l e n d o r f (1905) na 362 przypadki sekcji samobójców tylko w 4-ch przypadkach stwierdził obecność grasicy.

P i l c z (1905) na 1671 przypadków widział 2 razy dużą grasicę i stan niedorozwoju naczyń. E g g l h u b e r (1910) na 136 przyp. stwierdził 3 razy stan grasiczo-limfatyczny. B r o s c h (1909) natomiast często spotykał tę sprawę chorobową. P f e i f f e r (1912) na 567 przyp. znalazł grasicę 23 razy, stan limfatyczny w 13 przypadkach, stan grasiczo-limfatyczny w 11 przypadkach. U samobójców w wieku od 13 do 30 roku życia stwierdzono stan grasiczo-chłonny w 19 proc. przypadków.

M i l o s l a w i c h (1912) stwierdził sekcyjnie u 110 młodych i dobrze odżywionych żołnierzy stan grasiczo-chłonny w 47 proc., stan limfatyczny w 21 proc., stan grasiczy w 8,5 proc. przypadków.

J a f f e i S t e r n b e r g (1921) badając zwłoki 271 samobójców widzieli w 29 proc. przypadków wybitnie rozwinięty stan grasiczo-limfatyczny; w 14 proc. był on wyraźny, w 15,5 proc. zaznaczony.

H a m m a r z zestawiał ostatnio 31 przyp. samobójstw, dotyczących wieku od 15 do 35 lat życia z 53 przypadkami nagłej śmierci w tymże wieku i nie zauważył różnicy zasadniczej w zachowaniu się grasicy. Stwierdza on jednak, że u samobójców była mniejsza liczba ciałek H a s s a l a i mniej obfity miąższ, niż w przypadkach kontrolnych i jest to, według niego, wyrazem depresji przedśmiertnej, co się odbiło na tak wrażliwym narzędziu, jakim jest grasicca.

B r a n d s t a e t t e r i K i s s e r na 37 badanych przez nich przypadków samobójstw prawie zawsze widzieli mniej lub więcej wybujały aparat chłonny (22) oraz zachowaną grasicę (11).

E i c k h o f f na 298 przyp. samobójstw 77 razy stwierdził wyraźny stan grasiczo-limfatyczny; w 145 przypadkach były pewne cechy tegoż, w 76—brak cech stanu grasiczo-limfatycznego. Przypadkom wyraźnego stanu grasiczo-limfatycznego prawie zawsze odpowiadał dobry stan odżywienia. W wielu jednak przypadkach braku stanu grasiczo-limfatycznego stan odżywienia był też dobry. Stąd należy wnioskować, że stan grasiczo-limfatyczny bezwzględnie stoi w związku z odżywianiem.

Najczęściej i najwyraźniej stan grasiczo-limfatyczny występował u osób w wieku do lat 26, lecz i w wieku od 26 do 40 czasami był on bardzo wyraźny. Samobójstwo częściej popełniają ludzie w wieku młodszym, stąd u nich częściej stwierdzano stan grasiczo-limfatyczny.

Co się tyczy stosunku stanu grasiczo-limfa-

tycznego do wąskiej tętnicy głównej, autor stwierdził, że w 33 przyp. aorta była węższa niż przeciętnie wedł. K a u f m a n n a, jednak w wielu z tych przypadków nie było wyraźnych cech stanu grasiczo-limfatycznego i odwrotnie—w większości przypadków wyraźnego stanu grasiczo-limfatycznego aorta była normalnej szerokości lub nawet szersza.

Reasumując autor stwierdza że stan grasiczo-limfatyczny u samobójców wcale nie jest częsty jako zmiana konstytucyjna, i że nie jest on przyczyną samobójstwa. Ten stan jest cechą młodego i zdrowego organizmu, który nagle umiera. Autor nie odrzuca stanu grasiczo-limfatycznego, jako anomalji konstytucyjnej, nie wie jednak, czy przerost grasicy jest pierwotny i czy istotnie ma on miejsce.

B a r t e l (1910) na 122 samobójstwa znalazł stan grasiczo-limfatyczny w 36 proc., stan limfatyczny w 26 proc., częściowo—w 20 proc., ujemnie w 18 proc. Aorta była wąska. Stan grasiczo-limfatyczny szczególnie wybitnie występuje u młodych osobników. Autor spotykał u tych osób pozatem rozmaite inne anomalje.

S i e n g a l e w i c z szczegółowo opracował materiał sekcyjny, dotyczący 302 przypadków samobójstw za okres 12 lat. 33,3 proc. wszystkich przypadków stanowiły osoby w wieku od 20 — 30 lat, 29 proc. od 30—40 lat, 1,96 proc.—po 70 roku życia.

Na 214 sekcji mężczyzn spotkano w 88 przypadkach choroby układu nerwowego, najczęściej przewlekłe zapalenie opon miękkich, nieraz w połączeniu ze schorzeniem układu krążenia lub odychania.

Stan grasiczo-limfatyczny i stan grasiczy autor początkowo spotykał rzadziej, zmianę tę stawiał na 4-em miejscu, lecz gdy zaczęto zwracać następnie większą na to uwagę, zawsze znajdowano grasicę. Autor naogół dość często znajdował u samobójców rozmaite zmiany anatomo-patologiczne i uważa, że obecność ich tłumaczy większą wrażliwość systemu nerwowego na rozmaite czynniki zewnętrzne i w ten sposób łatwiej występuje gwałtowna reakcja, doprowadzająca do samobójstwa.

W 88 przypadkach sekcji kobiet autor spotkał w 41 przypadkach choroby narządów płciowych, w 22—systemu nerwowego (*leptomening. chron.*) w 10 przypadkach stan grasiczo-limfatyczny itp. Wogóle autor zaznacza, że u kobiet samobójczyń dużą rolę odgrywają narządy płciowe.

Na 302 przyp. samobójstw w 33 stwierdzono stan grasiczo-limfatyczny, lecz S i e n g a l e w i c z zaznacza, że prawdopodobnie występuje on częściej, gdyż nie zwracano na to początkowo specjalnej uwagi. Autor skłonny jest traktować to schorzenie jako konstytucyjny typ dla samobójstwa i wnioskuje, że samobójstwo popełniają jednostki chore.

Po omówieniu wyników prac rozmaitych badaczy, którzy zajmowali się interesującym nas zagadnieniem, przedstawimy wyniki naszych własnych badań co do stanu grasiczo-limfatycznego i stanu grasiczego i omówimy znaczenie tych stanów dla medycyny sądowej.

Wybraliśmy tutaj dwie drogi: badanie sekcyjne zwłok i grasicy, ważenie tego narządu i drobnowidzowe badanie jego mięszu. Zajmiemy się

najpierw makroskopowem badaniem grasicy. Aby najłatwiej ją odszukać na zwłokach, należy tego dokonać przed wyjęciem narządów klatki piersiowej i szyi, *in situ*, gdyż po ich wyjęciu nieraz będą trudności w wyszukaniu granic narządu. Wazenie grasicy tylko wtedy ma znaczenie, gdy granice jej są wyraźne i można je łatwo oddzielić od tkanki otaczającej. Przy naszych badaniach wazyliśmy tylko takie grasicę, które przedstawiały się jako jednolity narząd o wyraźnych granicach i dobrze rozwiniętej tkance gruczołowej. Pomimo, że wśród mięszu gruczołu znajdują się pasma tkanki łącznej i kępki tkanki tłuszczowej, co czyni, że waga całkowitego gruczołu nie odpowiada wadze jego istoty czynnej (na co już zwracał uwagę H o r n o w s k i), jednak uważamy, że porównanie za pomocą wagi ma swe znaczenie, gdyż opieraliśmy się na dość dużym materiale, popartym badaniami drobnowidzowemi; pozatem należy jeszcze dodać, że nasze porównania były robione w stosunku do osobników tej samej grupy wieku, lecz dotyczyły rozmaitych grup przypadków śmierci. Metodyki H a m m a r a nie stosowaliśmy ze względów technicznych.

Cały nasz materiał podzieliśmy na trzy następujące grupy: a) śmierć wskutek samobójstw, b) nagłe zgony wskutek zabójstw, wypadków i t. p. nagłe zgony osób nie wycieńczonych wskutek zmian chorobowych, c) przypadki śmierci wskutek krócej lub dłużej trwającej choroby.

Wykorzystaliśmy nasz materiał z r. 1928 oraz dużą część, bo od stycznia do sierpnia włącznie z r. 1929, gdyż w tych latach zaczęliśmy systematycznie badać stan grasicy. W latach poprzednich te badania były przeprowadzane mniej systematycznie, lecz zasadniczo wyniki ich były zupełnie podobne do obecnie omawianych.

W latach 1928 i 1929 zbadaliśmy 920 przypadków od 1 do 45 r. życia; w tem było samobójstw 246, zgonów nagłych gwałtownych 38¹, nagłych zgonów z przyczyn naturalnych 62, przypadków śmierci wskutek chorób, 231. Zaznaczę że nie braliśmy pod uwagę przypadków, gdy zwłoki znajdowały się w stanie znacznego rozkładu, jak również i takich, gdzie nie mieliśmy pewności, że grasicę da się w całości oddzielić od otaczającej tkanki tłuszczowej.

Poniżej przytoczona tablica przedstawia przeciętną wagę grasicy w poszczególnych grupach wieku i rodzaju przypadków.

Z powyższej tablicy widać, że we wszystkich grupach grasicę wazy najwięcej między 15 a 20 rokiem życia, w dalszych latach waga zaczyna spadać i zwykle po 20—30 r. życia za pomocą wagi nie da się określić ilości mięszu, który, jak zatem przemawiają kontrolujące badania drobnowidzowe, w postaci wysepek bywa rozrzucony wśród tkanki tłuszczowej i łącznej.

Porównując wagę grasicy w przypadkach nagłych zgonów, występujących z najrozmaitszych przyczyn u osób naogół zdrowych, z przeciętną wagą tego gruczołu przy zgonie wskutek chorób (szczególnie wycieńczających i zakaźnych) widzimy że w tej ostatniej grupie przypadków grasicę wazy 2—3 razy mniej, niż w innych grupach śmierci u osobników tego samego wieku. W tem widzimy wytłumaczenie, dlaczego dotychczas nawet wielu anatomopatologów uważa, że obecność grasicy w o-

T A B L I C A I.

Przeciętna waga grasicy w przyp. zgonów samobójczych, nagłych (gwałtownych i naturalnych) i śmierci wskutek chorób.

Samobójstwa			Nagłe zgony		Nagłe zgony wsk. chorób		Śmierć wskutek chorób	
Wiek zmarłych	Liczba przyp.	Waga	Liczba przyp.	Waga	Liczba przyp.	Waga	Liczba przyp.	Waga
1—12 m.							32	14,4
1—5 lat			39	22,1			20	8,4
6—10			25	21,7			7	14,7
11—15			15	23,2			3	10,3
16—20	49	20,6	70	19,3	6	17,6	27	8,6
21—25	62	13,0	82	12,1	8	14,5	39	4,0
26—30	33	8,0	62	5,4	15	11,8	56	2,4
31—35	25	10,0	29	1,0	12	8,1	21	3,3
36—40	19	3,5	30	4,2	21	0	18	0
41—45	13	3,9	29	0	0	0	8	0
46—50	16	0						
51—55	8	0						
56—60	11	0						
61—70	10	0						

kresie powyżej dojrzewania dowodzi patologicznej konstytucji: badacze ci mają na stole sekcyjnym wyłącznie do czynienia z osobnikami zmarłymi wskutek chorób, a w tych właśnie przypadkach nieraz nie da się odszukać tego gruczołu, wzgl. bywa on b. mały; u osób młodych lecz schorowanych, grasicca również ulega zmniejszeniu, lecz wobec tego, że w tym wieku bywa ona wogóle większa, pomniejszenie to mniej się rzuca w oczy. Określano zatem, że u tych osobników grasicca jest nadmiernie duża, wzgl. zachowana, gdy tymczasem nie powinno się było wogóle znaleźć jej u danego osobnika.

Nasz materiał przypadków śmierci wskutek

chorób przeważnie nie jest materiałem szpitalnym, zmarli tej grupy nie chorowali zbyt długo, stąd przypuszczam, że otrzymane przez nas liczby wagi grasicy tej grupy są stosunkowo wyższe, niż dotyczące zmarłych w szpitalach, dokąd naogół dostają się osobnicy ciężiej chorzy, wzgl. tam umierają po dłuższej chorobie. Przy porównywaniu wagi grasicy w przypadkach rozmaitych grup zgonów nagłych nie widzimy zasadniczych różnic, o ile porównujemy te same grupy wieku. Wydaje się jednak, że waga grasicy w przypadkach nagłych zgonów z przyczyn naturalnych w wieku od 21 do 25 r. życia jest trochę większa, niż w przypadkach zgonów z przyczyn gwałtownych, lecz różnica ta

Wiek	Samobójstwa	Nagłe zgony	Choroby
1 — 5 r. ż.		30, 20, 41, 10, 30, 10 20, 20, 30, 18, 20, 25 26, 7, 40, 10, 30, 30 22, 20, 20, 20, 10, 20	3, 10, 8, 8, 4, 5 20, 12, 10, 7, 15, 21 15, 6, 10, 26, 15, 15 12, 2, 15, 5, 3, 2
6 — 10 r. ż.		20, 45, 25, 30, 20, 20 30, 50, 21, 17, 12, 25 22, 10, 15, 15, 20, 10	10, 9, 20, 20 18, 10, 15, 11 8, 6, 10, 20 10
11 — 15 r. ż.		30, 30, 50, 26, 25, 25 25, 20, 40, 20, 35, 30 20, 25, 24, 12, 6, 5	10, 10, 10, 10
16 — 20 r. ż.	40, 15, 12, 19, 0, 20 15, 0, 44, 30, 25, 5 50, 27, 18, 25, 20, 15	20, 13, 25, 20, 15, 18 10, 15, 10, 35, 10, 30 32, 0, 0, 0, 0, 20	10, 15, 0, 0, 0, 0 14, 15, 10, 0, 0, 0, 7, 17, 5, 5
21 — 25 r. ż.	25, 20, 19, 0, 20, 0 20, 15, 30, 20, 18, 0 14, 6, 3, 11, 0, 10	20, 30, 0, 0, 10, 18 20, 20, 12, 0, 0, 24 7, 15, 15, 40, 0, 25	12, 0, 0, 0, 0, 0 10, 7, 4, 0, 0, 13 10, 0, 0, 0, 0, 0
26 — 30 r. ż.	30, 0, 0, 0, 11, 9 8, 3, 22, 25, 0, 0 5, 0, 0, 0, 15, 13	15, 14, 20, 16, 0, 0 10, 0, 0, 0, 0, 0 0, 0, 0, 0, 0, 0	5, 0, 0, 0, 0, 0 0, 0, 25, 10, 0, 0 0, 0, 0, 6, 0, 0

jest zbyt mała, liczba zaś badanych przypadków nie jest wystarczająca, aby można było wyciągnąć stanowczy wniosek, że obecność stosunkowo dużej grasicy sprzyja występowaniu nagłego zgonu.

Waga poszczególnych grasic w tej samej grupie przypadków wahała się nawet w granicach tego samego wieku nieraz w dość dużych granicach, tak np. przy samobójstwie w latach od 16 do 20 r. życia czasami, lecz rzadko, nie znajdowaliśmy wcale grasicy w tej postaci; aby można było ją zważyć; najmniejsza waga w tej grupie wynosiła 5 gr., największa—50 (dwa razy), kilka razy spotkał się grasicę o wadze 40—45 gr. W grupie samobójców od 21 do 25 r. życia raz tylko znaleźliśmy grasicę wagi 35 gr. najmniejsza zaś waga wynosiła 3.5 gr., częściej natomiast, niż w grupie poprzedniej nie mogliśmy odseparować i zważyć grasicy.

Największą grasicę wagi 100 gr. spotkaliśmy u osobnika lat 17, który uległ wypadkowemu zaccadzeniu. W tym wypadku mięsz grasicy był b. dobrze zachowany, przy badaniu drobnowidzowem nie znaleźliśmy żadnych odchyłeń od normy. Grasicę tej wagi wogóle mieliśmy sposobność widzieć tylko raz jeden.

Dla porównania podaję powyżej indywidualne wagi grasic w rozmaitych przypadkach zgonów według grup wieku:

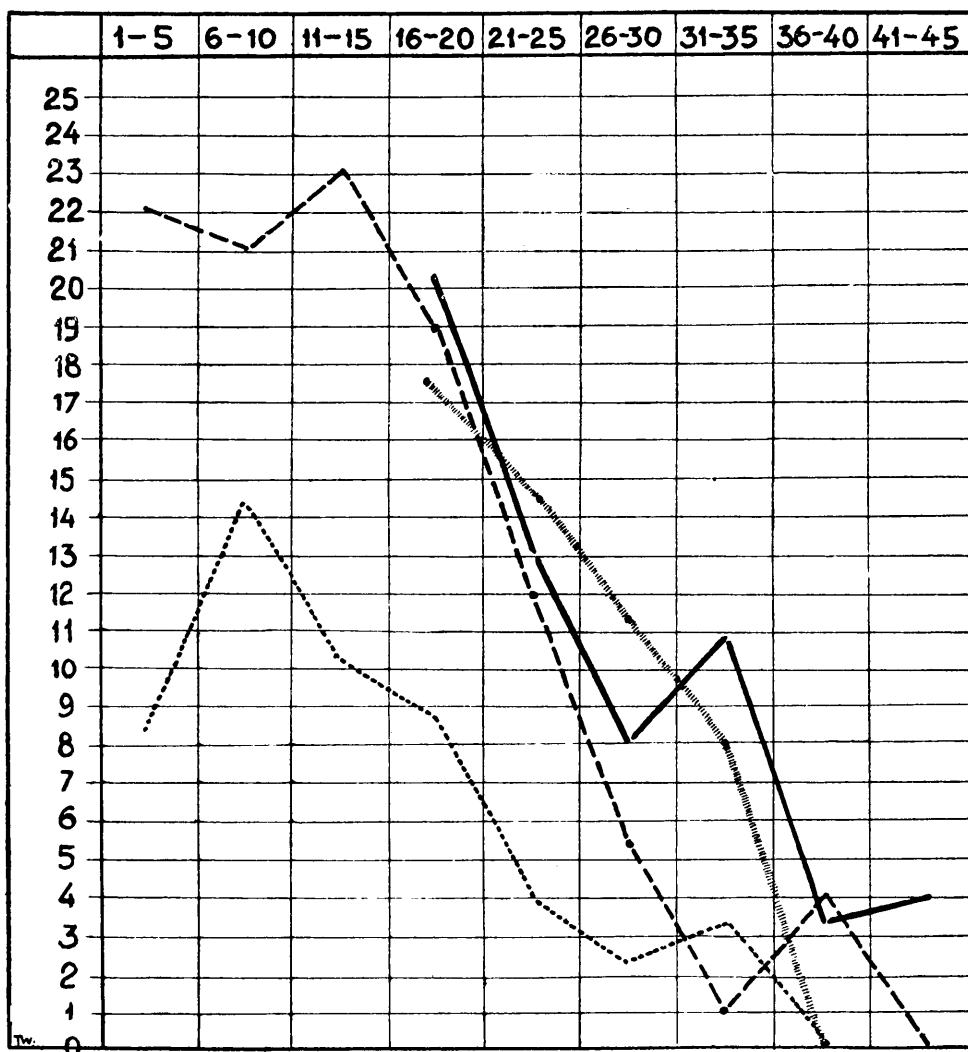
Powyżej przytoczonych cyfr nie wybieraliśmy, zostały one wzięte z naszych notatek w kolejności badań; widzimy z nich, że wspomniane wahania wagi grasicy w rozmaitych grupach występują nieraz bardzo wyraźnie.

Bardziej przejrzyste przedstawia się stan wagi grasicy w postaci krzywej w rozmaitych grupach śmierci przy podziale według wieku. Z powyżej przedstawionej tablicy widać (co zresztą wykazała i analiza cyfrowa), że wyraźna różnica występuje tylko między krzywą w grupie chorób, a krzy-

1928 ZAKŁAD MEDYCYN Y SĄDOWEJ UNIW. WARSZ 1929

KRZYWE WAGI GRASICY W PRZYPADKACH ZGONÓW

SAMOBÓJCZYCH,
----- NAGŁYCH (GWAŁTOW+NATUR), -----
NAGŁYCH NATURALNYCH,
..... WSKUTEK CHOROÓB.



wą grupy nagłych zgonów, różnic zaś między rozmaitemi rodzajami nagłych zgonów nie widzimy prawie wcale.

W żadnym z naszych przypadków nie mogliśmy rozpoznać, jako przyczynę śmierci działania mechanicznego grasicy; doty-

czy to przypadków śmierci zarówno dzieci jak i osób dorosłych. Nie mieliśmy również podstaw do stwierdzenia, że śmierć nastąpiła wskutek działania dużej grasicy na drogę wydzieliny wewnętrznej: w wielu przypadkach śmierci nagłej z przyczyn naturalnych i śmierci gwałtownej nagłej znajdowaliśmy te same mniej więcej obrazy anatomiczne, podobną wagę grasicy i podobny obraz mikroskopowy.

Co się tyczy stanu grasiczo-limfatycznego, musimy stwierdzić, że w wielu przypadkach nagłych gwałtownych zgonów (zabójstwa, śmierć wypadkowa) spotykaliśmy dobrze lub nawet bardzo dobrze rozwinięty aparat chłonny na podstawie języka, w obrębie przewodu pokarmowego i t. p. lecz tylko u osobników dobrze odżywionych i nie starych; takie same zmiany (jeśli to można nazwać zmianą) widywaliśmy i w przypadkach nagłych zgonów z powodów chorobowych, o ile zmarli byli dobrze odżywieni i nie w podeszłym wieku. Stąd wniosek, że mamy duże wątpliwości, czy stan grasiczo-limfatyczny jako taki wogóle istnieje oraz, że najprawdopodobniej jest to stan normalnego zdrowego organizmu w pewnym okresie życia. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadkach schorzeń zakaźnych, a szczególnie w przypadkach chorób przewodu pokarmowego u dzieci nieraz widywaliśmy obrzęk i przerost gruczołów chłonnych i aparatu chłonnego w rozmaitych okolicach ciała.

Interesował nas pozatem stan nadnerczy w przypadkach, gdy była znaleziona duża grasica. Otóż makroskopowo w nadnerczach nie widywaliśmy tu żadnych wyraźnych zmian, istota rdzenna czasami wyglądała jakby trochę węższa, niż normalnie, w innych natomiast podobnych przypadkach wydawała się ona normalnej szerokości lub nawet szersza.

Tego rodzaju dość powierzchowne spostrzeżenia nie upoważniają do wyciągania żadnych dalej idących wniosków, chcieliśmy tylko zaznaczyć, że na podstawie wyglądu nadnerczy nie zawsze można sądzić o ich niedomodze. Przy tej sposobności przypomnę, że w roku bieżącym Löwenthal w jednej ze swych prac podniósł, iż przekonanie co do niedorozwoju nadnerczy (a szczególnie ich istoty rdzennej) należy poddać rewizji, że jest ono również nieudowodnionem, jak i istnienie stanu grasiczo-limfatycznego.

Wnioski.

1. U osób młodych, przeważnie do lat 25, rzadziej do lat 35 można zwykle odnaleźć dobrze zachowaną grasicę, o ile organizm przed śmiercią nie był wycieńczony przez jakąś cięższą chorobę.

Mniej więcej to samo można powiedzieć i o zachowaniu się tkanki chłonnej w organizmie;

zwykle występuje ona wyraźnie u osobników dobrze odżywionych i niezbyt starych.

2. Porównyując osobników tej samej grupy wieku, stwierdziliśmy, że niema większej różnicy co do stanu grasicy i aparatu limfatycznego w przypadkach nagłych zgonów rozmaitego rodzaju.
3. Obecność grasicy nie jest dowodem predyspozycji do nagłego zgonu; również nie powoduje ona nagłego zejścia śmiertelnego. To samo trzeba powiedzieć i o t. zw. stanie grasiczo-limfatycznym.
4. Brak dowodów obiektywnych, że t. zw. stan grasiczo-limfatyczny istnieje, jako zmiana pierwotna, wrodzona.
5. W przypadkach samobójstw nie stwierdza się częściej, niż w innych przypadkach nagłych zgonów specjalnie dużej grasicy lub przerosłego aparatu chłonnego.
6. Pod wpływem rozmaitych wycieńczających chorób a szczególnie cierpień przewodu pokarmowego u dzieci grasica może ulec tak bardzo znacznemu zanikowi, że nawet makroskopowo nie można jej wykazać.
7. Przy rozpoznaniu przyczyny śmierci w przypadkach sądowo-lekarskich oględzin zwłok należałoby zaniechać określenia, że śmierć nastąpiła wskutek lub w związku ze stanem grasiczo-limfatycznym czy też stanem grasicznym. W takich przypadkach jedynie słusznem byłoby powiedzieć, że przyczyna śmierci nie została ujawniona.

Piśmiennictwo (ważniejsze)

1. Hammar — Der Menschenthymus 1929. 2. Hart — Die Lehre vom Status thymico-lymphaticus, 1923. 3. Thomas — Klinik u. Pathologie des Status thymico-lymphaticus, 1927. 4. Schridde, Aschoffs — Lehrbuch d. pat. Anat. 5. Bauer — Die Konstitut. Disposition z. innr. Krankh. 6. Bory — Pathologie du thymus. Nouveau Traité de Med. 1927. 7. Lucien, Par'sot, Bichard — Traité d'endocrinologie 1927. 8. Pfeiffer — Ueber den Selbstmord, 1912. 9. Krüger — D. Zschr. ger. Med. VIII. 10. Brandstätter u. Kisser — D. Zschr. ger. Med. IV. 11. Eickhoff — D. Zschr. ger. Med. VII. 12. Schneider — D. Zschr. ger. Med. II. 13. Klecki — Patologia ogólna. 14. Nowicki — Anatomja Patologiczna t. I. 15. Wachholz — Medycyna Sądowa 1925. 16. Olbrycht — P. Gaz. Lek. 1922. 17. Gluziński — Tyg. Lek. 1912. 18. Ciechowski — Now. Lekarskie 1925. 19. Pułaski — Gaz. Lekarska 1920. 20. Kossakowski — Gaz. Lek. 1916. 21. Lubelski — Medycyna 1916. 22. Szaniawski — Przegląd Lek. 1914. 23. Siengalewicz — Tyg. Lek. 1913. 24. Kuligowski i Żebrowski — Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Marfan, Fahr, Mac Lean, Aubrey i inni w ed. referatów w D. Zschr. f. d. ges. ger. Medizin i przytoczonych powyżej monografiach, w których jest umieszczone całkowite piśmiennictwo przedmiotu.

Z praktyki prywatnej

O fonetycznym leczeniu głuchoty. (autoterapia głuchoty).

Podał

Leon ZAMENHOF (Warszawa).

„... Les auristes ne guérissent pas la surdité, pas plus que les pompiers n'éteignent les incendies vingt ans après”.

Lermoyez

Takie jest mniej więcej w stosunku do głuchoty stanowisko oficjalnej medycyny, która porzuciła walkę z tem cierpieniem, jako zupełnie beznadziejną. Życie jest jednak mocniejsze, niż wszelkie zwątpienia. Porzuconą przez medycynę walkę podjęły inne gałęzie wiedzy, które na tę sprawę bynajmniej nie zapatrują się tak beznadziejnie.

Ze wszystkich zmysłów, jak wiadomo, zmysł słuchu jest najczulszy. Fale dźwiękowe są jedynymi falami, które przewyżniają przeszkody nieprzekraczalne dla innych zmysłów. Gdy już cienka zasłona wstrzymuje promienie światła, dźwięki przedostają się nawet poprzez bardzo grube zapory.

Dotychczasowe wysiłki w kierunku uczulenia upośledzonego słuchu szły wyłącznie drogą wzmocnienia dźwięków. Teoretycznie droga ta, przynajmniej przy dzisiejszym stanowisku akustyki, wydaje się jedynie racjonalna. Jednak przyrządy, zbudowane do tego celu, nie odpowiadają niezbędnym wymaganiom. Główną ich wadą jest zniekształcenie tonów, które nie tylko czyni mowę często niezrozumiałą, lecz również nieprzyjemną dla uszu. Trudno sądzić, czy przyszłe pomysły pójdą drogą udoskonalenia dzisiejszych wynalazków, czy też obiorą sobie zupełnie nową. Jedno w każdym razie wydaje się prawdopodobne, że wcześniej czy później problem ten znajdzie zadowalające rozwiązanie, gdyż teoretycznie w większości przypadków jest to kwestja tylko opanowania przeszkody mechanicznej.

Zanim ta szczęśliwa chwila nastąpi, warto rzucić okiem na drogi, które dotychczas otajrza usiłowała rozwiązać to niezmiennie ważne zadanie.

Poruszając kwestję teoretycznie zwalczalnej głuchoty, będę tu mówił, oczywiście, o postaciach, w których sprawa tkwi nie w narządzie odbiorczym, lecz doprowadzającym, gdyż te jedynie mogą nadawać się do terapii słuchowej.

Klasyczne postępowanie w tych przypadkach polega na niezliczonych zabiegach przeważnie natury mechanicznej. Terapia farmaceutyczna, występująca tu raczej z obowiązku etykietalnego niż z przekonania, jest naogół mało skuteczna. Zabiegi mechaniczne, mające na celu zmobilizowanie unieruchomionego narządu doprowadzającego, polegają głównie na kateteryzacji i masażu vibracyjnym. O ile pierwszy jest środkiem o niezaprzeczalnej wartości klinicznej, choć o wpływie przemijającym, drugi, oparty na przesłankach teore-

tycznych, w olbrzymiej liczbie przypadków okazał się zawodny, a nieraz nawet szkodliwy.

Na tem właściwie wyczerpuje się cała terapia, która w dziedzinie głuchoty zdołała uzyskać sobie prawo obywatelstwa w oficjalnej medycynie.

Nietrudno dowieść, że stanowisko to jest nie tylko niewystarczające, lecz również i nieracjonalne.

Etiologia głuchoty nie polega wyłącznie na obiektywnych zmianach w uchu. W przeważającej liczbie przypadków ma ona podłoże natury również psychicznej.

Na akt słuchu składają się dwie czynności. Jedna bierna—dośrodkowa o charakterze odbiorczym, druga — czynna, ośrodkowa, kierowana przez uwagę, polegającą na aktywnym przystosowaniu aparatu słuchowego do odbioru dopływających doń dźwięków.

Dwie te czynności w naturalnym stanie wzajemnie uzupełniają się. W stanach patologicznych harmonja ta zostaje naruszona, i często czynność ośrodkowa ulega większemu zahamowaniu, niż czynność odbiorcza, a to z pobudek natury psychicznej.

Głuchota zazwyczaj już bardzo wcześnie wywołuje u chorych stan depresji, połączony z unikaniem obcowania z otoczeniem, odseparowaniem się od świata tonów i wreszcie kompletną audifobią.

Smutnym przykładem takiej psychastenji słuchowej był Beethoven, który, pomimo niewyczerpanego źródła słuchu wewnętrznego, czuł się osamotniony i unikał obcowania z ludźmi.

Naturalnem następstwem takiej audifobji jest obniżenie percepcji słuchowej, połączone z następczym zanikiem narządu odbiorczego na skutek bezczynności. Wytwarza się stan kliniczny, który możnaby określić mianem audiasstenji.

Niezaprzeczonym błędem naszej terapii jest lekceważenie tego niezmiennie doniosłego pod względem patognomonicznym objawu.

Audiasstenja, ta zhora wszystkich dotkniętych upośledzeniem słuchu, jest często groźniejsza, niż sama choroba uszu. Nieodwołalnym nakazem racjonalnej terapii głuchoty winna być wobec tego bezwzględna walka z tym objawem przez usiłowanie utrzymania narządu słuchu w stanie nieprzerwanej aktywnej percepcji.

Wiemy z fizjologii normalnej i patologicznej, że każdy zmysł można po dłuższem ćwiczeniu doprowadzić do doskonałości. Głuchoniemi wysubtelniają sobie dotyk i wzrok; chorzy z uszkodzonymi kończynami drogą ćwiczeń restytuują sobie ich czynności. Znamy przypadki zachowania czystości głosu dzięki sztuce, pomimo organicznych zmian na strunach głosowych (klasyczny przypadek Krauze-go). Dlaczego nie można byłoby wyćwiczyć resztek słuchu przy zupełnie zachowanym narządzie odbiorczym?

Znamy z otajtrji t. zw. objaw *Paracusis Willisii*. Czem tłumaczy się lepszy słuch wśród szumu

i hałasu, jeżeli nie podrażnieniem akustycznym narządu odbiorczego? Wiemy dobrze, że głusi zazwyczaj gorzej słyszą pierwsze zwrócone do nich słowa, że im rozmowa trwa dłużej, tem łatwiej ją rozumieją. Czy zjawisko to nie mówi nam wyraźnie, że narząd odbiorczy można pobudzić odpowiednimi zabiegami do większej czułości?

Myśl, zdaje się tak naturalna, dotychczas była przez oficjalną otjatrę niemal zupełnie lekceważona. Pomysł o reedukacji słuchu błąka się już od dłuższego czasu na łamach prasy lekarskiej, zwłaszcza francuskiej, lecz dotychczas nie doczekał się przygarnięcia do łona matczynej oficjalnej medycyny.

Być może, przyczyną tego był dotychczas zbyt skomplikowany system tej reedukacji, dla szerszego ogółu pacjentów niewykonalny.

Nieliczne próby dotychczasowe szły w dwóch kierunkach. Jedne usiłowały pobudzić nerw przez przeprowadzenie do ucha pojedynczych dźwięków, drugie przez pośrednictwo głosu ludzkiego.

Jeszcze przed kilkunastu laty, uznając teoretycznie możliwość reedukacji słuchu, sprowadziłem tytułem próby bardzo zachwalany w owym czasie kinesifon francuski, który polegał na ćwiczeniu uszu najrozmaitszemi tonami od najniższych do najwyższych. Krótkie doświadczenie z tym przyrządem przekonało mnie, że drogą tą istotnie można podnieść zdolność słuchową.

Ale miał on jedną wadę: był zbyt drogi nie tyle dla lekarzy, ile dla pacjentów, którzy niezawsze mogą sobie pozwolić na stałe i kosztowne seansy w gabinecie lekarskim.

Musiałem więc z tej metody, jako niepraktycznej, zrezygnować i zwróciłem się do drugiego systemu prostszego i, zdawałoby się, więcej racjonalnego, a mianowicie, do reedukacji słuchu za pomocą głosu.

Systemowi temu pragnę poświęcić kilka dłuższych uwag.

Słyszeć to nie znaczy reagować tylko na dźwięki pojedyncze, to akt syntetyczny, który wszystkie tony, szmery i dźwięki łączy w jedną harmonijną całość muzyki lub mowy.

Wobec tego, aby przywrócić uchu zdolność słyszenia w tem szerokiem pojęciu, nie wystarczą ćwiczenia w kierunku pojedynczych tonów lub dźwięków. Metoda ta, zapoczątkowana jeszcze przez Bezolda, może dać w rezultacie ilościową naprawę słuchu, lecz nie wystarcza do jakościowego jego wysubtelnienia.

Głusi słyszą często skierowaną do nich mowę, lecz nie odróżniają jej treści. Dlatego też dla istotnego ulepszenia słuchu niezbędne są ćwiczenia, oparte na transmisji mowy w całości.

Rzecz ta, zdawałoby się, tak naturalna, w wykonaniu praktycznem napotykała dotychczas szereg trudności natury technicznej.

Źródła, któremi posługiwano się w dostarczaniu mowy, były pośrednie—przez reprodukcję fonografową czy też gramofonową. Pomysł, w zasadzie dobry, w praktyce okazał się niezupełnie celowy.

Instrumenty te naogół nie reprodukują czystej mowy, materiał słowny jest zazwyczaj nieodpowiednio ułożony, a napięcie i modulacja głosu,

wskazane ze względu na konieczność indywidualizowania ćwiczeń, są niemal niewykonalne.

I oto drogą ekscypcji od pomysłów więcej złożonych, sztucznych życie powoli doprowadziło do źródeł najprostszych, mianowicie do mowy bezpośredniej, naturalnej.

Jeżeli nie rozpoczęto od tego systemu, który nasuwał się samorzutnie, to przyczyną tego, jak sądzę, była pewna trudność w praktycznem jego wykonaniu, które zależne jest od osób postronnych, niezawsze nadających się do tego celu. Zresztą, jak już wspomniałem, głusi unikają obcowania z otoczeniem.

Jestto okoliczność, która dotychczas może była jedyną, w każdym razie główną przeszkodą w posługiwaniu się bezpośrednio mową ludzką w celu reedukacji słuchu.

Aby można było korzystać z tej fonetycznej terapii niezbędne jest uwzględnienie następujących postulatów:

1) Uniezależnienie chorego od otoczenia przez dostarczenie mu możliwości samodzielnych ćwiczeń.

2) Uproszczenie ćwiczeń do *minimum* w celu uniknięcia zniechęcenia do nich ze strony pacjenta.

Przeprowadziwszy szereg prób z różnemi przyrządami, zatrzymałem się wreszcie na jednym bardzo niezłożonym, odpowiadającym, zdaje się, w dużym stopniu powyższemu warunkom.

Przyrząd ten składa się z trzech części: ustnika, rury elatycznej i zakończenia przeznaczonego do ucha w postaci leja—rezonatora.

To zakończenie jest charakterystyczną cechą przyrządu. Kształt ten ma cel podwójny: wzmacnia on dźwięki i daje możność wykorzystania jednocześnie wibracji kostnej. Aby ten ostatni niezmiernie ważny czynnik wyzyskać możliwie wydajnie, można nadać lejowi brzegi wgięte do wewnątrz, tworząc w ten sposób większą powierzchnię dotyku z kością skroniową.

Główną jego zaletą jest możność wykonania ćwiczeń samodzielnie, bez pomocy obcej. W przypadkach bardziej posuniętej głuchoty może on służyć również, jako zwykła rura słuchowa do rozmów z otoczeniem.

Sposób użycia jest następujący. Chory sam mówi do aparatu, jedną ręką przytrzymując ustnik, drugą trzymając przy uchu rezonator. Aparat przeznaczony jest celowo do ćwiczeń jednostronnych, aby ułatwić kontrolę każdego ucha oddzielnie i odpowiednio do stanu głuchoty przeprowadzić ćwiczenia. Same ćwiczenia mogą być dowolne, jednak wskazana jest pewna systematyczność z uwzględnieniem niższej i wyższej skali tonów. Tabelka wyrazów, odpowiednio dostosowanych, da się ująć w postaci stałego przepisu. Prócz głosu własnego i obcego w przypadkach daleko posuniętej głuchoty wskazanem jest również stosowanie dźwięków instrumentalnych, niskich, bądź wysokich za pomocą załączonych do ustnika trąbki lub gwizdka.

Dotychczasowe próby dały mi bardzo zachęcające wyniki. Na razie ograniczam się do podania ogólnych uwag, dotyczących tej właściwie nienowej, lecz zmodyfikowanej przezemnie metody, opierającej się głównie na autoćwiczeniach. Oczywiście

ście, ostateczną opinię o niej będzie można wydać dopiero po szerszym jej zastosowaniu w praktyce, która ewentualnie również wpłynie na opracowanie bliższych szczegółów jej zastosowania. Dziś mogę twierdzić z całym przekonaniem, że otwiera ona drogę do lepszych nadziei na przyszłość.

Oczywiście, żaden przyrząd fonetyczny nie może zastąpić racjonalnej terapii klinicznej. Ale jeżeli trafne jest wyrażenie *Lermoyez*, że rola lekarzy, powołanych do leczenia głuchych, jest równoznaczna z rolą strażaków, wezwanych do naprawiania szkód, wyrządzonych przez pożar, to ta metoda, mająca na celu złagodzenie skutków tego strasznego pożaru, bynajmniej nie wkracza w atrybucję przeważnie w takich przypadkach bezsilnej terapii klinicznej. Wysiłek wymagany dla przeprowadzenia jej ze strony chorego jest tak nieznaczny, a możliwość osiągnięcia dodatnich rezultatów jest tak ponętna, że, zdaniem moim, fonetyczna metoda reedukacji słuchu winna nareszcie uzyskać prawo obywatelstwa i zająć obok normalnej terapii miejsce stałego środka pomocniczego we wszystkich postaciach upośledzenia słuchu.

Dzisiejszy stosunek do głuchoty nie tylko ze

strony lekarzy, lecz również ze strony chorych winien ulec zasadniczej zmianie.

Głuchota to nie tylko przykry objaw w chorobach uszu, to zło społeczne, z którym należy walczyć wszelkimi rozporządzalnymi środkami. Walka ta może liczyć na powodzenie tylko przy wspólnym wysiłku wszystkich zainteresowanych. W wielu krajach zrozumiano tę konieczność zespolenia, które wyraziło się w powstaniu związków osób, upośledzonych słuchowo. Związki te nie tylko zapewniają chorym stałą pomoc fachową, lecz dają jednocześnie możliwość wspólnymi siłami zastosowania wszelkich środków pomocniczych, wypróbowania i poparcia nowych wynalazków, a przede wszystkim obronę przeciw nieustającemu na tym polu wyzyskom, zniechęcającemu chorych do systematycznej terapii i wprowadzającym ich w stan beznadziejnej depresji.

Kraj nasz pod tym względem jest w zupełnym zaniedbaniu. Inicjatywę w tym kierunku winni podjąć lekarze, którzy więcej, niż chorzy, pojmują skutki zaniedbanych i pozostawionych bez żadnej opieki przypadków głuchoty.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O fizjologii i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego.

Podał

E. WEINKIPER (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 45).

Objaśnienie fizjologiczne. W próbie *Lucae* zachodzi ten sam mechanizm działania, co i w doświadczeniach *Ewalda*. W próbie *Henneberta* niektórzy upatrują mechanizm działania w tem, że w ścianie błędnika powstaje nacieczenie kiłowe w okolicy okienka owalnego, co pociąga za sobą rozluźnienie przyczepów blaszki strzemiączka i powoduje większą jego ruchomość. W próbie *Karlfors-Nylena* działanie pneumatyczne zostaje wywarte poprzez okienko okrągłe. Lecz objaśnienie to nie jest ściśle, gdyż otrzymywany *Ny* powinien byłby być skierowany w kierunku przeciwnym do mającego miejsce w rzeczywistości.

U osób z przetoką błędnikową udaje się czasem otrzymać podrażnienie błędnika przez ucisk na naczynia szyi (przekrwienie głowy i błędnika)—będzie to objaw przetokowy *Myginda* lub przez ucisk naczyń brzusznych—objaw *Borriesa*, przez inhalację *amylum nitrosum*—objaw *Borriesa*, przez przechylenie głowy w tył (objaw *Ramadieri Huet*). W objawach powyższych otrzumujemy oczopląs, skierowany, jak w objawie przetokowym *Lucae*, w stronę ucha chorego.

Próba galwaniczna. Za pomocą prądu galwanicznego wywołujemy 3 odczyny ucha wewnętrznego: oczopląs, odchylenie głowy i ciała, od-

czyn słuchowy. Próba galwaniczna wprowadzona została przez *Babińskiego*.

Dla dokonania jej ustawiamy dwie elektrody, po jednej na skrawkach prawym i lewym.

Przy prądzie 1—3 miliamp. obserwujemy przechylenie głowy i ciała w stronę bieguna dodatniego (+ anoda) i wkrótce potem przy prądzie 3—5 mil. oczopląs w stronę bieguna ujemnego (— katoda). Przy 5—15 miliamp. powstaje odczyn słuchowy.

Należy wywołać odchylenie głowy i ciała i oczopląs dla każdej strony oddzielnie ustawiając chorego w pozycji *Romberga* lub uczulonego *Romberga*. Gdy odchylenie pozostaje stale w tym samym kierunku pomimo zmiany biegunów lub też jeżeli skierowane jest w stronę ujemnego bieguna, jest to, według *Baldenwecka*, objaw, świadczący o zaburzeniach pochodzenia centralnego. *Lanos* uważa, że obecność normalnego odczynu galwanicznego ze zmianami w odczynach obrotowym i ciepłym przemawia za sprawą zaburzeń obwodowych lecz obecność normalnej próby kalorycznej i obrotowej, zbiegająca się z dużą odpornością na prąd galwaniczny (czyli *hypoexcitabilitas* na prąd galwaniczny) świadczy prędzej o zaburzeniach wewnętrznych.

Próba galwaniczna jest próbą bardzo czułą. Najstabsze zajęcie dróg nerwu przedsionkowego na przebiegu pozabłędnikowym, według *Levy-Valensi*, zostaje już zanotowane, lecz, naodwrot, błędnik może być zupełnie zniszczony a odczyn galwaniczny można otrzymać. Osłabienie pobudliwości na odczyn galwaniczny przy dodatnich pró-

bach obrotowej i ciepłej przemawia za schorzeniem centralnem.

Należy nadmienić, że B a b i ń s k i uważa, iż prąd galwaniczny podrażnia bezpośrednio błędnik, jednak większość badaczy uważa, że prąd drażni jak błędnik, tak i pień nerwu.

Aparat kamyczkowy (otolity) łagiewki i woreczka. Nerw przedsionkowy posiada swe zakończenia w woreczku w *macula sacculi*, a w łagiewce w *macula utriculi*, których aparat czuciowy tworzą: nabłonek czuciowy, zaopatrzony we włoski i znajdująca się na nich masa kamyczkowa. Aparat kamyczkowy łagiewki nosi miano „*lapillus*”, a także woreczka nosi miano „*sagitta*”

„*Lapilli*” — aparaty kamyczkowe obu łagiewek, prawej i lewej, są ustawione w płaszczyźnie, zbliżonej do czołowej, i są położone prawie w jednej płaszczyźnie, na skutek czego ich działanie jest synergetyczne.

„*Sagittae*”, prawa i lewa, są ustawione w płaszczyźnie pośredniej między strzałkową a poziomą, pod kątem w stosunku do siebie, czyli, nie będąc ułożone w jednej płaszczyźnie, działają antagonistycznie.

Według Magnusa masa kamyczkowa wywiera swe działanie na włoski przez pociąganie, według Quixa — przez ucisk na włoski.

Doświadczalnie stwierdzono, że aparat kamyczkowy zarządza napięciem mięśni gałek ocznych, tułowia, kończyn.

Barany opisał objaw pod mianem „*Gegenrollung*” gałek ocznych, zwany u francuzów „*contre-rotation des yeux*”, polegający na tem, że przy poruszaniu głowy w jakimś kierunku: wprawo, wtył i t. d. obserwujemy ruch gałek ocznych w kierunku przeciwnym. Barany skonstruował specjalny aparat do mierzenia kąta odchylenia oczu podczas takiej próby.

Dzięki pracom Magnusa, de Kleyjna i Quixa stwierdzono, że „*lapillus*” zarządza kontrolą ruchu głowy w płaszczyźnie strzałkowej, a „*sagitta*” w płaszczyźnie czołowej.

Doświadczalnie stwierdzono, że „*lapilli*” zarządzają napięciem mięśni zginaczy i rozginaczy, przyczem podrażnienie tych otolitów wpływa na zwiększenie napięcia zginaczy i zmniejszenie oporu rozginaczy. Dla mnemonicznego zapamiętania obrazu, jaki obserwujemy na mięśniach przy podrażnieniu „*lapilli*”, przytacza Quix obraz układu kończyn konia, biorącego przeszkodę. Przy skoku zwiększa się ucisk kamyczków na włoski, wskutek czego występuje u konia napięcie zginaczy.

„*Sagittae*” — otolity woreczków — zarządzają napięciem mięśni przywodzących i odwodzących.

Przy zwiększeniu ucisku na „*sagitta*”, naprz. prawą obserwujemy: a) zwiększenie się napięcia odwodzących mięśni kończyn prawych i przywodzących lewych; b) zwiększenie się napięcia mięśni szyi, tułowia po stronie lewej, powodujące przechylenie się głowy i tułowia w lewo.

Quix określił dla każdego aparatu kamyczkowego położenie największego i najsłabszego ucisku na włoski. Dla „*lapilli*” położeniem największego ucisku będzie przechylenie głowy o 30° ku przodowi, zniknie zaś zupełnie ucisk kamyczków na włoski przy przechyleniu głowy w tył o 130°.

Pierwsza pozycja odpowiada zwiększeniu się

napięcia mięśni zginaczy, druga natomiast m.m. rozginaczy. Przy przechyleniu głowy o 80°—90° na ramię lewe i przez lekką rotację głowy wprawo otrzymujemy pozycję największego ucisku na „*sagitta*” prawą, która powoduje zwiększenie się napięcia m.m. odwodzących kończyn prawych.

Dla uwidocznienia tych stanów napięcia mięśniowego wprowadził Quix próbę mijania, dzięki której możemy sądzić o stanie aparatu kamyczkowego łagiewki lub woreczka.

W stanach zmian patologicznych w aparacie kamyczkowym obserwujemy u chorych objawy oczopląsu i zawrotów głowy, które występują tylko przy pewnych i zawsze tych samych ustawieniach głowy. Przy normalnem ustawieniu głowy chory nie odczuwa wspomnianych objawów.

Djagnostyka różniczkowa między zaburzeniami przedsionkowymi pochodzenia obwodowego i pochodzenia ośrodkowego

Jones (cyt. w. Alfandary) wskazuje na cechy następujące:

1) w schorzeniach obwodowych n. ślimakowy i n. przedsionkowy są dotknięte mniej więcej równomiernie. Nie jest to jednak cecha stała (naprz. kiła);

2) obecność szumów usznych przemawia za schorzeniem obwodowym, brak szumów jest bez znaczenia;

3) w zaburzeniach obwodowych kanały pionowe i poziome są dotknięte w tym samym stopniu;

Jednakże Hautant ogłosił przypadek kiłowego zapalenia błędnika z zajęciem jedynie kanałów pionowych;

4) w schorzeniach obwodowych oczopląs jest proporcjonalny do zawrotów głowy.

W zaburzeniach ośrodkowych spotykamy się częściej z zajęciem tylko n. przedsionkowego bez zajęcia n. ślimakowego i często również stwierdzamy reakcję normalną z kanałów poziomych ze zniesieniem lub osłabieniem reakcji z kanałów pionowych lub odwrotnie; zawrót głowy może być wywołany bez Ny lub odwrotnie; może być brak próby mijania przy obecności zawrotu głowy i Ny. Oczopląs pionowy (strzałkowy) samoistny przemawia zawsze za schorzeniem ośrodkowym. Wrazie niepobudliwości kanałów półkolistych oczopląs homolateralny samoistny jest pochodzenia ośrodkowego, jak również oczopląs samoistny długotrwały, nasilający się nawet z biegiem czasu. Oczopląs obwodowy, początnie, posiada *maximum* swego nasilenia na początku przy powstawaniu swem, następnie słabnie i znika w krótkim czasie, najwyżej kilkodniowym.

Gdy podrażnienie ucha daje dziewięć gałek ocznych zamiast oczopląsu, mamy do czynienia ze schorzeniem wewnątrzczaszkowym.

Reasumując wyniki, osiągnięte w kierunku poznania czynności błędnika, można wyciągnąć wnioski, które cytuję według de Mendocę:

1) ruch chłonki wewnątrzbłędnikowej jest bodźcem fizjologicznym dla zakończeń nerwu przedsionkowego;

2) ruch chłonki w kierunku dobańkowym powoduje w kanałach półkolistych zewnętrznych odczyny silniejsze, niż w kierunku odbańkowym; odwrotny stosunek zachodzi w kanałach pionowych;

- 3) odczyny z kanałów półkolistych powstają zawsze w płaszczyźnie kanału podrażnionego; oczopląs i zawrót głowy w kierunku odwrotnym do ruchu endolimfy, padanie i dewiacja kończyn w kierunku ruchu endolimfy;
- 4) podrażnienie aparatu bańkowego powoduje dwa zjawiska zasadnicze: oczopląs i zawrót głowy;
- 5) padanie i „dewiacja” tułowia i kończyn są zjawiskami wtórnymi w stosunku do uczucia zawrotu głowy;
- 6) oczopląs i zawrót głowy są to zjawiska zupełnie niezależne od siebie;
- 7) oczopląs przedsionkowy jest zwykłym odruchem;
- 8) zawrót głowy jest wynikiem aktu interpretacji mózgowej.

Badanie chorego należy wykonywać według Baldenwecka w porządku następującym: 1) wywiad, 2) poszukiwanie oczopląsu samoistnego, 3) poszukiwanie oczopląsu przez powolne ruchy głowy, a potem przez szybki ruch, 4) poszukiwanie mijania samoistnego 5) badanie statyki

(Romberg i t. d.), 6) próba galwaniczna, 7) próba ciepła — Ny i mijanie, 8) próba obrotowa.

O znaczeniu i wynikach badania aparatu przedsionkowego w różnych schorzeniach błędnika i schorzeniach pozabłędnikowych czyli ośrodkowych, jak guzy kątowo — mózdzkowe, guzy n. słuchowego, guzy mózdzku, i o objawach przedsionkowych przy wzmożonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym będzie mowa w drugiej części niniejszej pracy.

P i s m i e n n i c t w o

1) I. Alfandary — L'appareil vestibulaire dans les tumeurs cerebrales. Baldenweck — Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire. Bing — Zarys nauki o rozpoznawaniu umiejscowienia zmian w mózgu i rdzeniu kręgowym. M. Lanos — Les troubles de l'appareil vestibulaire et les travaux recents (Annales de mal. de l'or. № 7. 1928). J. Levy — Valensi et F. Halphen — Les vertiges. A. de Mendoca — A propos de la fonction des canaux semi — circulaires. A. Moulouguet — Les vertiges labyrinthiques. Ramadier — La syphilis auriculaire. Tenze — La fistule du labyrinthe. Tenze — L'épreuve pneumatique. Schmiegelow — Contribution clinique à la localisation des centres de coordination du cervelet,

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

B i o l o g j a.

P. A. ASZMARIN i I. A. ALEKSEJEW-BERKMAN. O obwodowej leukocytozie i erytrocytozie. (Archiw Biolog. Nauk T. XXIX, Zesz. III 1929).

Doniesienie I: Wpływ zmian wentylacji płucnej na obwodową leukocytozę. W sprawie wpływu pH na leukocytozę. — Przyspieszone oddychanie zmniejsza ogólną liczbę leukocytów i limfocytów we krwi obwodowej. Oddychanie zwolnione i osłabione powoduje zwiększenie liczby leukocytów i limfocytów. Wzajemny stosunek poszczególnych postaci białych ciałek pozostaje w obu wypadkach bez zmian. Otrzymane wyniki autorzy uzależniają od zmian pH krwi.

Doniesienie II: Wpływ zmian wentylacji płucnej na obwodową erytrocytozę. Zwiększona wentylacja płuc zwiększa liczbę czerwonych ciałek we krwi obwodowej, zmniejszona zaś obniża ich ilość. Stosunki te są odwrotne do tych, jakie otrzymano przy badaniu leukocytozy.

Doniesienie III: Wpływ pracy przewodu żołądkowo-kiszecznego na obwodową leukocytozę i erytrocytozę. — Przedostanie się kwaśnej treści do dwunastnicy w związku z wydzielaniem soku trzustkowego zwiększa o 20 proc. liczbę białych ciałek we krwi obwodowej, obniżając nieco poziom erytrocytów. Zwiększenie białych ciałek odbywa się głównie przez zwiększenie liczby limfocytów.

Samo wydzielanie soku żołądkowego nie wywiera żadnego widocznego wpływu na leukocytozę obwodową.

Doniesienie IV: Zestawienie zmian leukocytozy obwodowej z kwasotą moczu. — Zestawienie zmian w liczbie leukocytów we krwi obwodowej ze zmianami w kwasocie moczu w dośw. podanych w doniesieniach I i III wykazały w 70 proc. doświadczeń całkowitą

równoległość tych zmian. Zwiększeniu leukocytów odpowiada zawsze zwiększenie kwasoty moczu i *vice versa*; że w pozostałych 30 proc. doświadczeń zjawiska te nie przebiegały równolegle (w niektórych przypadkach w kierunkach nawet przeciwnych) tłumaczy się tem, że kwasota moczu nie zawsze idzie w parze ze zmianami pH krwi, od których to zmian autorzy uzależniają wahania w ilości leukocytów.

P. A. ASZMARIN, I. A. ALEKSEJEW-BERKMAN i E. A. WŁADIMIROWA.

Doniesienie V: Wpływ miejscowego ogrzewania i ochładzania na skład morfologiczny krwi. W sprawie mechanizmu zmian składu morfologicznego krwi obwodowej.

Przy miejscowym ogrzewaniu ręki, z której się pobiera krew, zwiększa się liczba erytrocytów (średnio o 14 proc.) a zmniejsza się liczba leukocytów (średnio o 21 proc.). Przy oziębianiu otrzymuje się stosunki odwrotne. Zjawisko to należy postawić w łączności ze zmianą światła kapilarów. Zwiększenie liczby erytrocytów powstaje na skutek zagęszczenia krwi, spowodowanego wzmożoną przesączalnością rozszerzonych kapilarów. Zwiększenie leukocytozy powstaje na drodze zatrzymywania białych ciałek przez zwężone naczynia włoskowate. Położenie ręki, z której się pobiera krew, nie pozostaje również bez wpływu na jej skład morfologiczny. Najmniejsze liczby leukocytów otrzymuje się w położeniu średnim ręki, większe przy ręce podniesionej lub opuszczonej.

S. Miller.

K. SCHEER. O zdolności resorbcyjnej ściany jelit dla jonów wodorowych. (Kl. Woch. Nr. 38 r. 1929).

Za pomocą lewatywy wpuszczano dzieciom do przewodu pokarmowego mleko bądź zakwaszone kwasem solnym, bądź zalkalizowane dwuwęglanem sodu i następnie badano

odczyn mocz. Okazało się, że mocz reaguje bardzo wyraźnie tak na podanie *per clysmam* kwasu (zakwaszenie moczu występuje po 2 godz.) jak i zasady (zalkalizowanie występuje po 4 godz.), z czego wynika, że ściana dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest przepuszczalna zarówno dla jonów wodorowych jak i wydorotlenowych. J. K.

L. TUFT. O wchłanianiu zastrzykniętej surowicy końskiej. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 20, r. 1929).

Surowica końska, zastrzyknięta podskórnie, czy śródmięśniowo, wchłania się bardzo powoli. Większość wchłania się po 15 do 24 godzinach, poczem reszta pozostaje przez 3 do 4 dni niezmienną, by zniknąć zupełnie dopiero po upływie około 17 dni.

Nigdy nie udało się stwierdzić surowicy końskiej w moczu pacjentów. Widocznie nerka nie przepuszcza surowicy obcej, jako takiej.

Powolne wchłanianie oblaśnić może niektóre ujemne wyniki w odczulaniu. Odmianą zwykłego odczulania byłoby podawanie wzrastających dawek surowicy w ciągu 24 godzin, ażeby mogła się przez ten czas wytworzyć dostateczna ilość przeciwciał.

Przedewszystkiem i niezależnie od rodzaju metody stosowania surowicy należy przeprowadzić badania odczynu skór nego. Jeżeli odczyn okaże się ujemnym, można śmiało zastrzykiwać surowicę, jeżeli będzie dodatni, należy się przekonać, czy nadwrażliwość ta jest wrodzona, czy też nabyta przez poprzednie zastrzyknięcia surowicy.

Odczulanie należy przeprowadzać li tylko w przypadkach nadwrażliwości nabytej, we wrodzonej bowiem próby te są z góry skazane na niepowodzenie, a nawet są niebezpieczne. Wyniki odczulania są najwyżej bardzo umiarkowane.

Podobnie wolno, należy przypuszczać, wchłaniają się zastrzyknięte przeciwciała, stąd też należy, o ile tylko można, wprowadzać je śródżylnie. B. G.

BENIGNO BARONI. Wpływ substancji wagotropowych i sympatykotropowych na hodowlę tkanek embrjonalnych i nowotworowych. (Compt. rend. de la Soc. Biol. Nr. 24, r. 1929).

Działanie adrenaliny i pilokarpiny na hodowlę *in vitro* tkanek embrjonalnych i nowotworowych jest następujące: 1-o Na samo rozpoczęcie wzrostu hodowli ciała te nie mają żadnego wpływu t. j. hodowle z pilokarpiną lub adrenaliną zaczynają rozwijać się w tym samym czasie, co hodowle kontrolne. 2-o Zarówno pilokarpina, jak adrenalina działają na szybkość wzrostu przyspieszająco. Szczególnie wyraźne jest działanie pilokarpiny. Po okresie wzmożonego rozwoju szybko następuje degeneracja komórek, objawiająca się w stłuszczeniu protoplazmy oraz pęcznieniu i rozpływaniu się jąder.

Z danych powyższych wynika, że działanie ciał omawianych *in vitro* jest inne, niż działanie ich na nowotwory *in vivo*, gdzie ciała sympatykotropowe pobudzają rozwój nowotworów, zaś wagotropowe go hamują. J. K.

Choroby kości i stawów.

DITGAS. Opadanie ciałek czerwonych i wzór krwi w schorzeniach reumatycznych. (D. m. W. № 28 1929).

Autor stwierdza przyspieszone opadanie krwinek w przypadkach zajęcia stawów na tle zapalnym i prawidłowe opadanie w sprawach stawowych niezapalnych. Przśledzenie liczby i wzoru białych ciałek i opadania krwinek w 58 przypadkach chorób stawowych wykazało naogół powiększenie liczby krążków białych, wzrost monocytów i limfocytów w wzorze. Jednakże brak równoległości z ciężkością i charakterem obrazu klinicznego nie pozwala wyzyskać tych danych dla celów rozpoznania różniczkowego. Wanda Franzówna.

JÜRGENS. Wpływ kąpeli błotnych na zachowanie się ciałek czerwonych i białych u chorych gośćcowych. (D. m. W. Nr. 28, 1929).

Badanie krwi, przeprowadzone u reumatyków podczas kuracji w zdrojowisku Elster, wykazuje już po kilku kąpielach leukocytozę z przesunięciem w lewo. Największe dane otrzymywano zwykle po 6 — 8 kąpeli podczas reakcji kąpielowej, przy której jednocześnie zjawiały się ciała czerwone z ziarnistością przyżyciową. Liczba tych ciałek powoli wzrastała osiągając swoje *maximum* w okresie odczynu kąpielowego i utrzymując się na tej wysokości aż do końca leczenia. W obrazie ciałek czerwonych z biegiem leczenia występowały młodsze postaci tych ciałek. Pod koniec kuracji zamiast początkowej leukocytozy, zjawiała się limfocytoza. Najwyraźniej odczyn ten występował w sprawach podostrych: zmiany we krwi występowały wcześniej i wydatniej niż w sprawach przewlekłych Wanda Franzówna.

J. KRONER. Stan współczesny naszych poglądów na istotę gościa przewlekłego. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung. Nr. 3, 1929).

Dawniej rozumiano pod przewlekłym goścem stawowym chorobę starczą, rzadziej infekcyjno-toksyczną, najrzadziej urazową. Nowszy kierunek patogenetyczny akcentuje czynnik konstytucjonalny, który w dzieciństwie ujawnia się jako skaza wysiękowa (*diathesis exsudativa*), w młodzieńczym wieku jako limfatyzm, w męskim jako wagotonia, w starczym jako reumatyzm wielostawowy (*polyarthritis chronica*). Przy tej konstytucji gościcowej spotyka się też nierzadko choroby krwi, krążenia i układu nerwowego. Przewaga tego cierpienia wśród kobiet (70%) i ujawnianie się w okresie przekwitania, kierowała słusznie uwagę w stronę układu wewnątrzwydzielniczego. Atoli często sprawy stawowe natury dokrewnej okazały się rzadkością mimo względnej łatwości odkrycia ich drogą interferometryczną *Abderhaldena*. U kobiet artralgie dokrewne zjawiają się między 30 a 45, inne między 55 a 75 rokiem życia. Nie każda *climax* daje *arthritis ovarica*, nie każda *astracja arthropathia ovaripriva*, nie każde wole lub *Basedow arthralgithyreogenes*. Widocznie główną rolę odgrywa czynnik ustrojowy pomocniczą moment zakaźny, toksyczny, wewnątrzsekrecyjny. Działanie opoterapii jest bardzo niestałe, zmienne w tych razach. Organoterapia działa nierzadko pośrednio przez poprawę stanu ogólnego. O wpływie temperatury, klimatu, mieszkania, zawodu, diety i innych czynników egzogennych, jako czynników wyzwalających gościec przewlekły, prawdę powiedział szty, bardzo niewiele pewnego i ścisłego.

H. Higier.

M. CLFVELAND i E. PYLE. Gruźlica stawów i jej leczenie. (J. Am. Med. Ass. t. 92, Nr. 18/1929)

Operacyjne zespolenie uważane jest przez autorów za najlepszy sposób leczenia. Sposób ten posiada te zalety, że jest szybki i tani w przeciwstawieniu do leczenia zachowawczego w specjalnych zakładach. Ten bowiem rodzaj leczenia wymaga olbrzymich kosztów i długiego bardzo czasu (nieraz długie lata), co szczególnie jest niewygodne u osobników młodych.

Trzeba wszakże pamiętać, że pacjenci z daleko posuniętymi zmianami gruźliczemi w płucach lub licznymi ogniskami gruźlicy kostnej czy gruczołowej, dają rokowanie niezawodne dobre.

B. G.

Choroby oczu.

REDSLOB i DUVEYER. Badania doświadczalne nad wpływem pH szklistki na naczyńia krwionośne. (Annales d'Oculistique. Mars 1928).

Atzler i Lehmann dowiedli, iż u zwierząt ssących naczyńia znajdują się w stanie skurczu w zależności od pH płynów, przebiegających naczyńia. Płyn o silnem pH wywołuje skurcz naczyń, natomiast płyn o pH słabym powoduje ich zwięzanie się. Jeśli stężenie jonów wodorowych przechodzi pewną miarę, dalsze rozszerzanie nie następuje, lecz pH nawet poniżej 4,5 sprowadza jeszcze www.dnbra.wm.edu.pl

Przy wdechu powiększenie ciśnienia CO₂ także sprowadza rozszerzenie się naczyń.

Fleisch uważa, iż odczyn kwaśny krwi nie jest warunkiem koniecznym, sprowadzającym rozszerzenie się naczyń. Zmniejszenie się zasadowości krwi może wywołać podobny skutek. Pomimo sprzecznych rezultatów różnych autorów możemy przyjąć jako wynik doświadczeń, iż rozczyzny o słabym pH czyli kwaśne, powodują rozszerzenie się naczyń krwionośnych. To zjawisko może mieć pewne znaczenie kliniczne. Otóż w neuro-oftalmologii mamy pewne zaburzenia wzrokowe naskutek zmian w wielkości naczyń krwionośnych i ich skurczów. Nie znając pochodzenia tych skurczów, możemy przyjąć, iż są one wywołane zmianami pH w tkankach, otaczających naczynia. Rozszerzenie się naczyń tarczy w stanach zapalnych przedniego odcinka może być tego samego pochodzenia.

W swoich doświadczeniach autorzy starali się wpłynąć na wielkość naczyń siatkówki przez wprowadzenie zmian pH szklistki, środowisko to bowiem znajduje się w bezpośredniej styczności z naczyniami siatkówki. Zastrzyk do szklistki kwaśnego rozczyynu o małym pH < 2,0 powoduje przejściowe rozszerzenie się naczyń, trwające do 48 godzin. Po tym czasie następuje zwężenie, tarcza staje się błada. Stan ten trwa 12 dni i potem wszystko wraca do stanu poprzedniego. Po zastrzyknięciu rozczyynu o pH > 10,0 następuje rozszerzenie się naczyń, przekrwienie tarczy, trwające przez dni 15 lecz bez zwężenia następczego. Autorzy przeprowadzili te same doświadczenia na krezce żaby przez wkraplanie różnych rozczywnów lub przez aplikacje szklistki o różnych pH. Rezultaty tych doświadczeń były te same co i poprzednich. Zmiany w wielkości naczyń krwionośnych są bardzo trudno wytłumaczalne. Możemy przypuścić, iż w punkcie styczności szklistki z naczyniami krwionośnymi, wytwarza się różnica potencjałów krwi i szklistki, naskutek różnicy pH tych dwu środowisk.

Wyniki otrzymane przez zastrzyknięcie rozczywnów o różnym pH, wydają się sprzeczne z wynikami otrzymanymi w doświadczeniach przez przelewanie. Rozczyzny kwaśne przez przelewanie powodują rozszerzenie się naczyń, przy zastrzyknięciu natomiast powodują zwężenie.

Ta rozbieżność wyników potwierdza tylko hipotezę o zmianach potencjałów naskutek zmian pH.

Z doświadczeń powyższych wynika, iż zmniejszenie pH szklistki sprowadza zwężenie się naczyń; natomiast jego powiększenie powoduje przekrwienie. Szklistka jest ciałem „tamponem“ b. silnym i broni się przeciwko kwasom.

Wprowadzenie rozczyynu o silnym pH do szklistki sprowadza jej zmętnienie, które ustępuje po pewnym czasie. Tłumaczymy to w sposób następujący: zastrzyknięcie rozczywnów o wysokim pH zbliża szklistkę do jednego z jej punktów iso—elektrycznych, który się znajduje przy wartości pH = 0,3. W punkcie iso — elektrycznym obserwujemy *maximum* skłaczania kolloidów.

Drugim zjawiskiem, towarzyszącym wprowadzeniu rozczyynu o dużym pH do szklistki jest zwężenie się źrenicy, naskutek działania pH zasadowego na zakończenie nerwowe systemu rozszerzającego i zwężającego źrenicę.

Elżbieta B e r m a n ó w n a.

R. SALUS. Zmiany w żyłach siatkówki spowodowane ogólnym wzmocnieniem ciśnienia krwi. (Klin. Mon. f. Aug., kwiecień 1929).

U osobników młodych skrzyżowanie żył i tętnic siatkówkowych nie wpływa na kształt naczyń. U osób starszych żyła bywa nieco zamaskowana w miejscu, gdzie nad nią przebiega tętnica, która ma zazwyczaj ścianki zgrubiałe, zwłaszcza w miążdżycy silnie zaznaczonej. Niekiedy żyła wykazuje w miejscu skrzyżowania pewne zagłębienie.

Ale znacznie wyraźniejsze bywają zmiany w przebiegu i w kształcie żył w przypadkach wzmoczonego ciśnienia krwi,

tak, iż ich obecność może być uważana za objaw znamieny. Brak tych zmian nie wyłącza jednak hipertencji.

Zniekształcenie żyły polega na tem, że pod krzyżującą tętnicą wydaje się ona na przestrzeni kilku średnic węższą, odbłask znika, a zarysy jej stają się mniej wyraźne. W przypadkach dalej posuniętych odcinek ściętny wygina się łukowato, a niekiedy środkowa część tego łuku staje się zupełnie niewidoczną. Zmiany te są pozorne i prawdopodobnie dany odcinek dlatego wydaje się cieńszy, że jest nieco zagłębiony i nieco zamaskowany przez tkanki otaczające.

We wszystkich przypadkach, gdzie autor spostrzegł krzyżowanie z łukiem, ciśnienie ogólne krwi wynosiło najmniej 170 mm. Przeważnie były to przypadki ze stałą i długotrwałą hipertencją, w której zresztą tylko w 25% objaw ten nie bywa widoczny. Objawu tego nie należy mieszać ze zwykłą wężkowatością żył, przy której zresztą nie spostrzega się ściętnienia.

Zagięcie to autor uważa za pewnego rodzaju środek obrony przed zaburzeniami w krążeniu i sądzi, że zjawisko podobne ma miejsce również i w innych częściach ustroju z układem naczyniowym typu tętnic końcowych, jak np. w mózgu.

A. Z a m e n h o f.

VAN LINT. Zator gałęzi tętnicy środkowej siatkówki po zastrzyknięciu metarsenobenzolu. (Arch. d'Ophthalm., lipiec 1928)

Przypadek zatoru gałęzi tętnicy środkowej siatkówki powstał podczas leczenia przeciwkółowego, po piątym zastrzyknięciu metarsenobenzolu. Pacjent poczuł nagle silny ból głowy, mrowienie w rękach i nogach, w pół godziny potem zamglenie wzroku w postaci zasłony, zakrywającej górną część przedmiotów. Badanie oftalmoskopowe wykazało zator tętnicy skroniowej dolnej, a w polu widzenia skotoma górno-nosowy.

Van Lint uważa, że zator tętnicy w danym przypadku został niewątpliwie wywołany przez zastrzyknięcie metarsenobenzolu; za tem przemawia nagle powstanie zaraz po zastrzyknięciu, młody wiek pacjenta, brak wszelkich schorzeń naczyniowo ruchowych, jednoczesne zaburzenia w rękach i nogach (mrowienie), zależne prawdopodobnie od skurczów naczyniowych. Zimnica, którą pacjent przechodził przed 1½ rokiem, była, według autora, raczej czynnikiem sprzyjającym.

Zaburzenia oczne pod wpływem leczenia arsenikowego są b. rzadkie, należy jednak o nich pamiętać. W piśmiennictwie opisanych jest kilka przypadków powikłań ocznych, jak zapalenie tętnicówki, ostry nieżyt soczewek z przedziurawieniem rogówki, przejściowe porażenie mięśni prostych zewnętrznych; zat r tętnicy jest drugim przypadkiem, opisanym w piśmiennictwie.

W. Z a m e n h o f o w a.

KARL ASHER. O ulepszeniu akinezji w operacjach zaćmy (akinezja mięśnia unoszącego powiekę górną) (Klin. Monatsbl. f. Augenheil. listopad 1928 r.)

Wyłączenie ucisku powieki na gałkę oczną podczas usuwania zaćmy, uskutecznia się zapomocą wstrzykiwania nowokainy w mięsień okrężny powieki. Sposób ten jest obecnie ogólnie przyjęty, ma jednak tę ujemną cechę, że powoduje szerokie rozwarcie powiek, co pociąga za sobą wysychanie rogówki i możliwość odwinięcia płata rogówkowego przez brzeg powiekowy po operacji. Sklejanie powiek plastrami lub kolloidum wpływa ujemnie na gojenie i sprawia pozatem dużo zachu przy pierwszym opatrunku.

Autor po wstrzyknięciu nowokainy pod spojówkę gałki w okolicy mięśnia prostego górnego (przed założeniem szwu cugłowego na ten mięsień) wprowadza strzykawkę głęboko w fałdę przejściową i wstrzykuje 2—3 podziałki nowokainy

w mięsień, unoszący powiekę górną. Bezpośrednio po tym zastrzyknięciu następuje opadnięcie powieki, które jednak nie przeszkadza, gdyż podczas operacji powieki są uniesione rozwórka. Natomiast po wyjęciu rozwórki po ukończonej operacji, powieka górna przykrywa całkowicie szparę powiekową. Na drugi dzień po operacji działanie nowokainy przemija zupełnie. Arkin.

JEAN SÊDAN. Zaćma młodzieńcza o dużym jądrze u gruźliczo chorych, już uleczonych. (Ann d'Ocul. marzec 1928).

Autor podaje 2 przypadki zaćmy młodzieńczej spotkanej u dzieci gruźliczych zaleczonych. Podczas operacji zaćma przedstawiała duże twarde jądra, z bardzo małą ilością miękkich mas. W obu przypadkach zaćma była b. biała, co jest charakterystyczne dla zaćmy młodzieńczej. Soczewki po ekstrakcji przedstawiały średnicę 6—7 mm, grubość 2.5—3mm. Dno oczu w obu przypadkach normalne. Ostrość wzroku z ko-

rekcją także normalna. Autor stwierdził, iż w tych soczewkach nie zaszła normalna ewolucja spotykana w miękkich zaćmach młodzieńczych i doprowadzająca soczewkę do stanu błoniastego. Soczewka w takim przypadku jest twarda, lecz bardzo cienka.

W zaćmach, opisanych przez autora, spotykamy soczewki normalne, bez zmiany formy, lecz zmętniałe. Weil i Nordmann stwierdzili, iż w tężycze i krzywicy wraz z obniżeniem kalcemji zauważamy tworzenie się katarakty. Natomiast Szili i Eckstein uważają, iż zaburzenia w metabolizmie wapnia spowodują powstanie zaćmy warstwowatej. Opierając się na powyższej teorii, autorzy przypuszczają, iż zaburzenia w kalcemji, mogące spowodować kataraktę, mogą także zmienić charakter zaćmy podczas jej ewolucji. Obaj chorzy byli poddani b. silnemu działaniu wapnia.

Autor uważa, iż to zwapnianie wpływa na tworzenie się katarakt młodzieńczych twardych i jakby zwapniałych.

Elżbieta Bermanówna.

Wskazówki praktyczne.

Według Mahlo *toczeń pospolity (lupus vulgaris)* często ulega zupełnemu wyleczeniu pod wpływem wyciągu z *śledziony (splenotrat)*. Dawka: łyżka dziennie (Med. Welt. 1929 N. 27).

Feigen otrzymywał doskonałe wyniki leczenia *dychawicy oskrzelowej wdychaniami brochuwidryny* (połączenie papaweryny, eumidryny, hormonu przysadki i nadnercza oraz nitrytów — fabr. Dr. R. i O. Weil. Frankfurt n/M.). (D. m. W. 1929 N. 30).

Hepatopson, przetwór wątroby obok przyjemnego smaku odznacza się doskonałym działaniem leczniczym w *niedokrwistości złośliwej*. Według spostrzeżeń Schottmüllera chorzy powinni zażywać hepatopson stale albo pozostawać pod ciągłą kontrolą, aby uniknąć nawrotów. Ilość potrzebna do wyleczenia jest rozmaita zależnie od osobnika chorego. Przetoczenie krwi niezbędne jest tylko u tych chorych, którym grozi niebezpieczeństwo z powodu zbyt niskiego odsetku hemoglobiny.

(M. m. W. 1929 N. 31)

Przeciwko wymiotom nerwowym i w kokuksu u dzieci stosuje P. Freund *nautisan* (trójchlorizobutylalkohol). Dawka: 0,05 działania ubocznego niema. U niektórych dzieci po 8-10 dniowym stosowaniu spostrzegano senność — w takim razie należy lek odstawić lub dodać do niego kofeiny 0,015. (D. m. W. 1929 N. 30).

Na swędzenie i ból towarzyszące schorzeniom skóry, jakoteż na same te schorzenia, bardzo dobrze działają *tabletki gardanowe*, jak zapewnia F. Winkler. Również uniknąć można występujących często po wstrzykiwaniach salwarsanu wymiotów i dreszczy, bólów głowy, jeżeli w 3 kwadrans po wstrzyknięciu zażyć 1½ — 2 tabletki gardanu. Pewne jest także działanie dodatnie na zapalenie skóry salwarsanowe. (W. m. W. 1929. N. 25).

Do wyjąłowania skóry, zamiast nalewki jodowej, używa Eilers *dijozolu* (fabr. Tronimsdorf, Aachen), który obok równej siły odkażającej ma przed nalewką jodową tę wyższość że nie drażni skóry. Dijozyl jest to dwujodowa sól kwasu fenolsulfonowego (M. m. W. 1929 N. 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Z Polskich Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej

Posiedzenie kliniczne z dnia 22 X 1929 r.

Przewodniczył A. Fryszman.

Pokazy: H. Higier: 1) *Syringomyelia z brakiem obustronnym odruchu rogówkowego oraz rzadkiem umiejscowieniem zaburzeń czucia na twarzy*.

Pokaz chorego, u którego się rozwija przypuszczalna jamistość rdzenia, obejmująca, sądząc z objawów klinicznych szarą substancję rdzenia od odcinka szyjno-opuszkowego (*Syringobulbia*) do krzyżowo-lędźwiowego. częściowo substancję białą, całkowicie czuciowy korzeń zstępujący obu nerwów trójdzielnych (*radix descendens n. trigemini*). Z zajęcie torów w obrębie mięśni i skóry, czynności ruchowych i czuciowych (*dissociatio syringomyelica*), odruchowych, naczyńno ruchowych i potowydzielniczych. Podkreślić wypada kilka ciekawych szczegółów: 1) znieczulenie bólowo—ciepłotne całego tułowia

z wyłączeniem odcinków D 5—D 10, 2) segmentalny typ znieczulenia twarzy z wyraźną linią ciemieniowo-podbródkową z analgezą nosa i błony śluzowej jamy ustnej, 3) zachowanie czynności ruchowych n. trójdzielnych, 4) znieczulenie obustronne obrębu *n. auricularis major* z wyłączeniem wysepki *n. auricularis vagi*, 5) analgezia całej potylicy, karku i szyi z przodu i boków, 6) brak obustronnego odruchu rogówkowego mimo zachowanego czucia powiek, 7) wybiórcze znieczulenie żołądki przy zachowaniu wrażliwości moszny i jąder, 8) brak odruchów brzusznych mimo zachowania czucia tamże i zachowanie odruchów pośladowych mimo znieczulenia skóry tamże, 9) typ znieczulenia tylnorożny, gdzie-niegdzie, tylnopęczkowy, 10) mimo postępowania sprawy chorobowej, przemijająca poprawa po każdej serii naświetlań rentgenowskich kregostupa

2) *Przyp. obfitego pocenia na obwodzie i wpływ na psychikę i promieni Roentgena*.

Przyp. nader przykrych hyperidrozji obwodowej u neurastenika wago-tonika z częstymi zmagami nocnymi, zasługują-

cy na uwagę: 1) przez dziedzicznie—rodzinne tło zaburzeń potowydzielniczych (*Hyperidrosis localis familiaris*), 2) przez wystąpienie głównie przy wzruszeniach (pocenie rąk przy witaniu lub żegnaniu osób obcych, przy podpisywaniu dokumentów ważnych, przy afektach wobec płci pięknej, 3) przez nie poddawanie się żadnej terapii ogólnej i miejscowej, 4) przez przemijający dobroczynny wpływ rentgenizacji kręgosłupa. Higier omawia bliżej stosunek układu współczulnego do parasympatycznego w obrębie czynności potowydzielniczych oraz mechanizm wpływania psychicznego na funkcje wegetatywne wogóle, a zwłaszcza potowydzielnicze, naczynioruchowe i włosounoszące, opierające się na nauce o odruchach warunkowych Pawłow — Bechterewa i na nowszych eksperymentach hypnotycznych Heyera, Hansena, Hoffa i Langheinricha.

W rozprawie Cytrynnik przytacza Leszczyńskiego, który leczy hyperidrozę djatermją.

Odczyty: 1) D. Szenkier. *Schorzenia dróg moczowych a przewod pokarmowy* (ukaze się w druku).

Rozprawa: M. Szour zwraca uwagę na rolę przewodu pokarmowego w wydalaniu i neutralizacji indolu i kwasu indolowego i w zabezpieczeniu w ten sposób ustroju przed hiperindykanemją. Szczególnie ważną jest odnośna czynność wątroby (synteza i utlenianie). — Różniczkowe rozpoznanie prawostronnej kamicy nerkowej następcza niekiedy trudności nie do zwalczenia. Wszystkie metody rozpoznawcze mogą zawieść. — Przewlekła mocznica, imitująca schorzenie żołądkowo-jelitowe, może być raczej rozpoznana za pomocą określenia ilości indykanu we krwi, niż mocznika.

H. Dątyner przytacza przyp. *colitis spastica* (demonstruje zdjęcie roentgenowskie) o typowym przebiegu prawostronnej kolki nerkowej z krwimoczem.

2.) B. Karbowski i M. Flokstrumpf. *Leczenie radem w rhino-laryngologii*. (ukaze się w druku).

N. Mesz ustala, że promieniami X. można rozpoznać i wczesne okresy raka przelyku. Naświetlanie prom. Roentg. wywiera korzystny wpływ na guzy przysadki mózgowej. Terapia owych guzów winna być mieszana: roentgeno-radowa. — Chorażycki (starszy) omawia anomalje budowy kości klinowej, które mogą być przeszkodą przy wprowadzaniu rurek radu.

Sekretarz: M. Szour.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Leczenia wilka antwirusem swoistym próbował: Kapłan i Karetnikowa

Z j a z d y

Przeciwrumatyczny zjazd w Budapeszcie

(13—18 paźdź.)

Omawiany Zjazd Międzynarodowy został faktycznie zwołany i zorganizowany przez International Society of Medical Hydrology pod auspicjami którego to Towarzystwa odbył również swe posiedzenie doroczne Międzynarodowy Komitet Walki z Reumatyzmem (Ligue Internationale Contre le Rhumatisme) mający swą siedzibę w Amsterdamie.

Zjazd zgromadził zgórą 600 uczestników z całego niemal świata nie wyłączając tak oddalonych krajów, jak Japonja, Meksyk, Australia i tp., przyczem nie brakło wśród obecnych na Zjeździe nazwisk ogólnie w nauce popularnych, jak np. Freund, Strasser z Austrii, Gunzburg, Guillaume B Belgii, Eliassen i Jansen z Danji, Fox, Levis, Zuckley z Anglii, Forestier, Mougeot z Francji,

o czym zdawali sprawę na październik. posiedzeniu tow. biolog. parysk. (Pr. med. № 86). Stosowano antwirus w gruźlicy miejscowo w mieszaninie lanoliny z waseliną u 77 chorych z wilkiem jam nosowych. Żadnych powikłań nie spostrzegano; już po upływie 4—7 dni u wszystkich stwierdzono, że owrzodzenia się oczyszczają, nacieki zmniejszają, stopniowo ustępując. W większości przypadków można było skonstatować zupełne zniknięcie uszkodzeń swoistych po upływie 4—6 tygodni. U 20 chorych osiągnięto zupełne wyzdrowienie.

Do interesujących wniosków dochodzi Robin na posiedz. październ. tow. lek. paryskiego (Pr. méd. № 86) co do zębów mądrości. Uważa on, że należy je leczyć tak, jak i zęby dorosłych, a co więcej, że należy dzieciom zakładać protezy w tym celu, by odpowiednio przeżute pokarmy mogły normalnie się wchłaniać.

Reye referował w hamburskim tow. lek. w czerwcu (D. m. W. № 42) przypadek posocznicy po zapaleniu gardzieli z wyzdrowieniem. 22-letni mężczyzna dostał zwykłej anginy, na 3 ci dzień wytworzył się ropień w prawym migdałku. Następnego dnia szeroko rozcięto ropień. Mimo to, ciepłota wysoko się utrzymywała, dreszczów nie było. Wobec podejrzanego obrzmienia i wrażliwości na dotyk wzdłuż prawej żyły jarzmowej wewnętrznej natychmiastowe podwiązanie żyły, nawet wycięcie części zaczerwianej. We krwi przed zabiegiem paciorkowce hemolizujące, na 9 ty dzień krew jałowa. Ropnie przerzutowe wylewem stawie barkowym i w obu pośladkach. Ropnie otwarto. Na 21 dzień chory stracił gorączkę. Po 5-ciu tygodniach wypisany zdrowy. Lewy staw barkowy zachował swe ruchy. Zdaniem R. chorego udało się uratować jedynie dzięki rychłej interwencji.

Pierwotny *echinococcus* środkowej części lędźwiowego odcinka kręgosłupa stwierdzono podczas zabiegu w przypadku, w którym rozpoznawano guz uciskający na ogon koński. Na posiedzeniu hamburskiego tow. lek. w czerwcu Nonne demonstrował o powiednię przypat. Chory po zabiegu wyzdrowiał. (D. m. W. № 42).

Przerzuty rakowe w skórze demonstrował Moncorps na posiedzeniu monachijskiego tow. lek. (D. m. W. № 42). Punktem wyjścia był rak pochwy u 44-letniej kobiety. Przerzuty były głównie umiejscowione w skórze lewego uda w postaci nacieków brunatnych z częściową sionowatością.

Bauer, Dietrich, Harpuder, Niemann, Zimmer z Niemiec i t d. Wypada zaznaczyć, że Polskę reprezentowało prócz niżej podpisanego, delegata Polsk. Komitetu Walki z Reumatyzmem jeszcze trzech kolegów: dwóch z Warszawy i jeden z Inowrocławia.

Jeśli chodzi o rzeczy pod względem naukowym istotnie rewelacyjne, to należy zaznaczyć, że Zjazd jak to zresztą było do przewidzenia niewiele przyniósł istotnie nowego, nosił natomiast charakter raczej wybitnie informacyjny, a nadewszystko par excellence sprawozdawczy.

Jak to zauważyliśmy na wstępie, Zjazd łączył w sobie odczyty, dotyczące w ścisłym znaczeniu tego słowa zagadnień hydrologicznych z reumatycznymi, uważamy wobec tego za wskazane podać w zarysie treść ważniejszych przemówień tak z jednej jak i z drugiej dziedziny. Na temat oddziaływania fizjologicznego, wód mineralnych wypowiadali się prof. Dalmaidy (Budapeszt), prof. Pinilla (Madryd), dr. Harpu-

der (Wiesbaden) oraz prezes T-wa dr. Portescue Fox (Londyn). Z przemówień tych pozwolimy sobie przytoczyć ze zrozumiałych względów jedynie najbardziej charakterystyczne ustępy.

Właściwości osmotyczne wód mineralnych posiadają tak wielkie znaczenie, że w wielu wypadkach skład chemiczny owych wód odgrywa już rolę drugorzędną, czyli, innymi słowy, działanie zawartych w odnośnych wodach jonów pochłanianych w czasie kuracji schodzi na plan drugi.

Podczas gdy w wodach rozcieńczonych działanie zależy nadewszystko od składu chemicznego, to w wodach mineralnych skoncentrowanych a osmotycznie czynnych, działanie może być nawet wówczas identyczne resp. wybitnie analogiczne, kiedy różnią się one zasadniczo swymi cechami chemicznymi, dla wód np. alkalicznych mogą przeto obowiązywać też same wskazania lecznicze, co dla wód kwaśnych.

Z tych oto wspólnych własności fizjologicznych na szczególną uwagę zasługuje osmotyczne działanie czyszczące, które stanowi pod wieloma względami najwładźniejsze pole działania dla wód hipertonicznych, chodzi tu bowiem nie tylko o zwykłe wypróżnienie przewodu jelitowego, nie tylko o usunięcie zaparcia, lecz ponadto o cały szereg niezmiernie dla chorego ustroju dodatnich reakcji, jak np. pomyślny wpływ omawianych wód na rozwijające się w jamie brzusznej sprawy zapalne, pobudzenie krążenia w naczyniach jamy brzusznej a przedewszystkiem w zakresie *n. splanchnici*, dalej sprzyjanie resorpcji powstałych w jamie brzusznej wysięków, nieraz na wet bardzo zastarzałych.

Oczywiście z powyższych uwag bynajmniej nie wynika, ażeby działanie jonów, to jest działanie chemiczne, pozostawać zgoła bez uwzględnienia, albowiem jest ono w wielu wypadkach wytyczną dla indywidualizowania odpowiednich chorąg, poddających się kuracji wodami mineralnymi.

Węgierskie wody gorzkie, ze względu na ich izo-resp. hipertoniczną koncentrację zarówno jak na zawarte w nich mało pochłaniane jony Mg i SO₄, wykazują stosunkowo dużo działania osmotycznego, nadają się przeto również w wysokim stopniu do studjów nad omawianem działaniem.

Wody hipertoniczne typu chlorkowego znajdują się w Hiszpanji w La Toja. Mniej rozpowszechnione są natomiast zdroje siarkowe hipertoniczne (Na i Mg), zdarzają się jednak również na Węgrzech.

Szczególne zainteresowanie wzbudziły wywody mówców dotyczące zastosowania hydro-i balneoterapii w chorobach serca i naczyń krwionośnych. Na zasadzie z górną dwudziestoletnich doświadczeń dochodzą oni do następujących wniosków: wrodzone wady serca reagują dodatnio na kąpiele kwasowęgłowe w okresie zbliżającej się dekomensacji; nabyte zmiany serca o charakterze zapalnym są nieomal zawsze pochodzenia reumatycznego, wobec czego wody hipertermalne nadają się szczególnie do ich leczenia, niezależnie od tego czy zawierają dużo czy mało składników mineralnych, czy są bogate w sól czy siarkę. Wody tego typu znajdują zastosowanie zarówno w postaci wód jak kąpeli i wywierają zabójczy wpływ na zarodki infekcyjne, sprzyjają gojeniu się spraw zakaźnych we wsierdzu oraz sprzyjają przystosowaniu się osobnika do jego wady sercowej.

Przy zwykłych schorzeniach serca natury naczyniowej (cardiopathie arterielle Huchard), to jest przy zespołach spowodowanych zmianami ateromatycznymi lub syfilitycznymi aorty lub nadmiernem parciem krwi wskazania dla omawianych zabiegów mają charakter dwojaki, chodzi bowiem bądź o ulżenie sercu w drodze obniżenia parcia tętniczego, bądź też dzięki pobudzającemu działaniu kąpeli musi ulec wzmocnieniu akcja osłabionych komór sercowych.

Nadmierne parcie tętnicze można zwalczać przy pomocy

a) picia moczopędnych wód mineralnych, b) hipertermalnych zabiegów kąpielowych, łagodzących zakres n. współczulnego, c) kąpeli subtermalnych, oraz zawierających mało gazu. Kąpiele kwasowęgłowe znajdują najwładźniejsze zastosowanie jak to już liczni referenci wzmiankowali, w początkowych okresach niedomogi sercowej.

Zaburzenia akcji serca w zakresie rytmu najlepiej zwalczać z uwzględnieniem tła przyczynowego, jak anomalje zachodzące w przewodzie pckarmowotrawnym i tp.

Na kąpiele termalne gazowe reagują dodatnio również przewlekłe stany zapalne tkanek okołożylnych, połączone z zastojem żylnym, jak również wszelkie sprawy tego rodzaju, będące następstwem zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.

Streszczając się, referenci z naciskiem podkreślają, że jeśli chodzi o pacjentów z chorem sercem lub układem naczyniowym, to dodatniego wpływu można oczekiwać od kąpeli, w żadnym jednak razie nie od picia wód mineralnych.

W sekcjach zjazdowych, poświęconych wyłącznie zagadnieniu reumatycznemu, na porządku dziennym znalazły się przewidziane w programie Zjazdu referaty główne na tematy następujące: ostre a przewlekłe schorzenia reumatyczne oraz hematologia i serologia reumatyzmu. Zagadnienie pierwsze spotkało się z wieloma trudnościami natury terminologicznej, znaną bowiem jest rzecz, że po dzień dzisiejszy w łonie klinicystów tudzież patologów panuje niebywała rozbieżność zapatrywań na istotę ostrego lub przewlekłego reumatyzmu, wypada przeto w kilku słowach streścić poglądy poszczególnych autorów na właściwe cechy patologiczne reumatyzmu.

Według jednych *rheuma* jest to pojęcie zbiorowe, obejmujące nieomal wszystkie schorzenia obwodowych narządów ruchu z wyjątkiem jednostek o wyraźnie urazowym pochodzeniu, chorób kości w ścisłym znaczeniu tego słowa, oraz tych wszystkich zespołów, jakie bywają spowodowane zmianami w zakresie systemu nerwowego ośrodkowego.

Według innych badaczy przez *rheuma* rozumieć należy wszelkie zapalenia mięśni, ścięgien, torebek maziowych, nerwów obwodowych a nadewszystko stawów, jednakże z wyłączeniem nie tylko jednostek o wyraźnie urazowej etiologii ecz również powstałych na tle jakiegokolwiek konkretnie znanego zakażenia jak np. gruźlicy lub tp. Należałoby tedy zaliczać, do szeregu chorób reumatycznych jedynie te jednostki które rozwinęły się na zgoła nieznanem tle zakaźnem, bądź też powstały na skutek wpływów atmosferycznych resp. termicznych. Wreszcie nie brak autorów, którzy skłonni są rozumieć przez reumatyzm wyłącznie tylko choroby stawów, powstałe skutkiem przeziębienia, nie wykazujące natomiast w swej etiologii żadnego czynnika infekcyjnego ani anomalij z zakresu przemiany materji.

Jak widać z powyższego zestawienia, sprawa znajduje się w dość skomplikowanym stadium i prawdopodobnie nieprędko jeszcze ulegnie wyjaśnieniu, co zresztą znalazło swój wyraz w wywodach wypowiadających się w tej mierze referentów.

Nic tedy dziwnego, że ośrodkowym punktem dyskusji stał się, wobec tego, fakt mniejszej lub większej częstości występowania poszczególnych postaci reumatyzmu. W zasadzie panowały w tym względzie następujące zapatrywania, które na ogół cieszyły się jednomyślnością:

1) tak zwane choroby reumatyczne zarówno postaci ostre, jak przewlekłe należą we wszystkich niemal krajach do chorób najczęstszych. W Anglii np. tudzież w pod względem geograficznym podobnie położonych państwach liczba przypadków reumatyzmu stanowi 1/6 wszystkich pozostałych chorób; w Niemczech oraz na Węgrzech 1/11. W miejscowościach bliżej morza położonych liczba przypadków reumatyzmem, o ile się wydaje

zwiększa się, natomiast w głębi kontynentu nie przekracza ona 10% wszystkich innych chorób.

W zasadzie schorzenia reumatyczne stawów zdarzają się nie o wiele częściej od schorzeń reumatycznych mięśni, natomiast sprawy stawowe trwają ze względu na swój przebieg znacznie dłużej, przeto, jeśli można się tak wyrazić, spotykamy się z o wiele wyższą liczbą chorobodni reumatyzmu stawowego niż mięśniowego; stosunek ten wyrazi się w liczbach 7 : 1.

Pomiędzy ostrym a przewlekłym reumatyzmem (gośćcem) mięśniowym zdarza się tyle form przejściowych, że, zdaniem niektórych autorów, wręcz niepodobna odróżniać te formy, natomiast jeśli chodzi o ostre i chroniczne postacie reumatyzmu

stawowego, to daje się zauważyć przedewszystkiem wybitna różnica, jaka zachodzi w liczbie przypadków tych dwóch kategorii reumatyzmu stawowego, mianowicie stosunek liczbowy w materiale szpitalnym wynosi $\frac{1}{5}$, zaś w materiale praktyki ambulatoryjnej $\frac{3}{5}$.

Na przeważającą część przypadków reumatyzmu ostrego składają się ostre zapalenia stawów wielorakie (*polyarthritidis acuta*), z których około $\frac{1}{3}$ ulega całkowitemu wyleczeniu.

(dok. nastąpi)

Gustaw Raciążek
(Warszawa).

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

W sprawie popularyzacji higieny i medycyny.

Niedawno na łamach „Czasopisma” poruszana była sprawa wciąż wzrastającej liczby pism lekarskich. To samo dotyczy i bardzo już u nas znacznej liczby pism popularnomedycznych i higienicznych. Niema w tem nic dziwnego — żyjemy wszak w epoce wzmożonej do najwyższego stopnia propagandy higieny w najszerszym znaczeniu tego wyrazu, oraz bardzo silnego, dzięki prasie, interesowania się szerokich mas zagadnieniami medycyny.

Wymagania czasów obecnych w pierwszym rzędzie włożyły na lekarza właśnie rolę popularyzatora higieny. Poczucie tego obowiązku posiadał lekarz już od czasów najdawniejszych, rozumiejąc, że należy do niego nie tylko leczenie ludzkości, ale i chronienie jej od chorób. Ale dopiero lata ostatnie przyniosły w tej dziedzinie istotny postęp: stworzone zostały początki systematycznego i obiecującego „nauczania powszechnego” w zakresie higieny.

Lekarz, jako propagator zdrowia, jako nauczyciel higieny, powinien sobie zdawać sprawę z podstawowych zagadnień, wchodzących w zakres tych jego czynności. Nie powinien on uważać za wyłączne swoje zadanie li tylko rozpowszechnianie dostępnych dla laików pojęć i wiadomości. Same tylko wiadomości nie wystarczają ani dla młodzieży, ani dla dorosłych; należy zatem koniecznie podkreślać wynikający stąd pożytek tego, czy innego rodzaju. Lekarz, jako „nauczyciel zdrowia” staje się takimiż wychowawcą; zadaniem jego i dążeniem jest rozbudzać i ożywiać w społeczeństwie poczucie odpowiedzialności za własne swoje ciało i za zachowanie tegoż ciała w zdrowiu.

Lekarz, jako najbardziej powołany działacz na tem polu, ma tu przed sobą różne drogi działania. Pomijając już jego czynności czysto lekarskie, działa on, jako propagator w tych wszystkich instytucjach, poradniach i stacjach opieki, które są tworzone dla jednego właściwie wielkiego celu, dla „upowszechnienia kultury higienicznej” — jak się wyraża Grotjahn.

Ale obok tego stoją przed lekarzem i inne jeszcze sposoby propagandy nowoczesnej. Należą tu wykłady szkolne i publiczne, odczyty przez radio, a przedewszystkiem prasa różnych rodzajów i odcieni.

I ta ostatnia droga propagandy znacznie się u nas w ostatnich czasach rozwinęła, jak to już było wspomniane na początku. Jak dalece wzrosło zainteresowanie np. taką higieną wieku dziecięcego — tego dowodem jest fakt, że jedno z pism, poświęconych zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat siedmiu, wychodzi w 10 tysiącach egzemplarzy. Nie jest rzeczą łatwą podawać rok, drugi w stałych odstępach dwutygodniowych odpowiednio dobrany materiał, który mógłby być z korzyścią przyswojony przez matki; a temu przedmiotowi poświęcone są obecnie w Polsce dwa czasopisma. To też spotykamy na łamach tych pism nie tylko porady higieniczne i wskazówki pedagogiczne, ale niektórzy lekarze uważają za właściwe dzielić się tu z matką całą swą wiedzą lekarską. Tak np. w jednym z artykułów, poświęconych pasorzytom kiszki u dzieci, mogliśmy oglądać rysunki główek i członków tasiemców dla ułatwienia matkom odnośnego rozpoznania. W innym znowu artykule były traktowane wymioty, których przytoczono aż trzynaście różnych przyczyn dla umożliwienia laikom orientowania się w odnośnej djaгноzie różniczkowej.

Otóż tu lekarz przekracza właściwą miarę, i propaganda jego przestaje być pożyteczna i celowa, a może stać się nawet szkodliwa. Sprawa nadmiernego „uświadamiania” pacjentów niejednokrotnie była już poruszana i wielostronnie oświetlana w piśmiennictwie lekarskiem. Wiemy dobrze, że z różnych względów bynajmniej nie jest pożądane, aby nie tylko szerokie sfery, ale nawet i sfery „oświecone” uważały za konieczne roztrząsanie wszelkich nowości z zakresu medycyny, które dawniej były dziedziną, należącą tylko do lekarzy.

W ten sposób powstał nowy typ pacjenta, który skłonny jest dyktować lekarzowi sposób leczenia i t. d. W związku z powyższymi okolicznościami wytworzył się np. w ostatnich czasach nowy typ matki, który staje się zjawiskiem coraz częstszym. Matka taka, naczytawszy się nadmiernie wiadomości lekarskich, bez odpowiedniego przygotowania naukowego, zaczyna dopatrywać się w swem dziecku coraz to innej choroby, otacza je nadmierną, przeważnie źle skierowaną troskliwością. Stopniowo wytwarza się szczególna atmosfera domowa, swoisty wpływ matki na dziecko. Matka taka pragnęłaby, aby dziecko jej żyło wyłącznie

dla zdrowia; prowadzi ona właściwie zamiast rozsądnego wychowania pewien rodzaj hodowli dziecka. A tymczasem pociąga to za sobą szereg ujemnych dla dziecka skutków, gdyż dziecko w wieku 3—8 lat nie powinno zupełnie myśleć o swym zdrowiu. A już podczas istotnej choroby dziecka przesadny, nadmierny niepokój takiej matki odczuwa dziecko w całej pełni, gdy tymczasem stan psy-

chiczny dziecka ma wielkie znaczenie dla przebiegu bardzo wielu schorzeń.

Powyżej skreślony został jeden tylko przykład, dowodzący, że propaganda lekarska może często schodzić na tory fałszywe. Wobec coraz większego rozwoju i intensywności tej propagandy należy pomyśleć o nakreśleniu jej właściwych granic i odpowiedniego umiaru.

Stefan K r a m s z y k (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie dziesięciolecia 1918—1928.

Podał

K. PROEKL, radca ministerjalny.
(Dokończenie p. Nr. 45)

9. Zakłady lecznicze i koszty leczenia.

Podstawy prawne dla organizacji zakładów leczniczych przynosi dopiero rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 282).

Przed wydaniem tego rozporządzenia pojawia się w tej dziedzinie tylko rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 26 września 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 11 z r. 1822 poz. 97), — przekazujące Ministrowi Zdr. Publ. uprawnienia b. Sejmu Galicyjskiego i b. Wydziału Krajowego, dotyczące szpitali powszechnych i publicznych, zakładów dla położnic i obłąkanych, oraz kosztów leczenia ubogich, — i rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 18 grudnia 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 137 poz. 1144), oddające te uprawnienia Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu we Lwowie. Nadto w okresie czasu, gdy Min. Zdr. Publ. na podstawie powyższych rozporządzeń zarządzało wzgl. spełniało nadzór nad szpitalami w Małopolsce, wydaje Min. Zdr. Publ. szereg rozporządzeń, ogłaszanych w „Monitorze Polskim”, normujących wysokość taksy za leczenie w tych szpitalach.

W dziedzinie kosztów leczenia ubogich pojawia się rozporządzenie Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 29 lutego 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 22 poz. 241) w przedmiocie zaliczkowego pokrywania kosztów leczenia chorych w szpitalach publicznych, ustawa z dn. 19 marca 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 255) o pokrywaniu kosztów leczenia ubogich żydów, będących stałymi mieszkańcami gmin na obszarze b. Królestwa Kongresowego i rozporządzenie wykonawcze Min. Spraw Wewnętrznych do tej ustawy z dn. 7 października 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 93 poz. 837), wreszcie ustawa z dn. 29 marca 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 214) o pokrywaniu kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego, i rozporządzenie wykonawcze Min. Spraw Wewnętrznych do tej ustawy z dn. 9 września 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 99 poz. 861).

10. Zwalczanie chorób zakaźnych i innych, występujących nagminnie.

Dekret z dnia 7 lutego 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 14 poz. 184) w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie, unormował zwalczanie chorób zakaźnych, został on jednak wkrótce zastąpiony ustawą z dn. 25 lipca 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 67 poz. 402). W wykonaniu tej ustawy wychodzi szereg rozporządzeń Min. Zdr. Publ., względnie po zniesieniu tego Ministerstwa — Ministra Spraw Wewnętrznych, nakładających czasowy obowiązek zgłaszania niewymienionych w ustawie z dn. 25 lipca 1919 r. chorób zakaźnych, a w szczególności: w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania przypadków zachorowania na grype, połączoną z zapaleniem płuc lub opłucnej (Dz. U. R. P. Nr. 19 z r. 1920 poz. 103, Nr. 32 z r. 1921 poz. 198, Nr. 4 z r. 1922 poz. 24), w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania przypadków zachorowań na t. zw. śpiączkę epidemiczną (*polioencephalitis lethargica*) oraz przypadków dziecięcego porażenia rdzeniowego (choroby Heine Médina, z dnia 11 marca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 23 poz. 140) w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania przypadków zachorowań na t. zw. śpiączkę epidemiczną (*encephalitis lethargica*), z dnia 4 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51 poz. 322), z dn. 7 lutego 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 14 poz. 96), z dn. 24 marca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 30 poz. 304), z dn. 11 lutego 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 18 poz. 133); w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania zachorowań na chorobę Heine-Medina (*polyomyelitis anterior*) z dn. 2 października 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 112 poz. 898) w sprawie obowiązkowego zgłaszania zachorowań na ostre zapalenie przednich rogów rdzeniowych (*polyomyelitis acuta anterior* — choroba Heine-Medina: z dnia 21 września 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 85 poz. 765) w przedmiocie zgłaszania żółtaczki zakaźnej z dn. 16 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 2 poz. 15 z r. 1922) w przedmiocie zgłaszania przypadków trądzieli, w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania zachorowań na kur czyli różyczkę (*rubeola*) z dn. 28 listopada 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 124 poz. 1012).

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 20 września 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 98 poz. 652) nakłada obowiązek zgłaszania zatruc ołowiem, cynkiem, fosforem, arsenikiem i rtęcią w zakładach przemysłowych, fabrykach i warsztatach.

W dziedzinie zwalczania wścieklizny wychodzi rozporządzenie Min. Zdr. Publ. i Min. Rolnictwa i Dóbr Państwowych z dn. 30 stycznia 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 10 poz. 79) w przedmiocie zwalczania wścieklizny u ludzi i zwierząt, zastąpione następnie rozporządzeniem z dn. 2 lutego 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 20 poz. 145).

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 22 marca 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333) normuje sprawę zwalczania jaglicy.

W dziedzinie zwalczania ospy wychodzi rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 21 kwietnia 1919 r. („Monitor Polski“ Nr. 94 z dn. 26/IV 1919 r.) w sprawie szczepienia ospy w b. zaborze austriackim oraz dekret z dn. 7 lutego 1919 (Dz. U. R. P. Nr. 14 poz. 180) w przedmiocie przymusowego szczepienia ochronnego przeciwko ospie, zastąpiony następnie ustawą z dn. 19 lipca 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 63 poz. 372), zmienioną ustawą z dn. 25 lutego 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 28 poz. 167). Przepisy wykonawcze do ustawy z dn. 19 lipca 1919 r. zawiera rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 15 marca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 261) w przedmiocie wykonania ustawy o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 1 sierpnia 1919 r. „Monitor Polski“ Nr. 223 z dn. 15 października 1919 r. powołuje do życia Centralny Komitet do spraw walki z dudem plamistym. Komitet ten zostaje rozwiązany rozporządzeniem Kierownika Min. Zdr. Publ. z dn. 3 marca 1920 r. („Monitor Polski“ Nr. 55 z dn. 5 marca 1920 r.), a dalsze prowadzenie jego akcji zostaje powierzone Nadzwyczajnym Komisarzom dla zwalczania chorób zakaźnych.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 30/XII 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 11 z r. 1920 poz. 63) powołuje do życia urząd Nadzwyczajnego Komisarza Ministerstwa Zdrowia Publicznego dla zwalczania chorób zakaźnych w Małopolsce. Zakres działania tego Komisarza zostaje następnie rozszerzony rozporządzeniem Min. Zdr. Publ. z dn. 5 lutego 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 13 poz. 71). Taki sam Urząd Nadzwyczajnego Komisarza dla zwalczania chorób zakaźnych w Województwach Warszawskim, Łódzkim, Lubelskim, Kieleckim, Białostockim i w m. st. Warszawie, który ma być zarazem Naczelnym Nadzwyczajnym Komisarzem na całym obszarze Państwa, powołuje do życia rozporządzenie Kierownika Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dn. 28 lutego 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 23 poz. 134).

Powyższe przepisy zostają następnie zastąpione ustawą z dnia 14 lipca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 61 poz. 388) o utworzeniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami, grożącymi Państwu klęską powszechną. Po raz pierwszy na podstawie tej ustawy zostaje powołany urząd N. N. K. rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 15 lipca 1921 r. (ogłoszonym tylko w Dzienniku Urzędowym N. N. K. z 17/IX. 1921 Nr. 13). Następnie czasokresy, na które powołany został Urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do spraw walki z epidemjami, przedłużają rozporządzenia Rady Ministrów z kwietnia 1922 (Dziennik Urzędowy N. N. K. Nr. 4 z dn. 29/IV 1922), z dn. 9 listopada 1922 r. (Dz. U. R. P.

Nr. 101 poz. 921), z dn. 21 czerwca 1923 (Dz. U. R. P. Nr. 64 poz. 496), z dn. 28 grudnia 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 14 poz. 130 z r. 1924), z 16 czerwca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 52 poz. 528), z dn. 4 marca 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 191), z dn. 30 grudnia 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 3 z r. 1926 poz. 17), z dn. 15 lutego 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 25 poz. 198), z dn. 21 stycznia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 13 poz. 96).

W zakresie swej działalności Nadzwyczajny Naczelnny Komisarz do walki z epidemjami wydaje szereg rozporządzeń o charakterze porządkowo-sanitarnym, wyszczególnionych w następnym ustępie niniejszego artykułu, oraz szereg rozporządzeń, mających na celu bezpośrednią walkę z epidemjami. W tej ostatniej dziedzinie wychodzi rozporządzenie N. N. K. (bez daty), ogłoszone w Dz. U. R. P. Nr. 5 z r. 1921 poz. 30, w przedmiocie przymusowego szczepienia ochronnego przeciw cholerze i tyfusowi brzuszemu, — rozporządzenie N. N. K. z dn. 24 lipca 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 59 poz. 534 (sprostowanie Dz. U. R. P. Nr. 67 z r. 1922 str. 1202) o zarządzeniach wyjątkowych, zapobiegających zawleczeniu cholery, uzupełnione rozporządzeniem z dn. 20 sierpnia 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 75 poz. 681, a następnie uchylone rozporządzeniem z dn. 14 października 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 94 poz. 872, — rozporządzenie N. N. K. z dn. 31 lipca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 74 poz. 671) o postępowaniu w razie zachorowania na cholerę azjatycką podróżujących kolejami, — rozporządzenie N. N. K. z dn. 14 października 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 880) w przedmiocie zakazu przywozu szmat, używanych ubrań i bielizny z Republiki Ukrainskiej, Rosyjskiej i Białoruskiej do Rzeczypospolitej Polskiej. Dalej wychodzi w tej dziedzinie rozporządzenie Prezydenta Ministrów i N. N. K. z dn. 30 października 1920 r. Dz. U. R. P. Nr. 108 poz. 711, w przedmiocie utworzenia kordonu sanitarno-policyjnego wzdłuż linii rzek Niemna, Swisłoczy, Narwi, Bugu i Zbrucza, uchylone rozporządzeniem z dn. 6 sierpnia 1921 r. Dz. U. R. P. Nr. 75 poz. 515, — rozporządzenia N. N. K. (bez daty) ogłoszone w „Monitorze Polskim“ Nr. 84 z dn. 13 kwietnia 1920 r. oraz w Dz. U. R. P. Nr. 47 z r. 1921 poz. 297, w przedmiocie rozciągnięcia kontroli sanitarnej nad osobami, przybywającymi ze wschodu. To ostatnie rozporządzenie zostało uzupełnione rozporządzeniem z dn. 24 lipca 1922 r. Dz. U. R. P. Nr. 58 poz. 526.

Jako związane z działalnością N. N. K. wychodzi rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dn. 27 września 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 98 poz. 776) w przedmiocie składu Komisji szacunkowych, przewidzianych w art. 3 p. a ustawy z dn. 14 lipca 1920 r. o utworzeniu Urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami, grożącymi Państwu klęską powszechną (Dz. U. R. P. Nr. 61 poz. 388).

11. Przepisy porządkowo-sanitarne oraz dotyczące czystości powietrza, gleby i wody.

Przepisy o charakterze porządkowo-sanitarnym mają na celu przeważnie zapobieganie szerzeniu się chorób zakaźnych i wychodzą bądź to jako rozporządzenia Min. Zdr. Publ., bądź to Na-

czelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami. Zachowanie czystości osobistej, mieszkania i osiedli reguluje szereg rozporządzeń Min. Zdr. Publ. a w szczególności z dn. 2 czerwca 1919 r. „Monitor Polski” Nr. 126 z dn. 7 czerwca 1919 w przedmiocie wydawania świadectw czystości podróży, zniesione następnie rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 29 października 1919 (Monitor Polski Nr. 237 z dn. 31/X 1919) wymienione już w ustępie 10-tym rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 1 sierpnia 1919 (Monitor Polski 223 z dn. 15/X 1919) dotyczące powołania Centralnego Komitetu do spraw walki z dudem płamistym, dalej rozporządzenie z dn. 24 września 1919 r. (Monitor Polski Nr. 224 z dn. 16 X 1919). Następnie utrzymanie porządku w domach, na dziedzińcach, chodnikach i jezdniach w gminach miejskich określa rozporządzenie N. N. K. z dn. 10 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 55 poz. 346). Moc obowiązująca tego rozporządzenia zostaje rozciągnięta rozporządzeniem N. N. K. z dn. 10 lipca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 70 poz. 679) sprostowanym w Dz. U. R. P. Nr. 73 z r. 1924 str. 1100, oraz w Dz. U. R. P. Nr. 99 z r. 1924 str. 1430), na m. st. Warszawę oraz na poszczególne osady, należące do gmin wiejskich lub stanowiące samodzielne gminy wiejskie, a mające przez sposób zabudowania się oraz skupienie ludności wyraźny charakter gmin miejskich. To ostatnie rozporządzenie uchyla zarazem rozporządzenie N. N. K. (bez daty), ogłoszone w Dz. U. R. P. Nr. z r. 1921 poz. 90, które normowało utrzymanie porządku w mst. Warszawie.

Przepisy sanitarne dla hoteli, pokoiów umebrowanych i pensjonatów określa rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 23 stycznia 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 10 poz. 78), którego moc obowiązująca została przedłużona rozporządzeniem Min. Spraw Wewnętrznych z dn. 9 lutego 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 15 poz. 145) oraz z dn. 3 marca 1926 (Dz. U. R. P. Nr. 23 poz. 142). Rozporządzenie to zostało uzupełnione rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Nadzwyczajnego Naczelnego Komisarza do spraw walki z epidemjami z dn. 13 marca 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 165) w sprawie dezynfekcji hoteli, pokoiów umebrowanych i pensjonatów.

Dla zakładów fryzjerskich i golarskich określa przepisy sanitarne rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 6 marca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 40 poz. 337), którego moc obowiązująca została przedłużona rozporządzeniami Min. Spr. Wewnętrznych z dn. 17 maja 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 470) oraz z dn. 29 kwietnia 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 42 poz. 261).

Ochronę czystości powietrza w urzędach, biurach, sklepach, magazynach i wszelkich innych pomieszczeniach określa rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z d. 25 lipca 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 84 poz. 653), a utrzymanie czystości w teatrach świetlnych rozporządzenie N. N. K. z dnia 3 sierpnia 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 79 poz. 629). Rozporządzenie Naczelnego Komisarza do spraw walki z epidemjami (bez daty), ogłoszone w Dz. U. R. P. Nr. 71 ex 1920 poz. 493, w przedmiocie zakazu sprzedaży owoców na wszystkich dworcach kolejowych, w pociągach, przy torach kolejowych, posterunkach postojowych dla pociągów ewakuacyjnych, tudzież przy gościńcach, ulicach i placach publicznych, zostaje zniesione rozporządzeniem (bez daty), ogłoszonym w Dz. U. R. P. Nr. 12 z r. 1921 poz. 70.

Obrót szmatami reguluje rozporządzenie Min. Spr. Wewnętrznych z dn. 6 grudnia 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 8 poz. 60 z r. 1925).

Z dziedziny przepisów prawnych o grzebaniu zmarłych zostaje wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego (bez daty) w sprawie przewożenia i ekshumacji zwłok, ogłoszone w Dz. U. R. P. Nr. 42 poz. 757 z dn. 28 maja 1920, zmienione następnie częściowo rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 26 kwietnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 39 poz. 242). Rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemjami z dn. 11 stycznia 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 6 poz. 47) zakazało przewożenia zwłok na obszarze Województw: Białostockiego, Nowogródzkiego, Poleskiego i Wołyńskiego, rozporządzenie to zostało jednak uchylone rozporządzeniem tegoż Komisarza z dn. 6 listopada 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 100 poz. 917).

W dziedzinie zaopatrzenia ludności w dobrą wodę do picia wychodzi rozporządzenie N. N. K. z dn. 25 października 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 102 poz. 667) w przedmiocie budowy i utrzymania studzien, rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 6 listopada 1920 r. (Monitor Polski Nr. 89 z 20 kwietnia 1921) w przedmiocie korzystania z wodociągu miejskiego w Warszawie, oraz rozporządzenie N. N. K. z dn. 1 stycznia 1922 roku (Dz. U. R. P. Nr. 9 poz. 63) w przedmiocie korzystania z urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych, zmienione rozporządzeniem z dn. 21 czerwca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 56 poz. 517). Wreszcie jednolicie dla całego obszaru Państwa, z wyjątkiem Województwa Śląskiego, reguluje dziedzinę tę rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. o zaopatrywaniu w wodę (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 310).

Sprawę usuwania nieczystości i wód opadowych reguluje rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 32 poz. 311).

Rozporządzenie Min. Spr. Wewn. z dn. 30 października 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 842) ustala przepisy sanitarne, higieniczne i ratownicze dla żeglugi powietrznej.

12. Pomoc lekarska dla funkcjonariuszów państwowych.

Pomoc lekarską dla funkcjonariuszów państwowych określa początkowo rozporządzenie tymczasowe Rady Ministrów z dn. 30 stycznia 1922 (Monitor Polski Nr. 69 z dn. 24.III. 1922), zmienione częściowo rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 3 października 1922 r. (Monitor Polski Nr. 253 z 7.XI. 1922), a rozciągnięte na obszar województwa śląskiego rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 2 lipca 1923 (Monitor Polski Nr. 158 z 16.VII 1923) oraz przepisy wykonawcze z dn. 16 sierpnia 1922 r. (Monitor Polski Nr. 198 z 1.IX. 1922), uzupełnione przepisami wykonawczymi z dn. 9 marca 1923 r. (Monitor Polski Nr. 76 z 3.IV. 23).

Wszystkie powyższe przepisy prawne zostają uchylone na skutek wejścia w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 2 lipca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 73 poz. 725) o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych, sędziów i prokuratorów, ich rodzin oraz emerytów, zastąpionego następnie rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 4 sierpnia 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555).

13. Urzędowe świadectwa zdrowia i komisje lekarskie.

Sprawę wydawania urzędowych świadectw zdrowia określało rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 1 lipca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 58 poz. 365), zmieniane rozporządzeniami tegoż Ministra z dn. 6 czerwca 1921 (Dz. U. R. P. Nr. 50 poz. 312), z dn. 3 września 1921 (Dz. U. R. P. Nr. 89 poz. 663), i z dn. 7 października 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 90 poz. 841). Wymienione wyżej rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z 1 lipca 1920 r. wraz z późniejszymi rozporządzeniami z 3 września 1921 i 7 października 1922 zostało uchylone rozporządzeniem Min. Spr. Wewnętrznych z dn. 27 kwietnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 54 poz. 518).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 9 kwietnia 1924 (Dz. U. R. P. Nr. 34 poz. 355) zmienione częściowo rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 19 lutego 1926 (Dz. U. R. P. Nr. 27 poz. 160) ustanawia komisje lekarskie dla funkcjonariuszów państwowych oraz wojskowo-lekarskie dla zawodowych wojskowych.

14. Ubezpieczenia na wypadek choroby i ochrona pracy.

Działalność naczelnej władzy służby zdrowia w dziedzinie ubezpieczeń na wypadek choroby i ochrony pracy polega na współpracy z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej i wykonanie przepisów prawnych z tej dziedziny poruczane jest w zasadzie Min. Pracy i O. S. bądź to łącznie, bądź to w porozumieniu z Min. Zdr. Publ. względnie Min. Spraw Wewnętrznych. Szczegółowe przedstawienie przeto działalności legislacyjnej naczelnej władzy sanitarnej na tem polu byłoby możliwe tylko w łączności z działalnością Min. Pracy i O. S. Gdy jednak takie przedstawienie sprawy wykraczałoby poza zadania niniejszego wydawnictwa, przeto wymienia się tu tylko te przepisy prawne, które pojawiły się, jako rozporządzenia Min. Zdr. Publ. lub których wykonanie zostało poruczone w pierwszym rzędzie i w całości lub znacznej części Min. Zdr. Publ. wzgl. Min. Spraw Wewnętrznych bądź to w porozumieniu, bądź to łącznie z Min. Pracy i O. S.

Do takich przepisów prawnych należą: rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 8 lutego 1921 r. (Monitor Polski Nr. 42 z 22.II. 1921) i rozporządzenie Min. Zdr. Publ. i Min. Pracy i O. P. z dn. 16 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81 poz. 561), dotyczące nadzoru państwowego nad kasami chorych w zakresie lecznictwa, rozporządzenie Min. Zdr. Publ. i Min. Pracy i O. S. z dn. 15 grudnia 1922 r. (Dz. U. R. P. z r. 1923 Nr. 10 poz. 65), normujące tę sprawę na obszarze Województw Poznańskiego i Pomorskiego, dalej rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 sierpnia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676) o zapobieganiu cho-

robom zawodowym i ich zwalczaniu, oraz rozporządzenie wykonawcze do tego rozporządzenia z dn. 17 grudnia 1928 r. (Dz. U. R. P. z r. 1929 Nr. 5 poz. 50), wreszcie rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 35 poz. 325) o bezpieczeństwie i higienie pracy.

15. Różne sprawy z dziedziny administracji sanitarnej.

Rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 2 sierpnia 1929 (Dz. U. R. P. Nr. 74 poz. 432) zmienione częściowo rozporządzeniem tegoż Ministra z dn. 29 marca 1920 (Dz. U. R. P. Nr. 33 poz. 193) określa nadzór nad ogłoszeniami treści lekarskiej.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 5 stycznia 1920 (Monitor Polski Nr. 4 z dn. 7.I. 1921) powołuje do życia Państwową Zakład Aprowizacji Sanitarnej, który uległ zlikwidowaniu na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 19 marca 1924 (Monitor Polski Nr. 75 z dn. 31.III. 1924).

Jednolite mianownictwo chorób i przyczyn zgonów wprowadza rozporządzenie Min. Zdr. Publ. z dn. 8 czerwca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 48 poz. 431).

W dziedzinie nadzoru na nierządem pojawia się rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 6 września 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 715) o nadzorze nad nierządem, oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 29 sierpnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81 poz. 708) utrzymuje nadal komisje sanitarno-obyczajowe, utworzone na podstawie wyżej wymienionego rozporządzenia.

Kilka rozporządzeń Min. Spraw Wewnętrznych przekazuje prawo decyzji z zakresu administracji sanitarnej Wojewodom i Komisarzowi Rządu m. st. Warszawy, a w szczególności rozporządzenia: z dn. 7 sierpnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 76 poz. 685), z dn. 23 sierpnia 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 694) i z dn. 24 października 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 841).

Wymienione wyżej dekrety, ustawy i rozporządzenia nie obejmują jeszcze całokształtu prac legislacyjnych naczelnej władzy sanitarnej.

W szczególności pominięto prace legislacyjne, dotyczące aptek i środków leczniczych, pominięto dalej te działy, które tylko czasowo pozostawały w zawiadywaniu władz służby zdrowia, jak sprawy zapobiegania brakowi mieszkań, ochrony lokatorów, obowiązku gmin miejskich dostarczania mieszkań i t. p. sprawy higieniczno-lekarskiej opieki nad dziećmi.

Pominięto również dział sanitarnego ustawodawstwa międzynarodowego, wreszcie te przepisy prawne, które wprowadzają normy o charakterze sanitarnym, których jednak wykonanie było poruczone innym Ministrom bądź to całkowicie, bądź to w porozumieniu z Ministrem Zdrowia Publicznego, względnie po zniesieniu tegoż Ministerstwa z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Ś. P. RAFAŁ RADZIWIŁŁOWICZ

(wspomnienie pozgonne)

Kiedy w końcu września r.b. widzieliśmy Radziwiłłowicza w Wilnie na Zjeździe przyrodników i lekarzy „i” podziwialiśmy jego energię i niesłabnący zapał, jako gospodarza sekcji psychiatrycznej tego Zjazdu, ani na chwilę nikomu w głowie nie mogła powstać myśl, że są to już ostatnie przejawy jego tak owocnej działalności.

W miesiąc akurat po Zjeździe nagle zeszedł z tego świata ku wielkiemu żalowi, ku wielkiej żałobie całego społeczeństwa polskiego. Ubogie w jednostki niepowszednie, straciło w nim społeczeństwo jedną z najwybitniejszych pod względem niezłomności charakteru i stałości przekonań, pod względem zwłaszcza poczucia obywatelskiego i szero-kiego poglądu na zadania lekarza-obywatela, lekarza-patrioty w najlepszym rozumieniu tego pojęcia.

W specjalności swojej, jako psychjatra, interesował się Radziwiłłowicz mniej zagadnieniami klinicznymi, natomiast głównym tere-nem jego działalności była psychjatria społeczna, i zasługi Jego w tej dziedzinie, tak u nas odłogiem leżącej, są pierwszo-rzędne, a dotyczą zarówno opieki społecznej i państwowej nad psychicznie chorymi, jak i strony są-dowo-lekarskiej. Co do opieki nad psychicznie chorymi ukochaną ideą Radziwiłłowicza była centralizacja tej opieki, a mianowicie dążenie do stworzenia centralnego państwowego urzędu psychiatrycznego, który obejmowałby państwo całe pod tym względem.

W psychjatrii sądowej usiłował przy pomocy memorjałów i uchwał zjazdowych, przez niego inspirowanych, wpływać na Komisję Kodyfikacyjną, co do paragrafowego ujęcia, zgodnego z nauką pojęcia odpowiedzialności przed sądem chorego psychicznie oraz wprowadzić na stałe do kodeksu karnego pojęcie odpowiedzialności zmniejszonej.

Tym zagadnieniom obok innych zainteresowań ogólniejszej czysto naukowej natury, poświęcił Radziwiłłowicz ostatnie lat kilkanaście. Jeszcze za okupacji niemieckiej, stojąc na czele Polskiego

Towarzystwa Medycyny Społecznej, Towarzystwa, które wraz z Chodźką i Kramsztykiem do życia powołał i którego był duszą, opracowywał memorjały do władz ówczesnych, a później do władz polskich, w sprawach, dotyczących opieki nad psychicznie chorymi pod względem społecznym i prawno-sądowym.

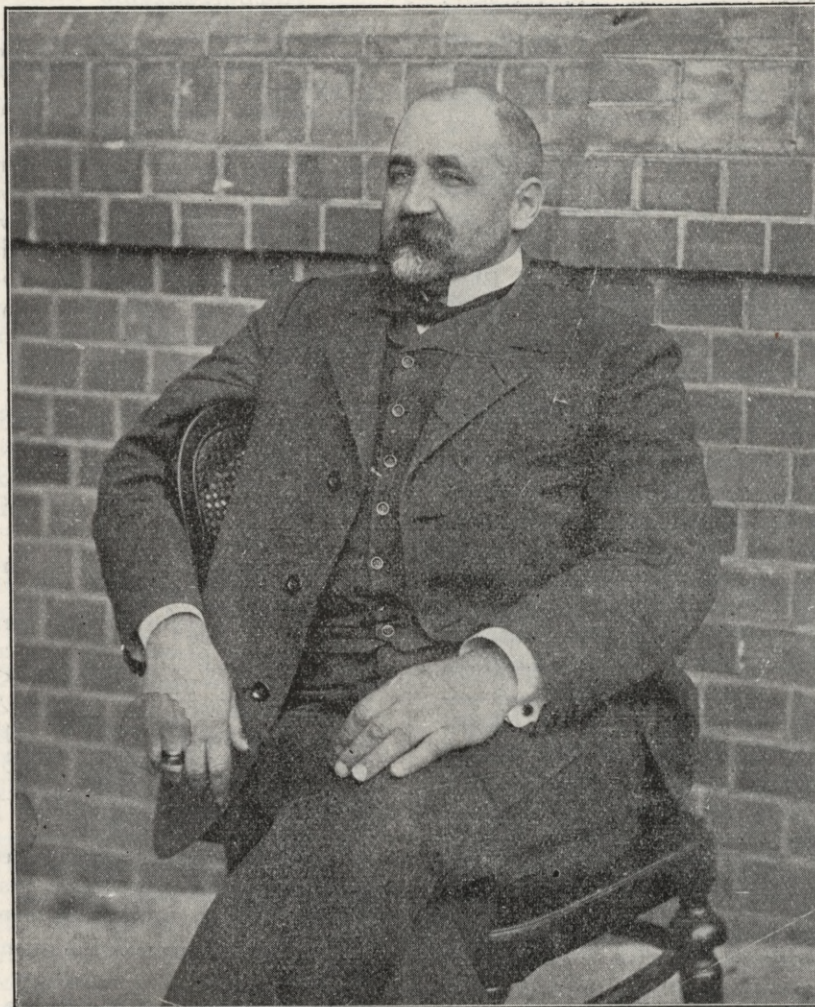
Niezależnie od tej działalności społeczno-psychiatrycznej, ośrodkowego punktu Jego zainteresowań, poświęcał Radziwiłłowicz wiele pracy studjom psychologicznym.

Hołdując poglądom psychologów angielskich i amerykańskich (głównie James'a), był zwolennikiem psychologii, opartej na podstawach biologicznych i zawarł te poglądy swoje w podręczniku psychologii, wydanym w roku 1928. Usiłowaniom oparcia również i psychjatrii na podstawach biologicznych dał wyraz w pracy swojej, przeznaczonej na VIII Zjazd psychjatrów polskich (Cechy psychjatrii jako nauki biologicznej — Rocznik psychjatryczny — Zeszyt VII).

Zasługi Radziwiłłowicza dla rozwoju psychjatrii

u nas są niepospolite i pozostawią trwałe, nie-zatarty ślad.

Jego to zasługą w pierwszym rzędzie było powołanie do życia w roku 1920 Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego (z oddziałami w poszczególnych miastach). Jego niepospolitej energii zawdzięczamy organizację dorocznych zjazdów psychiatrycznych, oraz powstanie pisma archiwalnego, p. n. „Rocznik psychjatryczny”. Dzięki tym poczynaniom Radziwiłłowicza dorobek naukowy w psychjatrii polskiej wzrósł w sposób bardzo wydatny. Z każdego Zjazdu (IX-y odbył się właśnie w Wilnie we wrześniu r. b.), z każdego nowego zeszytu Rocznika Psychjatrycznego cieszył się Radziwiłłowicz, jak ojciec cieszy się dzieckiem własnym. Do ostatniej chwili życia trwał na stanowisku swoim promotora i orędownika każdej sprawy, która miała na celu podniesienie poziomu myśli psychiatrycznej w Polsce.



Rafał Radziwiłłowicz urodził się w r. 1861 w Petersburgu z ojca lejbn-medyka D-r Ignacego Radziwiłłowicza i matki Oktawii z Medunieckich. Ukończył w Warszawie gimnazjum IV, następnie wydział lekarski w Dorpacie; tam uzyskał stopień doktora medycyny po obronie rozprawy: „Ueber Nachweis und Wirkung des Cytisins”.

Poświęciwszy się psychjatrii był przez kilka lat ordynatorem szpitala „Mikołaja Cudotwórcy” w Petersburgu, kształcąc się dalej pod wpływami psychjatrów - polaków Czeczota i Mierzejewskiego. Po przeniesieniu się na stałe do Warszawy objął stanowisko ordynatora w szpitalu w Tworkach, gdzie pracował lat kilkanaście. Ustąpił po zatargu z władzami rosyjskimi, zatargu, który wynikł na skutek odrzucenia ofiarowanego Mu orderu carskiego.

Podczas wojny, za czasów okupacji niemieckiej, przy pierwszych wyborach do Rady Miejskiej, zarządzonych przez okupantów, stanął obok Chodźki w pracy nad utworzeniem Komitetu Demokratycznego, z którego w roku 1916 powstało

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej; przez 3 lata był prezesem Zarządu tego Towarzystwa i zaczął rozwijać swoją działalność społeczno-psychjატyczną, o której wspominaliśmy już wyżej. Powołany w roku 1925 na docenta psychjatrii sądowej w uniwersytecie warszawskim, po roku przeniesiony został, jako profesor psychjatrii do Wilna.

Tu pośród planów szerokich stworzenia nowego ośrodka psychjატycznego, zawsze pełen entuzjazmu iście młodzieńczego, nagle zmarł wskutek ataku sercowego w dniu 27 października r. b.

Z Rafałem Radziwiłłowiczem schodzi do grobu jedna z tych nielicznych u nas, w dzisiejszej, zwłaszcza, powojennej dobie, postaci, które potrafiły wytrwać niezłomnie w swoich dążeniach i przekonaniach, mimo przeciwności, mimo fluktuacyj zewnętrznych, nie odchylając się od linii przewodniej życia, któremu przyświecały zawsze ideały postępu i demokracji. W kronikach naszego życia naukowego i społecznego pamięć Jego zapisana będzie trwałymi zgłoskami.

M. B.

Wiadomości bieżące:

— Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sumie 1000 zł przeznaczone dla studenta medycyny lub młodego lekarza na wykończenie rozpoczętej pracy naukowej, przyznane zostało w roku bieżącym p. Marjanowi Ostrochowi słuchaczowi V roku wydziału lekarskiego, na wykończenie pracy wykonywanej w Instytucie Histologii i Embryologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. M. Konopackiego.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przypomina wojewodom, że w myśl upoważnienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 4.XI. 1927, Nr. A. P. 11646 (27) (kwesta) R w okresie od 1 grudnia r. b. do 10 stycznia 1930 r. mają być organizowane wzorem lat ubiegłych „Dni przeciw gruźlicy”, poświęcone propagandzie zwalczania gruźlicy oraz zbiórce funduszy na ten cel.

— Na podstawie materiałów z licznych inspekcji szpitali szczególnie prowincjonalnych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdziło, że nie wszystkie szpitale dostatecznie dbają o podniesienie strony naukowej lecznictwa szpitalnego.

W miejscowościach, gdzie niema uniwersytetów, towarzystw naukowych lekarskich i bibliotek specjalnych, urządzenie w szpitalach choćby na mniejszą skalę fachowo-lekarskich bibliotek, składających się z odpowiednich dzieł naukowych i czasopism lekarskich, stanowić może wielką pomoc w codziennej działalności fachowej lekarza szpitalnego z korzyścią dla chorych, pobudzić go do samodzielnej pracy twórczej i wybitnie przyczynić się przez to do odświeżenia i uzupełnienia jego wiedzy fachowej, a nawet do pomnożenia naszego dorobku naukowego.

Biblioteki takie będą również miały duże znaczenie dla młodych lekarzy, odbywających przepisową praktykę i doszkalających się w szpitalach.

Ponieważ nieznaczna tylko liczba szpitali prowincjonalnych posiada podręczne biblioteki lekarskie i to zaopatrywane przeważnie sumptem samych lekarzy, przeto Ministerstwo

Spraw Wewnętrznych prosi wojewodów o wywarcie wpływu na związki komunalne względnie inne instytucje, utrzymujące szpitale, aby do budżetów szpitalnych wstawiały odpowiednie kwoty na biblioteki lekarskie.

Kwoty te nie powinny przewyższać 0,25% — 0,5% ogólnej sumy wydatków budżetu rocznego szpitala i być zużyte na zakupywanie dzieł naukowych medycznych i prenumeratę czasopism lekarskich i to w pierwszym rzędzie polskich.

— Państwowy Zakład Higieny zawiadamia, że kurs analiz lekarskich rozpocznie się dnia 8 stycznia 1930 r. i trwać będzie z jednogodniową przerwą podczas Świąt Wielkanocnych do dnia 1 lipca 1930 r.

Program kursu obejmować będzie w zasadzie całokształt badań, potrzebnych do wykonania analiz lekarskich:

a) z bakterjologii: djagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych.

b) z serologii: serodjagnostykę chorób zakaźnych, serodjagnostykę kiły,

c) z mikroskopji klinicznej: hematologję, badania na ziarnicę, krętkowice, robaki, grzybki chorobotwórcze,

d) badania chemiczne i mikroskopowe moczu i kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków i. t. p.

e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi,

f) podstawowe wiadomości z anatomji, histologii i fizjologii.

Kierownikiem kursu będzie Doc. Dr. H. Sparrow, adiunkt Państwowego Zakładu Higieny.

Wykładać będą:

Bakterjologję — Doc. Dr. Sparrow, adiunkt Państwowego Zakładu Higieny, zajęcia praktyczne pod kierunkiem p. H. Rabinowiczówny, asystentki Zakładu.

Serologję — Prof. Dr. L. Hirszfild, Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny.

Hematologję i mikroskopję kliniczną — Dr. Górecki, st. asystent II Kliniki Wewnętrznej.

Grzybki chorobotwórcze — Dr. Kapuściński, st. asystent Kliniki Dermatolog.

Parazytologię — Prof. Dr. Błędowski.

Zajęcia trwać będą od 9-ej do 2-ej pp. Wykłady 1–2 godziny dziennie, reszta zajęcia praktyczne.

W czasie trwania kursu obywać się będą colloquia po ukończeniu działu. Po ukończonym kursie odbędzie się egzamin wobec komisji urzędowej, po którym słuchacza otrzymają świadectwa tymczasowe, stwierdzające, że są pod względem naukowym przygotowani do wykonywania badań lekarskich.

Następnie Państwowy Zakład Higieny będzie wymagał po ukończeniu kursu półrocznej praktyki w jednej z pracowni, zaaprobowanych przez Zakład, poczem Państwowy Zakład Higieny wyda świadectwo, które będzie dawało prawo do uzyskania zezwolenia (koncesji) na samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich.

Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kurs: ukończone studia wyższe, I) lekarskie, II) farmaceutyczne, III) przyrodnicze, IV) chemiczne.

Kandydaci nieposiadający wyższych studiów mogą być przyjmowani jako wolni słuchacze, niemający prawa do świadectwa.

Opłaty za kurs wynosić będą: wpisowe zł. 100. —, następnie zł. 100. — miesięcznie, płatnych z góry 15-go każdego miesiąca.

Bardzo pożądanym jest własny mikroskop, gdyż Państwowy Zakład Higieny nie daje gwarancji, że każdemu słuchaczowi dostarczy oddzielny mikroskop.

WWPP. reflektujących na przyjęcie na kurs, prosimy uprzejmie o nadesłanie najpóźniej do dnia 7 grudnia 1929 r. pod adresem: Państwowy Zakład Higieny, Warszawa. Chocimska 24, Kierownik kursu Analiz Lekarskich, Doc. Dr. Sparrow, 1) podania, 2) curriculum vitae, 3) kopii dyplomu, 4) świadectwa z odbytej praktyki, względnie kursów, mających związek z analizami lekarskimi.

Około 15 grudnia 1929 r. Państwowy Zakład Higieny roześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty, czy nie.

Kandydaci przyjęci obowiązani będą wpłacić najpóźniej do dnia 7 stycznia 1930 r. pod wyżej wymienionym adresem wpisowe, w sumie zł. 100. —, zaś dnia 8 stycznia 1930 r., stać się na kurs i wnieść opłatę za pierwszy miesiąc. —

— W porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego organizuje kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych.

Program kursu będzie obejmował cztery działy:

1. Organizacja i wykonawstwo opieki higieniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną (9 godzin).
2. Patologia schorzeń wieku szkolnego (28 godzin).
3. Podstawy higieny społecznej w zastosowaniu do wieku szkolnego (24 godzin) oraz
4. Wytyczne kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznym młodzieży (10 godzin).

Wykłady obejmują wybitni specjaliści z każdego działu. Kurs trwać będzie od 8 do 22 grudnia r. b. ogółem 14 dni i odbywać się będzie w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie przy ulicy Chocimskiej 24. Wykłady i zajęcia trwać będą codziennie od 9 do 13 i od 15 do 18.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego urzędują od 25 listopada do 8 grudnia 1929 kurs wykładów poświęcony sprawie wydzielania wewnętrznego i konstytucji. Informacji co do tego kursu dokształcającego jak i co do innych, urządzanych przez Wydział, udziela dr. A. Kronfeld, Wiedeń IX Porzellangasse Nr. 22 i Kursbiuro der Wiener Mediz. Fakultät VIII Schlösselgasse 22.

TREŚĆ: Prof. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI. Znaczenie t. zw. stanu grasiczo-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej. (Dok.) — Leon ZAMENHOF. O fonetycznym leczeniu głuchoty (autoterapia głuchoty). — E. WEINKIPER. O fizjologii i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego. (str. zbior. dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Krytyka lekarska. St. kramsztyk. W sprawie popularyzacji higieny i medycyny.—Ś. P. Rafał Radziwiłłowicz. — K. PROEKL. Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie 1918–1929 r. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Prof. V. GRZYWO-DOMBROWSKI. La valeur d'état thymicolymphatique dans la medecine legale. — L. Zamenhof. La therapie phonétique, de la sourdité. — E. WEINKIPER. La physiologie et les methodes d'examen de l'appareil vestibulaire. (rev. gén.) — 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.

