

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, 12 GRUDNIA 1929 R.

Nr. 50

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddz. chorób wewnętrznych szpitala na Czystem

(Ordynator: G. Lewin)

O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruzołowych.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

(Dokończenie p. N. 49).

Aczkolwiek chora cierpiała ostatnio na ból w prawym boku, lecz bardziej zatrząsały ją, a szczególnie matkę objawy krwotoczności, stałe sińce, ogniska zanikowe na skórze i wiotkość jej skóry. „Tak, jak u staruszki“, biadała matka, oceniając w ten sposób wiotkość skóry swej córki.

Obraz chorobowy i w tym przyp., analogicznie do poprzedniego, był niezwykle złożony. Chora cierpiała na skazę krwotoczną, na jakąś rzadką postać choroby skórnej oraz na niewielkie, lecz dokuczliwe zmiany płucne. Czyli u jednej chorej mieliśmy jakgdyby trzy oddzielne schorzenia. Dermatolodzy wogóle uważali przypadek za okaz choroby skórnej niezwyklej i niewyjaśnionej, przypuszczalne rozpoznanie skórne traktując, jako prowizoryczne. Ciężka skaza krwotoczna natomiast stanowiła centrum zainteresowania internistów. Dziewczynkę zaś najbardziej obchodziły bóle w boku.

Tak długi czas krzepliwości krwi — ponad godzinę, po kilku zaś tygodniach odpowiedniego leczenia w szpitalu — 39', znamieny jest tylko dla hemofilji. Zapadają na nią jednak tylko mężczyźni, i stanowi ona chorobę dziedziczną. W nasz. przyp. (płeć, brak dziedziczności, normalna liczba płytek i t. p.) musieliśmy wobec tego rozpoznać stan hemofiliczny — „état hérophilique“ francuzów — „krwawiączkę objawową“ polskich autorów. Stan ten, nie posiadając cech dziedziczności, powstaje na tle różnorodnych spraw chorobowych, jak ostre i przewlekłe choroby zakaźne, cierpienia wątroby lub zaburzenia hormonalne, (Weil, M. Bloch i inni). Semerau-Siemianowski łączy ten stan wyłącznie z zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi, pozostałe cier-

pienia wywołują, według niego, raczej małopłytkowość. Przedłużenie czasu krzepliwości łączy się w tych przyp. ze zmniejszeniem ilości trombiny we krwi, wzgl. fibrynogenu. Naogół, jak z odnośnego piśmiennictwa można wnioskować, należy uznawać stan hemofiliczny za skutek zakłócenia równowagi hormonalnej, najczęściej niedomogi gruczołów płciowych. Pomimo braku miesiączkowania i innych cech wtórnych, wiek naszej chorej nie upoważniał do klinicznego wnioskowania o czynności jej gruczołów płciowych. Należało więc zwrócić uwagę na czynność innych gruczołów dokrewnych, wzgl. objawy kliniczne, dowodzące zaburzeń ich czynności.

Klinicznie uwagę przykuwały opisane zmiany atroficzne skóry. Odróżniamy zaniki skóry pierwotne i wtórne. Wtórne zaniki skóry występują w postaci małych odgraniczonych ognisk — w wyniku wysypki kiłowej, skutkiem czerwonego płaskiego liszaja i w specjalnej postaci twardziny skóry. T. zw. dystroficzna postać zaników skóry spotrzega się w chorobach: *Epidermolysis bullosa hereditaria*, *urticaria haemorrhagica*, *lupus erythematoses*. Dla stwierdzenia powyższych schorzeń nie mieliśmy żadnych danych. A więc należało w nasz. przyp. rozpoznać pierwotny, idjopatyczny zanik skóry. Przedstawia on b. rzadką chorobę wskutek urazów na tle zaburzeń hormonalnych. Według autorów, uznających powyższe tło schorzenia, zaznacza się w tych przyp. wpływ często powtarzającego się powolnego zapalenia naczyń chłonnych na tle lekkich urazów; pewną rolę odgrywa również wpływ zimna.

Przechodzimy do zaburzeń porostu włosów naszej chorej. Według Pulvermachera (1924 r. „Klin. Woch.“) i inn., trudno jest ściśle zanalizować stosunek gruczołów dokrewnych do uwłosienia ciała. Jednakowoż, jeżeli się rozchodzi o chronikę (czas porostu włosów), to możemy powiedzieć, że największy w tem udział bierze nadczynność gruczołów płciowych i nadnerczy i zmniejszona czynność szyszynki (trophica +, wczesny porost różniczkowanych włosów). Jeżeli zaś chodzi o trofiki włosów, to wchodzi w grę przedni płat przysadki mózgowej (nadczynność — zgrubienie włosów),

przytarczyczki, gruczoły płciowe oraz tarczycę, której nad- i zmniejszona czynność wywołują łamliwość włosów. W nasz. przyp. obok suchości i małobarwności włosów zaznacza się specjalnie wypadanie włosów. Zmniejszenie się liczby włosów obserwowano często w schorzeniach przysadki mózgowej: w charłactwie przysadkowym (szczególnie pod pachami, na wzgórku łonowym, na brwiach i rzęsach — aż do zaniku), w *dystrophia adiposogenitalis* (schorzenie części środkowej przysadki mózgowej), również i w schorzeniach przedniego płata przysadki mózgowej (poprzez środkową część gruczołu i ośrodki wegetatywne), w karłowatości przysadkowej (zmniejszona czynność przedniego płata), w której stwierdza się niekiedy brak włosów na brodzie, pod pachami i na łonie, co, zresztą, niektórzy łączą z jednoczesnym niedorozwojem gruczołów płciowych. Upośledzona czynność jąder powoduje niedorozwój płciowo-zróżniczkowanych włosów, ale obfite uwłosienie na głowie. Zmniejszenie się liczby włosów, wzgl. ich wypadanie powodują jeszcze: zmniejszona czynność miąższu nadnerczy (jak w chor. Addisona), dysfunkcja tarczycy (zarówno przy czynności +, jak i czynności —). w przyp. chor. Basedowa i w obrzęku śluzakowatym, czynność grasicy przetrwałej.

Z wyłożonego wynika, jak trudno jest na zasadzie obfite wypadających, suchych, łamliwych włosów u naszej chorej wnioskować, jakie gruczoły dokrewne są u niej zaatakowane. Drogą wyłączenia wymienionych wyżej schorzeń, przebiegających ze zmniejszeniem się liczby włosów, może być u naszej chorej tylko mowa o zaburzeniach czynności tarczycy, miąższu nadnerczy, ewent. o grasicy przetrwałej.

Zwrócimy się do dalszych objawów klinicznych, a może to pozwoli nam zróżniczkować schorzałe gruczoły dokrewne.

Zęby naszej chorej, nierówne, z wrębami, guzkami, słabo rozwinięte kły, dwurzędowe trzonowe, pozostałe mleczne, spróchniałe, wypadające, — mogą poczęści być objaśnione przebytą krzywicą. Krzywica pozostawiła jednak u naszej chorej mało śladów i niezbyt wybitnych. Wątpliwe więc jest, by te pozostałości wypukliły się specjalnie na zębach, tembardziej, że analogiczne braki w uzupełnieniu i spóźnione ząbkowanie wywołuje zmniejszona czynność tarczycy, która się w nasz. przyp. mogła przyczynić i do innych objawów chorobowych. Przypomnimy, że i krzywica może stać w związku ze zmniejszoną czynnością gruczołów ww., gdyż, jak stwierdził Vollmer, nadnercza, przysadka mózgowa, grasicca i jajniki zmniejszają wytwarzanie kwasoty w ustroju oraz zmniejszają wydalanie kwasów do tkanek, czyli działają antyrachitycznie. Rozciągliwość stawów u naszej chorej może być również rozpatrywana, jako objaw zmniejszonej czynności tarczycy, gdyż jest stałym objawem obrzęku śluzakowatego; tak też może być rozpatrywana dżastaza mięśni brzusznych z rupturą pępkową, operowaną u nasz. pacjentki we wczesnym dzieciństwie.

Brak nam jeszcze ścisłych, a nie złożonych metod badania, by z całą pewnością stwierdzić udział określonych gruczołów dokrewnych w nasz. przyp. Jedno, zdaje się, nie ulega wątpliwości: objawy chorobowe w omawianym przyp., jak to

krwotoczność, zmiany skóry, włosów, zębów i t. p. — uzależnione są od dysfunkcji hormonalnej. Prawdopodobnie dysfunkcja ta dotyczy w pierwszym rzędzie tarczycy, następnie nadnerczy; możliwe jest również upośledzenie jajników (krwawiączka). Moglibyśmy na tem poprzestać i rozpoznać nasz. przyp., jako „niedomogę wielogruczołową ww.“, która spowodowała dziwny a złożony zespół kliniczny. Musielibyśmy wtedy objawy gruźlicy u naszej chorej (zapalenie płuc(?) w dzieciństwie, częste stany kataralne, stan podgorączkowy ostatnie kilka tygodni, katar szczytu płucnego, zajęcie opłucny, mocny Pirquet i Ponnendorf) rozpatrywać, jako osobne schorzenie, które, choć stale dręczy chorą, lecz z tą dysfunkcją hormonalną nie ma nic wspólnego. Czy możemy tak uczynić? Ujęcie sprawy w ten sposób byłoby niezadowolające przedewszystkiem dlatego, że gruźlica w nasz. przyp. niewątpliwie poprzedziła schorzenie ww., a po drugie, wobec znanego wzajemnego wpływu gruźlicy i gruczołów dokrewnych.

Zastanówmy się teraz, do jakich postaci „niedomogi wielogrucz. ww.“ moglibyśmy zaliczyć obydwie nasze przypadki. Jeżeli weźmiemy pod uwagę klasyfikację Borchardta, to nie znajdziemy dla naszych przyp. tam miejsca. Z typowymi przyp. „niedomogi wielogruczołowej ww.“ Claudea i Gougerota przyp. nasze też mają mało wspólnego. Jeden nasz przyp. od drugiego też tak się różni, że na pierwszy rzut oka niepodobna ich zaliczyć do jednej grupy schorzeń. Wspólnymi cechami tych przyp. jest tylko wielobarwność kliniczna i gruźlica. Gruźlicę i inne infekcje zarówno przewlekłe (kiła, zimnica), jakoteż i ostre (grypa, dur i t. p.) nieraz stwierdzano w przyp. t. zw. „niedomogi wielogr. ww.“ W przyp. Claudea i Gougerota, Falty, Petschachera i Hönlintera („Med. Kln.“ 1922) i w wielu innych stwierdzono gruźlicę. Petschacher i Hönlinger, Poncet i Leriche w doświadczałnej gruźlicy stwierdzali okrągłokomórkowe nacieki i stwardnienie łącznotkankowe w gruczołach dokrewnych. Typograf w swoim przyp. „niedomogi wielogrucz. ww.“ stwierdza udział gruźlicy i kiły. Pomimo tego autorzy są skłonni widzieć przyczynę schorzenia w konstytucji ustroju, w intoksykacjach przewlekłych, brakach odżywiania i t. p., omijając starannie infekcję, jako przyczynę schorzenia, aczkolwiek infekcja prawie w każdym przyp. wyraźnie manifestuje swą obecność. Teoria etiologii schorzenia — brak lipidów — jest też próbą odwrócenia uwagi od infekcji, jako etiologii „niedomogi wielogrucz. ww.“ Cóż autorzy stwierdzić jednak muszą, że infekcje, jak gruźlica, kiła i inne, wiążą lipidy, a wtedy przecież występuje brak lipidów (niekoniecznie wrodzony), który może wywołać niedomogę, wzgl. dysfunkcję gruczołów dokrewnych. Czas, już zdaje się, stwierdzić, że infekcje są najczęstszą przyczyną schorzeń wielogruczołowych ww. Z pośród infekcyj większe znaczenie pod tym względem mają przewlekłe, gdyż tylko w b. rzadkich przyp. daje się zaznaczyć związek pomiędzy ostrą infekcją a omawianym schorzeniem. Infekcje te wywołują schorzenie za pomocą albo zmian toksycznych, albo też i specyficznych anatomicznych. Należy przypuszczać na

zasadzie dotychczasowych badań, że specyf. zmiany anatomiczne w gruczołach dokrewnych występują rzadziej, aniżeli toksyczne. Jeżeli mowa o schorzeniach wielogruczółowych ww., to specyficzne zmiany anatomiczne, jako atakujące przeważnie tylko jeden gruczoł ww., są tylko wyjątkową przyczyną tego schorzenia. Nawet stwierdzenie wielogruczółowe może być uważane za wynik intoksykacji, przeważnie infekcyjnej. W naszych warunkach z pośród infekcyj, wywołujących schorzenie wielogruczółowe ww., dominujące miejsce zajmuje gruźlica.

Łączność pomiędzy gruźlicą płuc a gruczołami dokrewnymi była niejednokrotnie podnoszona przez wielu autorów (p. Kw. Kl. Szp. Starozak. tom. IV, zeszyt III, artykuł I. Lichtenberga.). Znamy przecież t. zw. tyreotuberkulozę (Białokur, Janowski, Giraud, Costa, Reinhard, Moria i t. d.), chorobę Addisona, jako gruźlicę nadnerczy, objawy niedomogi nadnerczy z zaburzeniami zabarwienia skóry i śluzówek w wielu przyp. gruźlicy (Bernard, Sterling i inni), wpływ gruźlicy na gruczoły płciowe (wzmoczone *libido*, zaburzenia miesiączkowania i t. d. i t. d.). Nie chcemy tu zastanawiać się nad objawami schorzenia poszczególnych gruczołów dokrewnych, wywołanymi przez gruźlicę. Ale tak samo, jak objawy schorzenia jednego z gruczołów ww. mogą występować w gruźlicy objawy schorzenia ww. wielogruczółowego. Ten kompleks objawów może dać i daje niekiedy obraz schorzenia wielogruczółowego ww., w którym nieraz trudno już jest doszukać się gruźlicy pierwotnej. Do takich przyp. prawdopodobnie należy II-gi nasz przyp. w którym gruźlica, niewiele się objawiając w płucach, wywołała większe, przypuszczalnie toksyczne zmiany w gruczołach dokrewnych i spowodowała tak dziwaczny zespół kliniczny. Nie negując pewnego znaczenia przewlekłych intoksykacji (alkoholizm, morfinizm, nikotynizm, zatrucie rtęcią i t. p.), niedostatecznego odżywiania, wstrząsów hormonalnych i wrodzonej słabości gruczołów dokrewnych oraz w niektórych przyp. ostrych infekcyj, uważamy za najczęstszą przyczynę schorzenia wewnątrzwydzielniczego wielogruczółowego infekcje przewlekłe, w naszych warunkach przeważnie gruźlicę, wywołującą w gruczołach dokrewnych najczęściej zmiany toksyczne. W tych przyp. gdy gruźlica anatomiczna któregoś z gruczołów dokrewnych wtórnie wywoła zaburzenia ze strony innych gruczołów ww., zasadniczo mamy do czynienia ze schorzeniem jednogruczółowym, lub wielogruczółowym wtórnym. Takimże schorzeniem jednogruczółowym ww., wtórnie wielogruczółowym pozostaną i te przyp., w których guz lub inne sprawy destrukcyjne jednego jakiegos gruczołu ww., (przysadka mózgowa lub inny) wywołają wtórne zmiany w innych gruczołach ww.. Wobec tego należałoby, odrzucając przedewszystkiem termin „niedomoga wielogruczółowa ww.“, a zastępując go przez „schorzenie wielogruczółowe ww.“, rozróżniać:

A. Pierwotne schorzenia wielogruczółowe wewnątrzwydzielnicze:

a) wywołane przez przewlekłe schorzenia infekcyjne (najczęściej przez gruźlicę, następnie kiłę i malarję oraz wyjątkowo

inne; najczęstszy typ schorzenia; zmiany w gruczołach dokrewnych toksyczne, wyjątkowo specyf. anatomiczne);

b) wywołane przez ostrą infekcję;
c) „ „ „ intoksykacje i braki odżywiania.

d) dysfunkcje gruczoł. dokr. na tle wstrząsów ww., (okresu dojrzewania, ciąży, przekwitania i t. p.)

Tło pierwotnego schorzenia: *locus minoris resistantiae* — wrodzona małowartościowość gruczołów ww.

B. Schorzenia wielogruczółowe ww. wtórne:

a) wywołane przez przewlekłą infekcję (gruźlica, kiła, malarja i inne). Zmiany przeważnie anatomiczne w jednym z gruczołów dokrewnych, — np., gruźlica tarczycy, nadnerczy i t. p. Zmiany w innych gruczołach ww. przeważnie toksyczne wzgl. korrelacyjne.

b) wywołane przez ostrą infekcję (wyraźne zmiany histologiczne w jednym gruczole ww., — wtórne toksyczne, wzgl. korrelacyjne w innych gruczołach ww. Przyp. bardzo rzadkie).

c) wywołane przez nowotwory lub inne sprawy destrukcyjne w jednym z gruczołów dokrewn. lub w mózgowiu, — w okolicy ośrodków wegetatywnych (zmiany w innych gruczołach ww. wtórne — korrelacyjne, toksyczne, wzgl. przerzuty nowotworów)

Klasyfikacja ta, proponowana przez nas, obejmowałaby, zdaje się, wszystkie przypadki schorzeń wielogruczółowych ww. Prawda, że nie uwzględniamy ona obrazów klinicznych, lecz widzieliśmy, jak złożone i różnorodne mogą być one i jak nie zależą ani od przyczyny, ani też od pierwotnego punktu wyjścia schorzenia. Postać kliniczna „niedomoga wewnątrzwydzielnicza wielogruczółowa“ w ujęciu Claudea i Gougerta odpowiadałaby najczęściej w naszej klasyfikacji pierwotnemu infekcyjno-toksycznemu schorzeniu wielogruczółowemu ww. — *dysfunctio endocrinica polyglandularis infectiosa toxica*. Znacznie rzadziej zmiany w gruczołach ww. byłyby nietoksyczne, lecz spec. anatomiczne (*toxica* należałoby opuścić). Albo też przyczyną schorzenia byłyby inne intoksykacje, co w nazwie schorzenia zaznaczyłoby się opuszczeniem wyrazu „*infectiosa*“. Inne postaci kliniczne schorzeń wielogruczółowych ww., opisywane przez autorów jako podgrupy postaci Claudea i Gougerta i jeszcze nie opisane, również mogłyby znaleźć w powyższej klasyfikacji swoje miejsce. Wobec zwykłej jednak różnorodności poszczególnych przyp. tych schorzeń nie jesteśmy pewni, czy specjalne wyodrębnianie ich w postaci oddzielnych jednostek klinicznych jest konieczne. Natomiast proponowana klasyfikacja odznacza się następnymi cechami znamienymi:

1) usuwa z określenia schorzenia pojęcie „niedomoga“, zastępując je przez „schorzenie“, jako bardziej ogólne i obejmujące również te przyp., w których niedomoga gruczołów dokrewnych idzie w parze z nadczynnością innych gruczołów ww.;

2) czynnik etiologiczny schorzenia — konstytucję ustroju, jako pojęcie dotychczas

nie sprecyzowane, zamienia przez bardzo ścisłą, mało wartościową wrodzoną gruczołów dokrewnych;

3) kładzie kres sporom autorów o pierwotności zachorzenia jednego lub kilku gruczołów dokrewnych w postaci Claudea i Gougerota, rozróżniając schorzenia wewnątrzwydzielnicze wielogruczowe pierwotne i wtórne;

4) jako najczęstszą i najbardziej ważną przyczynę schorzenia wysuwa się infekcję, przede wszystkim gruźlicę;

5) jako przyczyny rzadsze omaw. schorzenia uznaje intoksykację, braki odżywiania ustroju oraz nowotwory i sprawy destrukcyjne w poszczególnych gruczołach dokrewnych i w mózgowiu;

6) w związku z p. III zalicza postaci chorobowe o punkcie wyjścia zachorzenia lub wyraźnych klinicznych zmianach w jednym gruczole dokrewnym do schorzeń wielogruczowych (np. chor. Basedowa i t. p.).

Z tych cech znamienych naszej klasyfikacji uważamy za najważniejszą — wyłożoną w p. 4. Sądzymy, że przy starannych poszukiwaniach w większości przyp. schorzeń wewnątrzwydzielniczych wielogruczowych wykryjemy czynnik etiologiczny infekcyjny. Wykrycie tego czynnika skieruje terapię na tory zwalczania odpowiedniej infekcji. Terapija hormonalna będzie wtedy odgrywała rolę leczenia tylko pomocniczego, symptomatycznego. Leczenie schorzeń wielogrucz. ww. będzie się w zasadzie sprowadzało do leczenia zimnicy, kiły i t. d., a przede wszystkim gruźlicy. Z postępowaniem w dziele leczenia gruźlicy da się może nie jeden przyp. posuniętego schorzenia wielogrucz. ww. wyleczyć, czego w dotychczasowym leczeniu tego schorzenia zwykle się nie osiąga, a całkowicie zadawała nas uzyskanie czasowej względnej poprawy. Rozumie się, w tych przyp. gdzie przyczyną schorzenia nie jest infekcja (np. guz i t. p.), terapia również obierze odpowiedni sposób postępowania.

Wysunięcie na pierwszy plan czynnika infekcyjnego dopomoże nam w rozpoznaniu przyp., klinicznie złożonych, gdzie, obok wyraźnej dysfunkcji gruczołów dokrewnych, widzimy jakgdyby jeszcze jedno lub kilka oddzielnych schorzeń innych narządów lub układów ustrojowych: ogólnej przyczyny wszystkich tych zmian chorobowych doszukiwać się będziemy w infekcji (jak w przytoczonych dwóch przyp.). Poza tym przy powyższym punkcie widzenia nie zdziwi nas, gdy w przebiegu schorzeń wewnątrzwydzielniczych zacznie występować gruźlica (wzgl. kiła i t. p.) płuc lub innego narządu. Rozumie się, że dalsze spostrzeżenia i badania w dziedzinie schorzeń gruczołów dokrewnych, które, rzecz można, znajdują się dopiero w okresie ząbkowania, doprowadzą do bardziej racjonalnych i szczegółowych klasyfikacji tych schorzeń. Nasza próba klasyfikacji ma na celu odsunąć myśl kliniczną od chaotycznych i nie opartych na jednolitych podstawach klasyfikacji dotychczasowych.

Wysunięcie na pierwszy plan czynnika infekcyjnego dopomoże nam w rozpoznaniu przyp., klinicznie złożonych, gdzie, obok wyraźnej dysfunkcji gruczołów dokrewnych, widzimy jakgdyby jeszcze jedno lub kilka oddzielnych schorzeń innych narządów lub układów ustrojowych: ogólnej przyczyny wszystkich tych zmian chorobowych doszukiwać się będziemy w infekcji (jak w przytoczonych dwóch przyp.). Poza tym przy powyższym punkcie widzenia nie zdziwi nas, gdy w przebiegu schorzeń wewnątrzwydzielniczych zacznie występować gruźlica (wzgl. kiła i t. p.) płuc lub innego narządu. Rozumie się, że dalsze spostrzeżenia i badania w dziedzinie schorzeń gruczołów dokrewnych, które, rzecz można, znajdują się dopiero w okresie ząbkowania, doprowadzą do bardziej racjonalnych i szczegółowych klasyfikacji tych schorzeń. Nasza próba klasyfikacji ma na celu odsunąć myśl kliniczną od chaotycznych i nie opartych na jednolitych podstawach klasyfikacji dotychczasowych.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z I-go Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego.
(Kierownik: A. Landau).

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD BRADYKARDJĄ.

Doniesienie III.

Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany zespołem Hornera.

Podali

A. LANDAU, M. FEJGIN i B. JOCHWEDS (Warszawa).

(Dokończenie p. N. 49.)

II.

Zdjęcie krzywej tętna i żyły szyjnej.

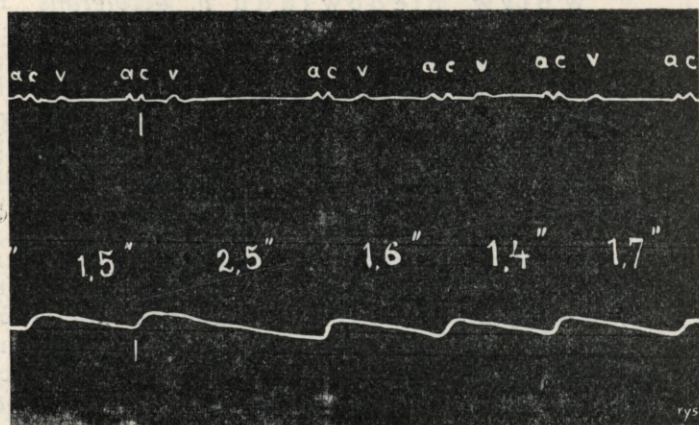
Tętno promieniowe: 36–48 na 1 sek.; wysokość fal 3 mm., stale jednakowa, natomiast odległość pomiędzy poszczególnymi falami waha się od 1,3–1,7 sek.; poza tym co kilka uderzeń — po 3–6 falach o odstępach mniej więcej stałych następuje przerwa w tętnie, trwająca 2,3–2,5 sek. Fala, poprzedzająca przerwę (zarówno jak odpowiednie uderzenie serca), przychodzi we właściwym czasie, a nie wcześniej, co już bez odczytywania krzywej żyłnej świadczy o tem, że nie mamy tu do czynienia ze skurczem dodatkowym czyli ekstrasystolicznym. Wydłużona przerwa prawdopodobnie nie jest w żadnym stałym stosunku arytmicznym do paury poprzedzającej lub następu-

jącej (np. 1,5 sek. — 2,5 sek. — 1,6 sek.), naogół jednak jest mniejsza od dwukrotnego odstępu zwykłego. Rzadko tylko stosunek ten ustala się i wynosi kilka razy rzędu ściśle 2:1, a więc: 1,1 sek. — 2,2 sek. — 1,1 sek. Wysłuchiwanie serca podczas tej długiej przerwy na krzywej tętna nie wykazuje żadnych absolutnie dźwięków, na szyi nie widać w tym czasie żadnego falowania — ani tętniczego, ani żylnego, zaś dźwięgna, połączona z żyłą szyjną, kreśli linię zupełnie poziomą. Fala tętnicza, następująca po przerwie, kształtem swym nie różni się niczem od innych fal.

Ramię wstępujące fal głównych wznosi się niezbyt stromo; plateau — szerokie, ramię zstępujące opada b. powoli, fala dykrotyczna słabo zaznaczona, umiejscowiona wysoko.

Żyła szyjna: czas przewodnictwa przesionkowo-komorowego (a—c) = 0,1 sek.; czas trwania skurczu komory (c—v) = 0,45 sek. — 0,55 sek.; fal dodatkowych nie stwierdza się. Kształt i przebieg poszczególnych fal — jednakowy, okres całkowitego spoczynku serca (v—a) = 0,7 sek. — 1,8 sek.; podczas długich pauz — żadnych fal dodatkowych na krzywej żyłnej nie stwierdza się.

Wnioski: krzywa poligraficzna wykazuje 1) nieznaczne wahania w odległości poszczególnych fal pomiędzy sobą (1,3 sek. — 1,7 sek.), zależne od zmiennego okresu (v—a); 2) nieregularnie występujące wypadnięcia całych kompleksów żylnych (a, c, v). Zmienność fazy diastolicznej przy



I. Krzywa tętna i żyły szyjnej.

jednakowym kształcie fal i dobrym przewodnictwem przedsionkowo-komorowem (a—c) zależy może jedynie od czynności węzła zatokowego, albowiem już w warunkach normalnych ta ostatnia nie jest ściśle, matematycznie jednolita. Wyraźniejsze zaznaczenie tej nierównomierności przy rzadkiem tętnie świadczy raczej o jej pochodzeniu zatokowym i czynnościowym (neurogenicznym), a natomiast przemawia przeciwko jej powstawaniu mięśniowemu i organicznemu (Wenckebach, Mattes i inn.). Wypadanie całych kompleksów żylnych również uważać należy za dowód zahamowania samego procesu tworzenia się podniet w węźle zatokowym, gdyż brak dodatkowych fal „a” czyli skurczu przedsionka oznacza, że wydłużona przerwa, ewent. wypadnięcie mają swe źródło powyżej przedsionka.

Możnaby tutaj myśleć o bloku zatokowo-predsionkowym, jednak brak stałego i ścisłego związku arytmicznego pomiędzy wydłużeniami przerwami a zwykłymi odstępami między falami tętna, przemawia przeciwko temu przypuszczeniu. Przypomnieć musimy, iż w przypadku skurczów przedwcześnie pochodzenia węzłowego („escaped beats”) wraz z blokiem zatokowo-predsionkowym¹⁾ czas trwania poszczególnych ewolucyj serca był zawsze jednakowy (wynosił stale 2,8 sek.).

Wpływ prób farmakologicznych i czynnościowych na krzywą tętna i żyły:

Po zastrzyknięciu dożylnym 1 mgr. atropiny tętno — po 2 min. przyspieszyło się z 39 na 1 min. do 51, przyczem czas przewodnictwa przeds.-ko-

mor. (a—c) oraz czas trwania skurczu komory (c—v) nie uległy zmianie; okres całkowitego spoczynku serca (v—a) uległ natomiast nieznaczniemu skróceniu (z 0,9 sek. na 0,6 sek. — przeciętnie); odstępy dłuższe występują co kilkanaście fal i trwają ok. 2,5 sek.

Po wstrzyknięciu 1,5 mgr. atropiny — już po 1½ minuty tętno przyspieszyło się dwukrotnie, t. j. z 38 na 75 na 1 min., głównie dzięki zniknięciu długich wypadnięć, zaś nieznacznie z powodu skrócenia fazy rozkurczowej. Po 80 minutach wypadnięcia wracają, tętno wynosi 48 uderzeń na 1 minutę.

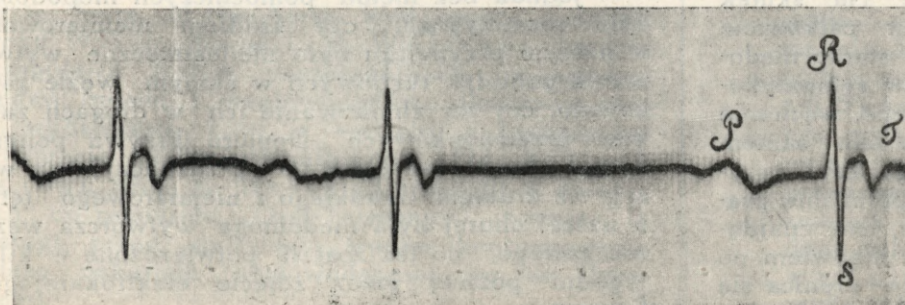
Po wysiłku (próba ruchu dowolnego — chora weszła na 1-e piętro) tętno przyspieszyło się z 36 do 60 na 1 minutę na przeciąg 4 minut; przerwy w tętnie znikły; to samo stwierdza się przy płaczu i wzruszeniu.

Najwybitniejsze zmiany w przebiegu krzywej występowały stale przy wachaniu *Amyli nitrosi*. Już w 10 sekund po przytknięciu chustki z tym lekiem do nosa występowało zaczerwienienie całej twarzy, zarówno lewej jak i prawej połowy, rozszerzenie prawej (stale zwężonej) źrenicy, uczucie gwałtownego bicia serca oraz przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na 1 minutę na przeciąg ok. 10 minut. Ramię wstępujące fali tętniczej wznosiło się stromo ku górze — na 6—7 mm., plateau skracało się o 1/3, a nawet 1/2; ramię zstępujące opadało szybciej, a fala dykrotyczna przesuwiała się ku dołowi i występowała prawie u podstawy fali głównej, co zawsze jest dowodem opadającego napięcia tętniczego. Przerwy w tętnie zginęły; również na krzywej żyłnej odległość v—a, t. j. czas rozkurczu skrócił się do 0,1 sek., wówczas gdy czas trwania skurczu komory wynosił stale 0,45 sekundy.

Poza przyspieszeniem tętna i zniknięciem wypadnięć rzuca się w oczy jeszcze jedno nader charakterystyczne zjawisko, a mianowicie czas trwania poszczególnych ewolucyj serca stał się jednaki, znikły różnice w odległości poszczególnych fal. To „umiarowienie tętna” pod wpływem *amyli nitrosi*, a więc środka wybitnie sympatykotonicznego i dodatnio chronotropowego jest jednym dowodem więcej, że nierówność pauz powstaje na skutek przewagi nerwu błędnego w obrębie węzła zatokowego.

Elektrokardjogram, zdjęty łaskawie przez p. Dr. Rachon na oddz. wewn. Szpitala Ś-go Łazarza (Kierownik: Doc. Dr. Semerau-Siemianowski), potwierdził w zupełności nasze spostrzeżenia i wnioski, oparte na krzywej poligraficznej, a mianowicie:

„P. w. I dość płaskie, szerokie, miejscami nieco zazębione, w II i III średnio wysklepione, miejscami nieco niższe. R w I dodatnie, szerokie, dość niskie, ze zgrubieniem u wierzchołka i na ramieniu zstępującym, w II średnie, dodatnio-ujemne, w III ujemne z małym załamkiem na ramieniu zstępującym, średniej wysokości.

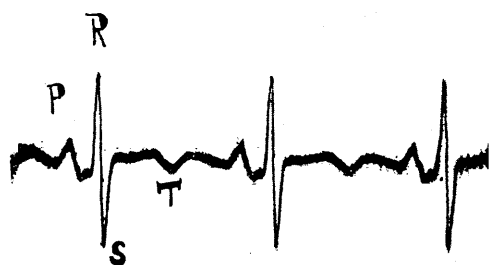


II. Krzywa elektrokardjograficzna.

¹⁾ Patrz: „Przypadek skurczów nadliczbowych pochodzenia węzłowego, wraz z blokiem zatokowo-predsionkowym.” — Fejgin i Jochweds. Polska Gazeta Lekarska. Nr. 5, r. 1929.

T. w. I miernie wysklepione, dodatnie, w II dodatnio-ujemne, dość płaskie, w III ujemne. Poszczególne okresy pomiędzy skurczami komorowymi wynoszą od 0,12 sek. do 0,21 sek. $PR = 0,075$ sek.; $QS = 0,1$ sek., $RT = 0,5$ sek.

Po podaniu do węża *amylum nitrosum* akcja serca przyspieszyła się i zupełnie umiarowała. Poszczególne okresy skurczów komorowych wynosiły 0,8 sek.



III. Po wdychaniu *Amyli nitrosi*.

Niemiarowość typu zatokowego. Nieznaczne wydłużenie przewodnictwa, t. j. okresu przedsionkowo-komorowego. Upośledzenie mięśnia sercowego średniego stopnia.

Mechanizm powstawania niemiarowego zwolnienia tętna w naszym przypadku należy połączyć z zespołem Hornera prawostronnym. Mianowicie:

Zgodnie z tem, cośmy pisali powyżej o homolateralnem unerwieniu serca, niedowład prawego *n. accelerans* spowodować musiał w naszym przypadku względną przewagę prawego *n. błędnego* w obrębie węzła zatokowego, czego następstwem jest zahamowane, ew. zwolnione wytwarzanie podniet kurczowych serca. Zahamowanie to jest u naszej chorej b. znaczne, gdyż liczba tętna, nie licząc wypadnięć, spada do 45—50 na 1 min.; jest jednak nieco niejednolite, jak to zwykle bywa w zwolnieniu tętna pochodzenia wagotonicznego.

Pozatem w niektórych momentach, szczeg. w spoczynku, napięcie *n. błędnego* wzrasta się jeszcze bardziej, tak, że co kilka uderzeń serca (2 — 3 — 6, niekiedy co kilkanaście) wypada cała ewolucja sercowa, oczywiście skutkiem niewytwarzania się odnośnej podniety kurczowej, a w każdym razie podnietą ta nie wychodzi poza obręb węzła zatokowego; następna podnietą powstaje w czasie mniej więcej prawidłowym. Na skutek tego, że prawy *n. accelerans* nie jest całkowicie porażony, lecz znajduje się tylko w stanie niedowładu, udaje się za pomocą bodźców sympatykotonicznych (ruch, wzruszenie psychiczne, wężanie *amylu nitrosi*) wzmoczyć jego napięcie, a tem samem zmniejszyć przewagę nerwu błędnego, czyli przyspieszyć tętno; podobnie gałązki współczulne prawego oka nie są całkowicie porażone, lecz znajdują się tylko w stanie niedowładu, albowiem po wkropleniu kokainy do prawego oka — źrenica się rozszerza. Wstrzyknięcie dożylnie 1,5 mgr. atropiny powoduje dwukrotny wzrost liczby tętna; wynika stąd, iż zmniejszając napięcie *n. błędnego*, potrafimy zadziałać pobudzająco na *n. przyspieszający*.

Wpływ niedowładu *n. accelerans* na poszczególne funkcje mięśnia sercowego. Ze wszystkich funkcji mięśnia sercowego najwybitniej upośledzona jest w danym przypadku czynność wytwarzania podniet w węźle zatokowym (wpływ chronotropowy ujemny), co jest zrozumiałe, bowiem niedowład dotyczy prawego *n. przyspieszającego*. Z innych czynności — przewodnictwo (dromotropizm) nie jest wyraźnie wydłużone, co się zaś tyczy zaburzeń w kurczliwości (inotropizm) i napięciu (tonotropizm) mięśnia sercowego, to tutaj nie mamy żadnych dokładnych mierników. Wprawdzie chora nasza wykazała upośledzenie czynności serca dość znacznego stopnia, ale czy zależne ono było wyłącznie od uszkodzenia prawego nerwu współczulnego? Wprawdzie ze spostrzeżeń Danielopolu, Rothbergera i Wintemberga wynika, że przecięcie *nn. accelerantes* (rzadziej jednego, częściej obydwuch) u chorych z dusznicą bolesną powoduje nieraz znaczne osłabienie mięśnia sercowego i nawet obrzęk płuc, — z drugiej jednak strony brak spłaszczenia fal „P” i „T” w elektrokardjogramie, prawidłowy kształt wszystkich jego załamków oraz fakt, że mieliśmy tu do czynienia tylko z niedowładem, a nie porażeniem, i to jednego tylko nerwu przyspieszającego — wszystkie te dane łącznie przemawiają za tem, że objawy upośledzonej sprawności serca u naszej chorej zależały raczej, a przynajmniej w znacznej mierze od zmian organicznych w samym mięśniu sercowym. Do tego dodać należy, że wpływ inotropowy na lewą komorę wywiera przedewszystkiem lewy a nie prawy *n. accelerans*.

Czy bez pomocy instrumentów, bez krzywej poligraficznej i elektrokardjogramu można było u naszej chorej rozpoznać rodzaj niemiarowości? Otóż w naszym przypadku cały szereg szczegółów już przy łóżku chorej naprowadzał na istotny stan rzeczy. Okoliczność, iż fale na tętnicy promieniowej i tony serca były ze sobą całkiem zgodne, jak również stale jednakowe własności akustyczne poszczególnych uderzeń serca przemawiały przeciwko obecności skurczów nadliczbowych, ewent. „wtrąconych” w okresach wydłużonych pauz. Nie były to zatem pauzy wyrównawcze, natomiast można było myśleć bądź o bloku przedsionkowo-komorowym, bądź też o zahamowaniu podniety kurczowej powyżej przedsionka. — Blok przedsionkowo-komorowy dawał się wyłączyć już gołem okiem na skutek nieobecności drgań żylnych na szyi podczas wydłużonych pauz.

Jednak bez metod pomocniczych niepodobna było rozstrzygnąć, czy źródłem niemiarowości w naszym przypadku było niedostateczne wytwarzanie pobudek ruchowych w samym węźle zatokowym, czy też zablokowanie ich w drogach zatokowo-predsionkowych. Dopiero krzywa poligraficzna zdecydowała, jak to już zaznaczyliśmy wyżej, iż źródłem rzadkiego i niemiarowego tętna u naszej chorej była niedomoga wytwórcza węzła zatokowego, co też zostało potwierdzone w kilka tygodni później przez zdjęcie elektrokardjograficzne.

Zaznaczyć należy, że próba ruchowa nie mogła wnieść światła do kwestji powyższej, gdyż zniknięcie przerw nastąpić może po wysiłku za-

równy w przypadku bloku przeds.-komorowego (oczywiście tylko częściowego, a nie całkowitego), jak i w bradykardji zatokowej.

Wnioski:

1) Krzywe powyższe zasługują na uwagę przedewszystkiem dlatego, że pozwalają odcyfrować do pewnego stopnia unerwienie serca, a następnie — ze względu na b. znaczny stopień bradykardji niemiarowej (do 36 na 1 min.) pochodzenia zatokowego, wówczas gdy zwolnienie tętna do 40 uderzeń na 1 min. uważane jest zazwyczaj za najniższą granicę dla spraw zatokowych.

2) Poza zaburzeniami w rytmie i częstości akcji serca, spowodowanymi przez niedowład prawostronnych współczulnych gałęzi, unerwiających serce oraz poza prawostronnym zespołem ocznym Hornera, mieliśmy u naszej chorej do czynienia z upośledzeniem czynności serca, zależnem nie tylko od zaburzeń powyższych, lecz również i od zmian organicznych w samym mięśniu sercowym, pochodzenia prawdopodobnie zarówno reumatycznego, jak i miażdżycowego.

Kilka uwag w sprawie artykułu Dra H. Adelfanga „O nowej metodzie cholecystografji doustnej”.

Podał

B. KRYŃSKI (Warszawa).

W № 47 Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego ukazał się artykuł D-ra H. Adelfanga „O nowej metodzie cholecystografji doustnej”. Do artykułu tego zakradł się, niestety, szereg niedokładności, na które chciałbym zwrócić uwagę autora.

Dr Adelfang twierdzi, że przysługuje mu zasługa zwrócenia po raz pierwszy uwagi przy cholecystografji na warunki fizjologiczne wydzielania żółci z wątroby i pęcherzyka.

Literatura światowa przepełniona jest pracami w tym kierunku. Wskażę li tylko kilka z nich.

1. Glover, Kadama i Graham. Journ. of. exp. med. T. 44 rok 1926.
2. Benasi (Cholecyst. i funkcja pęcherzyka żółciowego) Rad. ol. med. T. 13.

Dr Adelfang podaje nową metodę doustnego wypełnienia pęcherzyka, polegającą jedynie na tej modyfikacji metody Sandstroena, iż miast tłuszczu podaje węglowodany.

W obszernej pracy doświadczalnej, ogłoszonej w Journ. of the Amer. med. assoc. Tom 86 z roku 1926-go omawia L. R. Whitaker bardzo szczegółowo wpływ poszczególnych pokarmów, między innymi i węglowodanów, tłuszczów etc. na wydzielanie żółci z wątroby i pęcherzyka w obrazie cholecystograficznym. Od półtora zaś roku firma E. Merck, Darmstadt w załączniku do preparatu „Oral-Tetragnost” podaje, iż chorego przed spożyciem środka kontrastowego, należy nakarmić węglowodanami (a nie tłuszczem).

Stosowanie więc węglowodanów przed cholecystografją, jak z powyższego wynika, jest metodą dawno już znaną.

Co się tyczy samych wyników, to obserwacja kilku tysięcy przypadków nauczyła nas, jak zwodne być może przy podaniu doustnem niewypełnienie się pęcherzyka. Znamy cały szereg przypadków, w których powtórna cholecystografja, dokonana tym samym sposobem w 2 tygodnie po pierwszym ujemnym wyniku, dała wynik wybitnie dodatni. Przypadkowo miałem możność przerobienia cholecystografji u 2-ch chorych D-ra Adelfanga, badanych „nową” metodą z wynikiem ujemnym.

Zwykły Sanstroen dał u nich pierwszorzędné obrazy pęcherzykowe.

Mamy cały szereg chorych, badanych bez wszelkiego przygotowania z nader dodatnim wynikiem.

Mamy wrażenie, iż w otrzymaniu obrazów pęcherzyka, najważniejszą rolę odgrywa zdolność koncentracyjna jego ścianki.

Odpowiedź D-rowi B. Kryńskiemu.

Podał

H. ADEL FANG (Warszawa).

Nie chcąc wdawać się na tem miejscu w szczegółowe rozważanie uwag powyższych D-ra B. Kryńskiego na temat mego artykułu, pozwolę sobie stwierdzić kilka faktów, mogących być wynikiem albo nieścisłego albo nieświadomego zrozumienia mojej pracy.

- 1) Tytuł mej pracy brzmi; „O nowej modyfikacji” — nie zaś o nowej metodzie (dziwne musi się wydawać takie niedopatrznie, powodujące główny zarzut).
- 2) „Literatura światowa przepełniona jest pracami”, ale właśnie nie „w tym kierunku”. Wszystkie prace, cytowane przez Szanownego recenzenta, traktują o sprawności czynnościowej pęcherzyka, o wydzielaniu zabarwionej żółci z już otrzymanego na rentgenogramie pęcherzyka, nie zaś o przygotowaniu chorego do cholecystografji. Takich prac z ostatnich kilku miesięcy, ściśle omawiających wydzielanie zabarwionej żółci z pęcherzyka przy różnego rodzaju pokarmach, mógłbym D-rowi Kryńskiemu zacytować o wiele więcej, choćby Bronera i Shoendube z tomu 39 F. a. d. G. d. R. 1929 r.
- 3) Twierdzenie D-ra Kryńskiego, że moja praca „polega jedynie na tej modyfikacji metody Sandstroena, iż miast tłuszczu podaje węglowodany”, jest niezrozumieniem ani Sandstroena, ani mnie. Sandstroen podaje tłuszcz jedynie celem opróżnienia pęcherzyka żółciowego przed przyjęciem kontrastu, czyli używa go zamiast hipofizyny. Ja zaś podaję węglowodany celem pobudzenia czynności wydzielniczej wątroby, w pęcherzyku zaś staram się jaknajbardziej żółć skoncentrować. Zajmuję więc stanowisko wręcz przeciwne Sandstroenowi. Wszystko to w swej pracy jasno wyluszczyłem

- 4) Nietylko cytowany przez D-ra Kryńskiego Whitaker, ale cały szereg przytoczonych przeze mnie autorów, a między nimi kolega Cytromberg, na którego obszernej pracy głównie się opierałem, zajmował się wpływem rodzaju pożywienia na ilość i jakość wydzielanej z wątroby i pęcherzyka żółci. Ale nie przy cholecystografii. Są to prace z dziedziny chemii fizjologicznej i o tych pracach w swym artykule wspominałem.
- 5) Twierdzenie D-ra Kryńskiego, „że w załączniku do preparatu Oraltetragnost Mercka chorego przed przyjęciem preparatu należy nakarmić węglowodanami, nie odpowiada rzeczywistości. Mam przed sobą ten załącznik i czytam: „bei Darmtraegheit tagsueber leichte — nicht blaehende Kost“, a następnie przed kontrastem „Brot mit Butter oder reichlich in Fett gebackene Eier“.

Gdzie tu jest czysto węglowodanowy pokarm bez tłuszczów?!

- 6) Dr. Kryński twierdzi, że w dwóch przypadkach, które u mnie dały wynik ujemny, otrzymał cienie pęcherzyków żółciowych metodą Sandstroena. Otóż nigdy nie twierdziłem, że jednorazowy wynik ujemny wyłącza zupełnie otrzymanie cienia pęcherzyka przy badaniu powtórnym. W pracy swej zaś zaznaczyłem, że miałem 17 wyników ujemnych. Przypadki, sprawdzane przez D-ra Kryńskiego, do tej właśnie grupy zapewne należą.

Na zakończenie pozwolę sobie zaznaczyć, że bardzo radosnem zjawiskiem dla mnie jest fakt zareagowania w prasie naukowej na mój skromny artykuł. Na przyszłość jednak pragnąłbym, aby moje wcale nie „nowe metody”, lecz tylko „nowe modyfikacje metod” wzbudzały uważniejsze czytanie łaskawych recenzentów.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O zaburzeniach wydzielania trzustki i o ich leczeniu.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

Jednym z najważniejszych gruczołów trawienych jest niewątpliwie trzustka. Sok trzustkowy jest poniekąd uniwersalny — trawi on zarówno białka, jak tłuszcze i węglowodany, zawiera nawet specjalne fermenty trawienne dla lecytyny i nukleiny.

Własności trawienne soku trzustkowego zawdzięcza zawartym w nim fermentom, specjalnie przystosowanym do poszczególnych rodzajów pożywienia.

Świeżo wydzielony sok trzustkowy przedstawia się jako ciecz przezroczysta, bezbarwna, o odczynie silnie zasadowym, zależnym od dużej stosunkowo zawartości dwuwęglanu sodu.

Odczyn ten jest fizjologicznie celowy dla optymalnych warunków trawienia białka i tłuszczów.

Skład soku trzustkowego jest zmienny w zależności od rodzaju pokarmu spożytego, względnie bodźca, który wydzielanie wywołał. Tak, na przykład, sok, otrzymany przez działanie kwasu, jest silnie zasadowy, natomiast zawiera mało składników mineralnych. Odwrotnie się zachowuje sok, otrzymany przez drażnienie układu sympatycznego.

Kiedy kwaśna treść, wychodząca z żołądka, spotyka się z zasadowym sokiem XII-cy, wywołuje się CO_2 . Dwutlenek węgla z jednej strony rozluźnia miążgę pokarmową, z drugiej zaś strony zasadowy płyn, nasycony CO_2 , jest najodpowiedniejszym środowiskiem dla działania fermentów trzustkowych (Bunge).

Jak widzimy więc, najbardziej fizjologicznym bodźcem dla czynności wydzielniczej trzustki, jest kwaśna treść żołądkowa, która przy zetknięciu się

z śluzówką dwunastnicy powoduje na drodze odruchowej wzmocnienie wydzielania trzustki. Odbycha się to za pośrednictwem t. zw. sekretyny, substancji, wytwarzanej przez jelito.

Można poniekąd przypuszczać, że regulacja ta odbywa się na drodze chemicznej, a mianowicie: W czasie wydzielania żołądkowego ustroj traci dużo jonów kwaśnych — to też dla zachowania równowagi kwasowo-zasadowej stara się wydzieląć w odpowiedniej ilości jony zasadowe — w soku trzustkowym.

Ścisłejsze badania wykazały, że dostanie się kwasu do górnego odcinka dwunastnicy powoduje tworzenie się w ścianie jelita substancji, zwanej sekretyną, która to substancja na drodze hematogennej pobudza wydzielanie trzustki.

Po za kwasami pobudzają wytwarzanie sekretyny także mydła, a w mniejszym stopniu także woda, pepton oraz tłuszcz.

Sok, wytwarzany pod wpływem działania kwasów, jest silnie zasadowy i zawiera dużo soli, a mało fermentów; odwrotnie, sok, powstający po działaniu mydeł, kwasów, lub wody, zawiera stosunkowo mało zasad i soli, a zato więcej fermentów.

Według Wohlgemutha pożywienie węglowodanowe powoduje najsilniejsze wydzielanie trzustki, zaś tłuszczone — najmniejsze.

Podawanie kwasów zwiększa, zaś zasad zmniejsza wydzielanie trzustki.

W drodze doświadczalnej otrzymano bardzo silne wydzielanie soku trzustkowego przez podrażnienie śluzówki dwunastnicy za pomocą eteru, który wlewano przez zgłębnik wprost do dwunastnicy (Katsch). Podobnie można otrzymać obfite wydzielanie za pomocą wlewań do dwunastniczych rozczywnów kwasu solnego.

Czy te sposoby są natyle jeszcze fizjologiczne, by je stosować w praktyce ludzkiej, narazie trudno powiedzieć.

Ilość dobową soku trzustkowego wynosi około 500—800 cm. sz. Atropina zmniejsza wydzielanie soku t. zw. „błędnego”, zaś pilokarpina i cholina pobudzają je. Duże dawki atropiny mają wywoływać silne wydzielanie, z przyczyn, jeszcze nieznanych.

Zpśród zaczynów soku trzustkowego najważniejsze są: trypsyna, diastaza czyli amyllopsyna i lipaza.

Trypsyna, zaczyn proteolityczny, została odkryta w 1857 roku przez Corvisarta. Różni się od pepsyny, zaczynu proteolitycznego żołądka, tem, że rozszczepia białka aż do aminokwasów zamiast do peptonów tylko, jak tamta. Trawi włókna mięsne, niestrawione przez sok żołądkowy. Ma to specjalne znaczenie rozpoznawcze (próbą jądrową).

Trypsyna działa najlepiej w środowisku alkalicznym, w temperaturze, zbliżonej do ciepłoty ciała (ok. 40), lecz nie przekraczającej 55 stopni C.

Co do nukleoproteidów, to zostają one rozszczepione przez trypsynę lub, jak chcą inni, przez zaczyn swoisty nukleazę (Schmidt).

Szczególnie osłabia działanie proteolityczne trypsyny dodanie surowicy lub białka kurzego. Wystarcza jeszcze rozcieńczenie tych substancji w stosunku 1:5.000.000, ażeby zahamować trawienie kazeiny przez trypsynę.

Drugi z zaczynów trzustki, diastaza, amylaza czy amyllopsyna jest fermentem, trawiącym węglowodany, czyli, innemi słowy, rozszczepiającym skrobię poprzez dekstrynę do maltozy, ma więc działanie podobne do ptyaliny, zaczynu ślinowego.

Ze wszystkich fermentów trzustkowych diastaza jest najbardziej niezależna od wpływów środowiska, działa bowiem także w otoczeniu obojętnym, a nawet słabo kwaśnym.

W sprawach, przebiegających z zastojem soku trzustkowego, diastaza dostaje się do krwi, a stąd do moczu. Ma to ważne znaczenie rozpoznawcze w chorobach trzustki.

Trzeci z zaczynów trzustkowych — lipaza czyli steapsyna — jest to ferment, rozszczepiający tłuszcze obojętne na kwasy tłuszczowe i glicerynę, zaś w obecności zasad kwasy tłuszczowe tworzą z niemi mydła. Ilość więc mydeł stoi poniekąd w stosunku do będącej do dyspozycji ilości zasad. Mydła z kolei ułatwiają emulgowanie tłuszczu jednakże działa lipaza trzustkowa w przeciwstawieniu do innych lipaz także na tłuszcze nieemulgowane. (Volhard)

Co do znaczenia lipazy, to można tylko tyle powiedzieć, że w ostateczności rozszczepianie tłuszczów może się odbywać nawet w braku zaczynu lipolitycznego, a to dzięki działaniu pewnych drobnoustrojów, które także potrafią tłuszcze rozszczepiać.

Żółć wzmagą działanie lipazy, a nawet jak przypuszczają niektórzy, powoduje przejście profermentu lipolitycznego w ferment czynny.

Pozatem w soku trzustkowym mają się znajdować także zaczyny, rozszczepiające lecytynę, dalej podpuszczka trzustkowa oraz ferment hemolityczny, jednakże istnienie tych ostatnich nie jest jeszcze przez wszystkich autorów uznane.

Dla zorientowania się co do obecności fermentów trzustkowych, a więc pośrednio soku trzustkowego w treści jelitowej, mamy próby następujące:

Próbna djeta Schmidta — bada się kał po t. zw. próbnej djecie Schmidta i stwierdza się, czy zawiera on niestrawione włókna mięsne, tłuszcze nierozszczepione i t.p. O ile one się znajdują, przechodzi się do bardziej dokładnych prób, a więc:

próby Sahliego — kapsułek glutenowych.

Pacjentowi podaje się salol lub jodoform w glutenowych otoczkach, które rozpadają się tylko pod wpływem soku trzustkowego, zaś przez inne soki trawienne wcale nie są trawione.

Po pewnym czasie, o ile otoczka zostanie strawiona, można u odnośnych osobników stwierdzić w ślinie jod lub w moczu salicyl. Zazwyczaj odczyny te występują w 4-6 godzin po spożyciu kapsułek. Przytem należy oczywiście wykluczyć zaburzenia motoryczne ze strony żołądka. I ta próba również nie jest dokładną, gdyż niestrawienie otoczki może nastąpić z innych zupełnie przyczyn, od soku trzustkowego niezależnych.

Próba Schmidta na obecność jąder polega na istnieniu w soku trzustkowym nukleazy, fermentu, trawiącego jądra komórkowe. I ta próba nie jest wolna od błędów przypadkowych, zależnych np. od szybkości przesuwania się treści pokarmowej.

Próba Winternitza polega na podawaniu specjalnego połączenia: estru etylowego kwasu. monojodobehenowego czyli t. zw. sajodiny. Związek ten zostaje rozszczepiony wyłącznie przez sok trzustkowy w obecności żółci. Ta próba jest także o tyle nieściśła, że niekiedy wypada ujemnie u zupełnie zdrowych, pod względem trzustki, osobników.

Bołdyrew wykazał, że można łatwo otrzymać z żołądka sok trzustkowy, o ile się podaje pacjentowi ok. 200 cm.³ oliwy. Oliwa powoduje powrotny odpływ treści dwunastniczej do żołądka, a z nią dostaje się także sok trzustkowy. Volhard zastosował metodę Bołdyrewa do badań klinicznych z wynikiem dobrym. Jednakże nie we wszystkich przypadkach tą drogą zdołano otrzymać sok trzustkowy mimo braku zmian patologicznych ze strony trzustki czy przewodów trzustkowych. Ażeby zapobiegać tym błędom, zaproponował Lewiński jednoczesne podawanie z oliwą około pół łyżeczki magnezji palonej. Tym sposobem udało mu się otrzymać sok trzustkowy nawet w przypadkach, gdzie poprzednio go nie otrzymano.

Koziczkowski podawał zamiast oliwy 250 gr. śmietanki.

W 4 postaciach chorobowych otrzymywanie fermentów trzustkowych z żołądka zawiodło, a mianowicie: rak żołądka, nie nadający się do operacji, cukrzyca, niedokrewność złośliwa, oraz cierpienia wątroby.

Najprostszą, a zarazem najbardziej rozpowszechnioną dziś metodą jest otrzymywanie soku trzustkowego wprost z dwunastnicy za pomocą t. zw. zgłębnika Einhornowskiego. W soku dwunastniczym, zawierającym fermenty trzustki

można je wykazać za pomocą oddzielnych dla każdego rodzaju metod.

Zasada ilościowego określenia fermentów polega na tem, że sporządza się rozczyńny soku dwunastniczego w coraz to większych rozcieńczeniach i bada się siłę trawienną każdego rozczyńny, porównując z określoną jednostką. Tak, na przykład, trypsynę określamy najlepiej metodą Fulda, która polega na trawieniu określonego rozczyńny kazeiny w węglanie sodowym. Kazeina, strawiona zupełnie, nie strąca się już alkoholem, natomiast strawiona tylko częściowo lub wcale niestrawiona strąca się i daje męt po dodaniu alkoholu. Podobnie rzecz się ma z trawieniem żelatyny.

Diastaza określa się najlepiej metodą Wohlgemutha, t. j. bada się granicę rozcieńczenia, przy której sok dwunastniczy może jeszcze zamienić skrobię na dekstrynę.

Lipaza określa się stalagmometrycznie. Zasada tej metody polega na tem, że tłuszcze obojętne mają inne napięcie powierzchniowe, aniżeli kwasy tłuszczowe, które powstają po ich rozszczepieniu.

Z tych metod, najbardziej dostępne dla przeciętnego lekarza są właśnie metody określenia trypsyny i diastazy, lipaza określa się mniej często.

Pośrednio można wnioskować o zaburzeniach w wydzielaniu soku trzustkowego z zawartości fermentów w moczu, krwi, kale i t. p.

O ile fermenty zjawiają się we krwi lub w moczu w ilości zwiększonej, należy przypuszczać, że wydalanie soku trzustkowego nie jest normalne, że wydzielina nie dostaje się do jelita, np. w niedrożności przewodu Wirsunga i t. p.

Przed szeregiem lat podał nową próbę swoistą dla spraw patologicznych trzustki Cammidge. Próba ta, pomimo to że jest dość skomplikowana, także nie jest zupełnie pewna i poza krajami anglosaskimi nie przyjęła się dotychczas.

Co się tyczy użytkowania pobieranych pokarmów, to odbywa się ono w schorzeniach trzustki w sposób rozmaity.

Najbardziej rzuca się w oczy nietrawienie tłuszczów. Lipaza trzustkowa jest bowiem jedynym fermentem lipolitycznym ustroju, jeżeli nie liczyć problematycznej lipazy żołądka, względnie kiszek, lub bakteryjnego działania w jelitach, które to działanie, zresztą, jest bardzo małe.

Prawdopodobnie poza brakiem fermentu lipolitycznego wchodzi w grę jeszcze inne czynniki, narazie nieznane, może wydzielanie dokrewne trzustki, które powoduje, że usunięcie, względnie zanik substancji trzustkowej sprowadza wybitne zaburzenia w trawieniu tłuszczów.

Jak wykazały bowiem dane eksperymentalne, pozostawienie choćby małej części substancji trzustkowej wystarcza do zachowania czynności lipoli-

tycznej przynajmniej w części. To też niektórzy autorzy dopatrują się w tem zjawisku analogii do czynności trawiennej wobec węglowodanów. Pogląd ten zdaje się potwierdzać także ta okoliczność, że podawanie trzustki zwierzęcej lub skutecznych jej preparatów, w rodzaju pankreonu, zdaje się mniej wpływać na wchłanianie tłuszczów, aniżeli na inne składniki pożywienia (białka, węglowodany).

Zaburzenia przyswajania tłuszczów mogą w chorobach trzustki osiągnąć taki stopień, że np. do 90% tłuszczów nieemulgowanych zostaje wydalonych z kałem. Lepiej znacznie wchłaniają się tłuszcze emulgowane, szczególnie mleko.

Wyraźne zaburzenia wykazuje także resorpcja lecytyny, która w cierpieniach trzustki może wystąpić w kale w ilościach 3—4 razy większych, niż normalne (Salomon i Ehrmann).

Jeżeli trzustka uległa tylko częściowemu uszkodzeniu, to warunki rozszczepiania i przyswajania tłuszczów przedstawiają się znacznie lepiej, a mianowicie, wchłania się około 20% tłuszczów nieemulgowanych, około 50% tłuszczów emulgowanych, a mleko — nawet do 80%.

Jeżeli teraz przejdziemy do przyswajania białka, to przedstawia się ono znacznie korzystniej. Już sam fakt istnienia szeregu innych fermentów proteolitycznych wyłącza zupełne zakłócenie tej ważnej czynności ustroju. W ostateczności ustroj ma bowiem do dyspozycji jeszcze pepsynę i erepsynę, które do pewnego stopnia dają sobie radę z trawieniem białka, a przynajmniej z niektórymi jego rodzajami.

Ponieważ preparaty trzustki, a mianowicie pankreon, mogą doprowadzić do znakomitej poprawy, a nawet do całkowitego niemal ustąpienia kreatorei, chciano oprzeć na tem metodę rozpoznawczą zaburzeń trzustki.

Jednakże metoda ta, to jest podawanie pankreonu, nie może służyć jako kryterjum rozpoznawcze, albowiem pankreon poprawia także trawienie w biegunkach, nic wspólnego z brakiem fermentów nie mających.

Jeżeli chodzi o diastazę, to ta czynność bardzo mało cierpi od zaburzeń czynności trzustki, albowiem w znacznym bardzo stopniu zastępuje ją ptialina śliny. Że jednak ptialina nie działa dobrze w środowisku kwaśnem, t. j. soku żołądkowym, to przy kwasności normalnej tego soku działanie jej jest słabe. Natomiast w soku niedokwaśnym, a taki właśnie najczęściej zdarza się w cierpieniach trzustki, działanie ptialiny może się odbywać dalej w żołądku samym.

W związku z tem stoi może ta okoliczność, że w przypadkach *achylia gastrica* wybitnie zmniejszona jest ilość trypsyny, natomiast ilość diastazy zmianie nie ulega, a nawet się zwiększa (Meyner).

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Choroby narządów trawienia.

C. B. MORTON. Badanie żołądkowo - dwunastnicze a wrzód żołądka. (Am. J. med. sc. tom. 177, Nr. 1 rok 1929).

Badania autora przeprowadzone na zwierzętach i ludziach, wykazały, że w powstawaniu wrzodu trawiennego żo-

łądka i dwunastnicy bardzo ważną rolę odgrywają czynniki chemiczne oraz mechaniczne.

Np. pacjentom wprowadzano do żołądka i dwunastnicy po cienkiej rurce zgłębnikowej, której położenie dokładnie sprawdzono radioskopowo. Następnie podawano im śniada-

nie próbnie Ewald a i po 3 kwadransach wydobywano treść jednocześnie z żołądka i dwunastnicy.

U osób zdrowych (t. j. nie cierpiących na wrzód trawienny) w treści dwunastniczej kwasu wolnego nie stwierdza się. U osób natomiast chorych (t. j. z ustrojem przekwaszonym) treść dwunastnicza zawiera wolny kwas.

Dane więc doświadczalne wykazują, że u osób zdrowych istnieje równowaga między żołądkiem a dwunastnicą pod względem kwasowozasadowym, podczas gdy u osobników chorych tej równowagi nie stwierdza się wcale.

A więc, umiejscowienie wrzodu jest zależne od czynników mechanicznych, zaś nieogojenie jego od zaburzenia równowagi kwasowozasadowej między żołądkiem a dwunastnicą t. j. od przedostawania się do dwunastnicy nadmiernie kwaśnej treści. Nieprawidłowe działanie odźwiernika jest poważnym czynnikiem w powstawaniu wrzodów trawiennych przewodu pokarmowego.

B. Goldstein.

M. STURTEVANT i R. P. WALLACE. O hiperbilirubinemji wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Arch. Int. Med. tom. 43. Nr. 1. r. 1929).

Wobec sprzecznych poglądów rozmaitych autorów co do częstości utajonej żółtaczki w przypadkach wrzodu dwunastnicy, autorzy zbadali 23 przypadki takie, które ani klinicznie ani rentgenologicznie nie posiadały cech schorzenia dróg żółciowych.

Wszystkie te przypadki miały normalną ilość bilirubiny we krwi. Należy wobec tego przypuszczać, że te przypadki, które wykazują wyraźną hiperbilirubinemię, dotyczą osób, które cierpią na wrzód dwunastnicy w związku ze zrostami w okolicy dróg żółciowych.

B. G.

CORNOT i DIOCLES. Obraz gwiazdzisty jako objaw bezpośredni wrzodu żołądka. (Paris Medical Nr. 5 r. 1929).

Według autorów jedną z pewnych oznak wrzodu żołądka, nawet w braku wyraźnej niszy, jest t. zw. obraz gwiazdzisty śluzówki żołądka, występujący przy uciskaniu ściany brzusznej, jednocześnie z obrazem fałd śluzówki.

Obraz taki odpowiada anatomicznemu obrazowi blizn gwiazdzistych, rozchodzących się na wszystkie strony od miejsca owrzodzenia.

Szczególnie ładne obrazy otrzymuje się przy stosowaniu t. zw. telestereoradiografji.

B. Goldstein.

L. MARTIN. Wpływ zastrzykiwania mleka na przebieg wrzodu trawiennego. (Arch. Int. Med. tom 43 Nr. 3 r. 1929).

Autor wypróbował działanie zastrzykiwań śródmięśniowych mleka na przebieg wrzodu żołądka. Chorzy otrzymywali po 10 cm. sz. mleka w odstępach $\frac{1}{2}$ do 1 tygodniowych, w sumie od 2 do 7 zastrzyknięć.

Chorzy poza tym innego leczenia nie mieli, samo leczenie było przeprowadzone ambulatoryjnie, chorzy byli na zwykłej diecie mieszanej.

Klinicznie poprawa była niemal zupełna, chorzy dobrze się czuli, dobrze znosili kurację. Przedewszystkiem ustępował ból, objawy skurczu. Rentgenologicznie poprawy nie można było stwierdzić.

B. Goldstein.

G. E. KONIETZNY. O znaczeniu nieżyty w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. (Ther. d. Gegenwart Nr. 2 r. 1929).

Autor należy do tych z pośród badaczy, którzy uważają stan nieżyty śluzówki żołądka za konieczny do powstania sprawy wrzodowej.

Zarówno w przypadkach wrzodu żołądka, jak i dwunastnicy stwierdza się w 100 proc. zmiany nieżytowe i to nie tylko okolicy bezpośredniej, lecz i bardziej odległych odcinków śluzówki, najczęściej okolicy odźwiernika. Za pierwotnem istnieniem nieżyty przemawia okoliczność, że znane są przypadki nieżyty wrzodziejącego śluzówki żołądka bez właściwego wrzodu, natomiast wrzodu bez nieżyty nie spotyka się nigdy.

Szereg badań klinicznych, anatomo-patologicznych oraz gastroskopowych potwierdza powyższe przypuszczenie autora.

Konsekwentnie autor uważa za rzecz pierwszorzędną w leczeniu spraw wrzodowych żołądka zwrócenie bacznej uwagi na współistniejący nieżyt. Ten to nieżyt jest przyczyną zarówno owrzodzeń, jak i nadmiernego wydzielania kwasu solnego. Jeżeli się opanuje nieżyt, to tem samem opanuje się całą sprawę chorobową.

Leczenie spraw nieżytych jest bardzo długotrwałe i żmudne. Zwykle postępowanie daje tylko chwilowe poprawy. Szczególnie powstaje autor przeciwko stosowaniu *larga manu* sody i t. p. zasad. Zasady bowiem chwilowo zubożają kwaśny żołądek, jednakże wywołują jeszcze większe podrażnienie gruczołów wydzielniczych i w ten sposób zaogniają sprawę. To też obecnie szereg szkół zaprzestał zupełnie stosowania zasad w leczeniu wrzodu i zadawała się leczeniem djetetycznem, a niektórzy (Moynihan) nawet mówią o leczeniu za pomocą kwasów.

Racjonalna djetetyka jest podstawą leczenia wrzodu. Obok tego należy dbać o odpowiednie leczenie śluzówki za pomocą splukiwania wodą taką, jak np. Karlsbadzka. Względnie stosować środki ściągające jak taninę (np. co 2 godz. po 0,25 tannalbinu lub *ac. tannici*). Z podobnym wynikiem stosuje się preparaty srebra.

Dobre wyniki miał autor także za pomocą stosowania proteinoterapii, która poniekąd może być uważana za swojego rodzaju leczenie przeciwzapalne, skierowane przeciwko nieżyty.

Co do odżywiania przez zgłębnik, autor odnosi się do tego sposobu dość sceptycznie; z jednej strony sama obecność zgłębnika drażni, wymioty są częstsze, poza tem zaś leczenie djetetyczne, odpowiednio przeprowadzone, czyni tę skomplikowaną metodę niepotrzebną.

Taksamo nieodpowiednią metodą ma być jejunostomia. Jeśli chodzi o leczenie operacyjne, to należy się uciec do niego (pomijając nagle wskazania w rodzaju przedziurawienia lub krwotoku) jedynie w przypadkach, kiedy niema cech świeżego jeszcze nieżyty. Względnie należy przeprowadzić uprzednio leczenie zachowawcze nieżyty.

Zpośród operacji proponowanych zespolenie uważane jest przez autora za niecelowy zabieg. Nie usuwa ono przyczyn cierpienia, lecz jedynie odciąża odźwiernik. Operacją dobrą jest natomiast rezekcja według metody Billrota I lub II.

Po dokonaniu zabiegu należy postępowanie pooperacyjne oprzeć na zasadach przyczynowych leczenia następstw rezekcji, t. j. podawać kwas solny i pepsynę w dostatecznych ilościach, co daje dobre wyniki później.

Naogół leczenie operacyjne należy zachować dla przypadków przewlekłych lub też nie dających się opanować leczeniem zachowawczem.

Jednakże, i w przypadkach nieżyty śluzówki żołądka niekiedy wypadnie zastosować leczenie chirurgiczne, jeżeli zachowawcze nie odniesie skutku.

B. Goldstein.

M. FREMONT - SMITH i M. A. MACLVER. O późniejszych wynikach leczenia chirurgicznego wrzodu żołądka (Am. J. Med. Sciences, tom 177, Nr. 1 r. 1929).

Autorzy zestawiają materiał obejmujący 678 przypadków, z tego 398 wrzodów dwunastnicy i 261 żołądka, przy 24 podwójnych wrzodach. W 472 przyp. udało się sprawdzić wyniki po 1—2 latach, po operacji. Około 11 proc. wrzodów dwunastnicy wykazało silny nawrót objawów w 2 lata po zabiegu, ok. 14 proc. po 4 latach; 19 proc. po 6 latach; 15 proc. po 8 latach, a 14 proc. po 10 latach. W przypadkach wrzodu żołądka cyfry były mniej więcej te same.

Jeżeli nie liczyć przypadków przedziurawienia, śmiertelność wynosiła 6 proc. w przyp. wrzodów dwunastnicy, zaś 9 proc. we wrzodach żołądka.

W większości przypadków przedziurawienie następowało dopiero po upływie szeregu lat (do 8-10), niekiedy jednak zdarza się zupełnie niespodziewanie i to we wczesnych okresach.

Powikłanie to w przypadkach dwunastnicy zdarzało się głównie u osób starszych, w przyp. żołądka raczej u młodych.

Przeciętny upływ czasu pomiędzy jedną operacją a drugą wynosił ok. 4 lat. Powodem, który skłaniał chorych do ponownej operacji, były silne bóle, rzadziej krwawienie.

Wyniki pooperacyjne były lepsze u tych osób, które przed operacją wykazały rozszerzenie żołądka. Przypisać to należy nie zamknięciu odźwiernika samego, lecz tej okoliczności, że takie przypadki obejmują wrzody stare, bliznowate, które dają lepsze rokowanie pod względem operacyjnym.

W przypadkach z dużą kwasotą przed operacją, zdaje się, częściej występuje wrzód trawienny jelita.

Małe wrzody dwunastnicy wykazują większe tendencje do nawrotów, aniżeli duże bliznowate wrzody żołądka.

Usunięcie wyrostka podczas zabiegu nie zmniejsza częstości nawrotów wrzodu.

B. Goldstein.

L. BLOCH i A. M. SERBY. O stosowaniu zasad w leczeniu wrzodu żołądka. (J. Am. Med. Ass. tom. 92, Nr. 2 r. 1929).

Według autorów większości pacjentów podawanie zasad jest właściwie zbędne, gdyż jak tylko pacjent leży w łóżku i trzymany jest na odpowiedniej diecie objawy ustają także bez zasad. Błąd tkwi w zakorzenionem wśród lekarzy przesądzie, że bez podania zasad sprawa się nie może wyleczyć.

Zdaniem autorów opartem na długoletniem doświadczeniu, przy dokładnem przestrzeganiu przepisów dietetycznych pacjentów, o ile nie mają bólów, mogą zupełnie obejść się bez zasad. Jeżeli natomiast wystąpią jakiegokolwiek dolegliwości po jedzeniu, to podawanie zasad jest wskazane w ilościach odpowiadających istniejącej kwasocie.

Także stare niebolesne wrzody, przyp. sokotoku oraz skurczu odźwiernika reagują dobrze na leczenie alkalinami. Jednakże w tych ostatnich grupach najbardziej wskazane byłoby leczenie chirurgiczne. W każdym bądź razie nie obawiając się zupełnie alkalozy, autorzy uważają schematyczne podawanie zasad we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka za zbyt cenne, ewentualnie wystarczają znacznie mniejsze dawki.

B. Goldstein.

J. M. BLACKFORD i J. M. BOWERS. O wartości leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego wrzodu żołądka. (Am. J. Med. Sc. tom 177, Nr. 1 rok 1929).

Autorzy zestawiają wyniki leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego wrzodu żołądka.

Leczenie ambulatoryjne zachowawcze dało w 60 proc.

przypadków niepowikłanych wyniki zadawalające. Leczenie metodą Sippy'ego również dało wyniki dobre w ok. 60 pr. przyp. Leczenie szpitalne nie dało wyników lepszych, najwyżej przyzwyczajają chorych do lepszego i systematyczniejszego dbania o swoją osobę.

Krwawienia poważniejsze wystąpiły w trakcie leczenia zachowawczego w 6 proc. przyp. Ok. 2 proc. chorych zmarło wskutek krwotoku w najbliższym czasie po leczeniu; obydwaj ci chorzy znajdowali się w stanie bardzo złym i nie nadawali się do żadnego zabiegu. Zresztą nawet leczenie chirurgiczne nie jest w stanie zabezpieczyć zupełnie przed możliwością krwotoku. Natomiast powikłania wrzodu, naprz. krwotok, należy leczyć bezwzględnie chirurgicznie.

B. Goldstein.

Choroby dzieci.

N. BACHMANN. Obrzęki sercowe u dzieci. (Arch. Int. Med. t. 43/N 6/29).

U dziecka chorego na serce obrzęki bywają 2 rodzajów: obrzęki opadowe czyli sercowego typu oraz ogólne czyli nerkowego typu. Autor stwierdza, że każdy typ wymaga innego leczenia. W obrzękach sercowych czyli opadowych działa dobrze naparstnica, podczas gdy inne środki moczopędne są mało skuteczne. O ile naparstnica nie skutkuje — należy wypróbować środki rțciowe. W obrzękach nerkowych czyli ogólnych, teobromina jest niemal specyfikiem i zazwyczaj bez pomocy naparstnicy. W tym to typie ogólnych obrzęków, podczas zwiększenia ilości moczu — powstaje obraz zatrucia: óle głowy, nudności a nawet gorączka. Objawy podobne nigdy nie występują w typie drugim. Rodzaj obrzęku nie należy od istoty schorzenia, jednakże należy przyznać, że u dzieci o stosunkowo niedawnej historii choroby, i u których prawdopodobnie zakażenie wsierdza jest jeszcze świeże i czynne — obrzęki mają tendencję do uogólnienia się. Natomiast obrzęki opadowe zdarzają się częściej u pacjentów oddawno już chorych.

Rokowanie bezpośrednie jest stosunkowo dobre w przypadkach obrzęków opadowych. Mechanizm powstania jest zapewne odmienny dla każdego rodzaju obrzęków.

B. Goldstein

Erich HOFMANN. Czy spotykają się postaci mieszane kły wrodzonej i nabytej u niemowląt (D. m. W. № 31).

Jednoczesne występowanie objawów kły wrodzonej i nabytej u niemowląt obserwowano zarówno klinicznie jak i doświadczalnie. Zjawisko to autor uzależnia od podwójnego zakażenia: na drodze krwionośnej przez naczynia pępowiny w życiu płodowem i przez skórę drogą naczyń limfatycznych przed lub zaraz wkrótce po urodzeniu. Płód zakaża się kłą najczęściej pod koniec ciąży, stąd w czasie porodu lub po urodzeniu z powodu niewytworzenia się jeszcze odporności u noworodka, może mieć miejsce nowe zakażenie. Występuje ono pod postacią rzekomego zespołu pierwotnego. Organizm noworodka zakażony zostaje przez równowartościowe pokolenia krętków, gdyż krętki, wkraczające do organizmu przez skórę, zostają przez tę ostatnią osłabione. Jednakże z góry nie zawsze można przewidzieć, który szczep będzie miał przewagę, gdyż zależy to od liczby krętków. Brak dokładnego różnicowania objawów kły wrodzonej i nabytej często jest przyczyną złego rozpoznania. Autor uważa za pożądaną współpracę klinik położniczych, skórnych i dziecięcych w celu unikania wyżej wymienionych błędów rozpoznawczych.

Wanda Franzówna.

Choroby kości i stawów

Z. ROWNTREE i A. ADSON. Polyarthritis. (J. A. M. As. Tom 93, N. 3. 1929.)

Autorzy przytaczają przypadek *polyarthritits chronica* poddany obustronnemu zabiegowi usunięcia zwojów spółczulnych, z wynikiem dobrym.

Wnioskują z tego, że *gangliectomia i ramieetomia* mogą wpłynąć na pewne rodzaje schorzeń stawowych. W tych postaciach układ współczulny jest w stanie nadmiernej czynności, powodując wybitne zaburzenia naczynio-ruchowe, obfite pocenie oraz przyczyniając się do skurczu i zaniku mięśni z następstwami zniekształceniami.

Obraz kliniczny cechuje się zimnymi kończynami, poceniem, tkliwymi, bolesnymi i obrzękami stawami oraz zaburzeniami odżywczymi w mięśniach, skórze i paznogciach.

W przypadku przytoczonym wszystkie te objawy ustąpiły po przecięciu nerwów współczulnych. Poprawa trwa już około 3 lat. Przyczem na kończynach dolnych poprawa była zupełna, na górnych zaś bardzo znaczna. Pozostały nieznaczne dolegliwości i zniekształcenia.

Metoda jest warta uwagi, z zastrzeżeniem, że operacji należy poddawać tylko niektóre przypadki, wyraźnie stojące w związku z układem sympatycznym.

B. Goldstein.

Z. T. SWAINN. *Arthritis chronica*. (J. Am. Med. Ass. Tom 93, N 4. 1929).

Badania autora, przeprowadzone na dość dużym materiale, wykazały pewien niewątpliwý związek pomiędzy schorzeniami stawów a przemianą podstawową. Naogół większość przypadków przewlekłych schorzeń stawowych należała raczej do typu o ospałej przemianie. Przemiana — i jej wahania u osobników, cierpiących na stawy, nie stała w związku z wiekiem pacjentów, ani też z ich płcią, ani z przebiegiem lub natężeniem sprawy chorobowej.

Nie udało się stwierdzić związku pomiędzy schorzeniami stawów a nadczynnością tarczycy.

Podawanie preparatów tarczycy u osób z metabolizmem zmniejszonym nie powoduje jego powiększenia, jednak wpły-

wa bardzo dodatnio na przebieg choroby, o ile jest dawkowane należycie.

Rzuca się w oczy poprawa wagi, krążenia i siły mięśniowej. Działanie jest więc ogólne — wzmacniające i tonizujące.

W razie leczenia za pomocą preparatów tarczycy — należy dokładnie obserwować chorego.

Chodzi bowiem oto, że, w razie przedawkowania, szkody mogą być bardzo duże. To też należy raczej podawać małe dawki przez dłuższy czas, aniżeli większe. Objawy hipertyreoidyzmu o wiele łatwiej występują u takich chorych, jako mniej odpornych i znajdujących się w stanie równowagi chwiejnej.

Z biegiem czasu metabolizm zdąża do stanu normalnego, mimo nawet pogorszenia się stanu chorobowego. Są pewne oznaki, przemawiające za tem, iż niski metabolizm jest oznaką stanu „preartretycznego”, i że u takich osobników łatwo może się rozwinąć schorzenie stawów.

B. Goldstein.

R. Z. CECILS i in. *Bakterjologia krwi i stawów w arthritis chronica*. (Arch. of Int. Med. Tom 43 N 5. 1929.)

Autorzy stwierdzają, że w 61, 50% przypadków (na 78) zapalenia przewlekłego stawów u chorych dało się wyhodować paciorkowce specjalnego rodzaju, które zdają się być osłabionymi paciorkowcami hemolizującymi.

Niekiedy udaje się wyhodować podobne drobnoustroje także z płynu stawowego.

Hodowle tych paciorkowców, zastrzyknięte królikom, wywołują u nich obraz chorobowy identyczny z ludzkim pierwotnie przewlekłym zapaleniem stawów.

Wobec tego iż podobne paciorkowce spotyka się we krwi chorych na *arthritis deformans*, autorzy skłonni są przypuszczać, że obie te jednostki chorobowe wykazują bliskie pokrewieństwo etiologiczne, a nawet może przedstawiają 2 postaci tej samej choroby stawów.

B. Goldstein.

Wskazówki praktyczne.

Do wyjąłowania pola operacyjnego, bez względu na teren operacyjny, wiek operowanego i rodzaj operacji (czysta czy zakażona), poleca Drugg Dijozol. Środek ten ma tę wyższość nad nalewką jodową, że nie wywołuje podrażnienia i jest tańszy od jodyny.

(Der Chirurg 1929 Nr. 23)

—o—

Vertan uważa kwas borowy za dobry środek przeciwnie. Działanie jego polega na przekrwieniu miejscowem oraz na intensywnem oddawaniu wody przez tkanki.

(Ztbl. f. Chir. 1929. Nr. 41)

—o—

Bekman miał dobre wyniki leczenia oparzeń 5% kwasem garbnikowym. 114 przypadków oparzeń 2 i 3 stopnia, leczonych tą metodą, dało 14,9% śmiertelności, gdy 320 takichże przypadków, leczonych przedtem innemi sposobami, dało 27, 8% śmiertelności. Odsetek śmiertelności pierwszego dnia choroby jest w obu grupach jednakowy, przy leczeniu kwasem garbnikowym spada w 2-m dniu choroby na 0, 8%

(kwas garbnikowy przeciwdziała wchłanianiu toksyn). Niezbędny jest jednoczesny dowóz płynów, w razie konieczności, za pomocą zastrzykiwań.

(Arch. Sug. Marzec. Str. 803)

—o—

Perkaina, ma według C. Hirscha, tę wyższość nad kokainą, że *znieczulenie powierzchniowe trwa dłużej*. 20% roztwór perkainy nie wywołuje żadnych objawów zatrucia, ani podniecenia, tak często spostrzeganego przy stosowaniu kokainy.

(M. m. W. 1929 Nr. 41)

—o—

Novutox, środek, miejscowo znieczulający, ma, według E. Bergina, wybitne działanie bakterjobójcze. Otwarte ampułki z Novutoxem, stojące w pokoju całymi dniami, a nawet tygodniami, pozostają jałowe i nie tracą swoich własności bakterjobójczych.

(D. m. W. 1929 Nr. 44),

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

Posiedzenie z dnia 19. VI 1929 roku.

Przewodniczący prof. Szmurło. Obecnych członków 29, gości 11.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedniego posiedzenia, profesor Trzebiński informuje kolegów, że Pamietnik Wil. T-wa Lek. ma obecnie dużo prac do druku, lecz wobec braku funduszy Redakcja ma do przewyciężenia znaczne trudności. Powstaje pytanie, czy odkładać druk tych

prac do dalszych numerów, czy też je skracać. Ponieważ w tej sprawie nikt głosu nie zabiera, przewodniczący skierowuje ją do komitetu redakcyjnego.

Mienicki przedstawia chorego lat 51 z *liszajem rumieniowym i guzem złośliwym twarzy (Ca)*. Połączenie tych dwóch cierpień jest nad wyraz rzadkie. Drugi przypadek demonstrowany, dotyczy chorego z „*pemphigus*”. Stan chorego ciężki, to do 40%, bóle przy połykaniu, biegunka. Zmiany chorobowe stwierdzono głównie na głowie, pod pachami. Obecnie stan chorego dobry, a jednak nie można uważać, że jest wyleczony. Lecząco arszenikiem (salvarsanem) w dużych dawkach, zastrzyknięciami strychniny oraz stosowano doustnie chininę. Prof. Szmurło dodaje, że w jamie ustnej są jeszcze typowe zmiany chorobowe.

Ryll-Nardzewski demonstrowa 4 przypadki *wyliszenia plackowatego*. Wypowiada się za pasorzytniczą teorią powstawania tego cierpienia. Załkindson przypomina, że niekiedy wyrwanie zębów trzonowych usunąć może to cierpienie. Minkiewicz dostał tej choroby od służącego, który cesał się jego szczotką.

Abramowicz pokazuje, jak można *rozpoznać zaćmę za pomocą diafanoskopji*.

Goldman demonstrowa przypadek „*sarcomatosis cutis*”. Przypadek zasługuje na uwagę, gdyż prócz zmian we krwi i narządach wewnętrznych wystąpiły zmiany na skórze. Gruchoły szyjne, pachwinowe, migdałki, śledziona — powiększone. Krew: b. c. 27. 600. Na skórze tułowia blade-różowe, niebolesne guzki. Według nowych poglądów — „*sarcomatosis cutis*” jest pojęciem zbiorowym.

Po skończonych demonstracjach prof. Szmurło zawiadomia, że Wil. Tow. Lek. otrzymało pismo od War. Izby Lek. informujące, iż Międzynarodowy kurs Lekarzy w Karłowich Warach z uwzględnieniem balneologii i balneoterapii odbędzie się od 15 — 21 września. Belgijskie Min. Kolon skłonne jest do przyjmowania lekarzy Polaków na służbę w kolonjach. Konieczna jest znajomość języka francuskiego. „Rodzina Lekarska” prosi o przedruk odezwy, by przyjść z pomocą, zapisując się na członków tej organizacji.

Wąsowski wygłasza referat p. t. „*Wpływ eterowej rektalnej narkozy na odruchy błędnikowe*” (praca do druku).

Mienicki: „*Badania nad wpływem bizmutu na krzepliwość krwi*” (do druku)

Prof. Jakowicki zaznacza, że nie można porównywać ze sobą wyników wstrzykiwań domięśniowych i dożylnych. Obniżenie krzepliwości po iniekcjach domięśniowych zawiesiny bizmutu można sobie jedynie wytłumaczyć wytworzeniem ciał zbliżonych do wazodilataty. Przyspieszenie krzepliwości po wstrzyknięciu rozczyńców bizmutu (luotal) dożylnych jest dowodem, że nie sprowadzają one hemolizy.

Rubinsztejn przypomina, że z badań farmakologicznych wynika, iż bizmut wzmacnia krzepliwość krwi. Należy odróżniać wpływ metalu jako taki i jonów rozczyńców koloidowego. Te ostatnie zmniejszają krzepliwość krwi. Po zastrzyknięciu peptonu spostrzegano krwawienia w jelitach. Chodziłoby tu o wpływ rozczyńców koloidowego, a nie samego bizmutu.

Mienicki odpowiada, że nie mówił wcale o mechanizmie tego zjawiska. Interesowała go li tylko sprawa praktyczna — wpływu używanych w leczeniu preparatów bizmutu na krzepliwość krwi. Nie można negować również wpływu samej kły na krzepliwość.

Marynowska wygłosiła komunikat p. t. „*Stowarsko jako środek czerwogubny u dzieci*”.

Wąsowski
(wedł. Pamiętn. Wil. Tow. Lek.).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W dalszym ciągu 20-go Zjazdu lekarzy francuskich w Montpellier w październiku 1929 r. (p. Nr. 49 naszego pisma) zabrali głos w sprawie *plonicy* referenci Jaquépée i Liégeois, którzy specjalnie omawiali *rolę paciorkowca w plonicy*. W wyniku swych rozważań referenci dochodzą do wniosku, że paciorkowiec odgrywa istotną rolę w patogeniezie plonicy, ale to nie wyjaśnia jeszcze obecnie znanych faktów. W braku innego wyjścia uważają oni, że najlepszą w chwili obecnej jest hipoteza o asocjacji drobnoustrojów: plonica powstawałaby tedy skutkiem symbiozy paciorkowca i jakiegoś swoistego zarazka przesączalnego. Ta hipoteza tłumaczyłaby stałą obecność paciorkowców, wywoływanie choroby przez ich szczepienie, z którymi wprowadzalnoby zapewne jednocześnie i ów zarazek swoisty, dalej sprzeczne wyniki szczepienia produktów ploniczych, dającego wyniki dodatnie u osobników uczulonych na paciorkowca, wreszcie działania lecznicze surowicy jedynie na część paciorkowcową zakażenia (zniknięcie zarazka przesączalnego w czasie dokonywania szeregu hodowli, niezbędnych przy przygotowywaniu surowicy).

Teissiez i Costé, którzy wygłosili trzeci referat na tym zjeździe, rozpatrywali sprawę *fizjopatologii plonicy*. Stwierdzają oni, że istotnie w początkach choroby prawie u wszystkich chorych na plonicę, wykryć można w gardzieli paciorkowce hemolizujące, niekiedy w tak znacznej liczbie, że otrzymuje się czystą lub prawie czystą hodowlę. Wprawdzie nie należy zapominać, że w 10—30% można znaleźć te same paciorkowce w gardzieli osobników zupełnie zdrowych, zaś w przypadkach zapaleń nosa i gardzieli jeszcze częściej. Paciorkowce te wytwarzają jady, które są w stanie wywołać u człowieka zespół objawów, niezmiernie przypominający plonicę. Wreszcie z pomocą tych jadów otrzymuje się surowicę, która okazała się niezwykle skuteczną w postaciach toksycznych i złośliwych. — Rozpatrując w dalszym ciągu wszelkie za i przeciw teorii paciorkowcowej, podkreślając niewątpliwie znaczenie paciorkowca hemolizującego, wnioskuje że 1. albo paciorkowiec nie jest jedyną przyczyną plonicy, zaś inny zarazek lub czynnik przyłącza się do niego, 2. albo jedynie paciorkowiec wchodzi w rachubę, inna jest jednak fizjopatologia zakażenia ploniczego, niż ją obecnie staramy się ująć. Niema danych, któreby utwierdzały w przypuszczeniu istnienia zarazka przesączalnego, zwłaszcza że próby przenoszenia choroby z pomocą produktów ploniczych przesączonych nie dały wyniku. W stosunku do jadu ploniczego uważają referenci, że posiada on własność zarówno jadów pierwotnych, t. j. jadów działających na ustrój nieuczulony (jak blonica), jak i wtórnych t. j. działających na ustrój uczulony (na podobieństwo tuberkuliny). Z tego też powodu Dochez nazywa jad plonicy toksallerginą. W ten sposób plonica byłaby wstrząsem jednocześnie allergicznym, toksycznym i uodparniającym. Jest to wprawdzie hipoteza, ale najlepiej jeszcze objaśniająca cały szereg zjawisk związanych z przebiegiem plonicy, jej związkiem z paciorkowcem hemolizującym i z wartością surowicy przeciwpłoniczej. (Wedł. Pr. med. Nr. 88).

Zjazd

Sprawozdanie

z czynności zastępcy delegata Rządu na 10-te Zgromadzenie Ligi Narodów 1929 r., Dr. W. Chodźki.

Reskryptem P. Ministra Spraw Zagranicznych z dnia

15 sierpnia 1929 r. I. G. M. O. 6112/29 powołany zostałem do udziału w Delegacji Polskiej na 10-te Ogólne Zgromadzenie Ligi Narodów w charakterze zastępcy delegata.

Udział mój w pracach Zgromadzenia polegał na objęciu

stanowiska przedstawiciela Delegacji Polskiej w V Komisji (Komisja do spraw społecznych) Zgromadzenia oraz w II-jej Komisji (Komisja do spraw organizacji technicznych Ligi Narodów) dla tej części porządku dziennego, która obejmowała kwestję higieny i międzynarodowej współpracy umysłowej.

A. Komisja V. Komisja ta na sesji 1929 r. dyskutowała sprawy opieki nad dzieckiem, walki z handlem kobietami oraz walki z opium i innymi narkotykami.

Na przewodniczącego V Komisji wybrano przedstawiciela Irlandji, prof. O'Sullivanę, na vice-przewodniczącą p. hrabinę Aponyi, delegatkę Węgier. Po raz pierwszy Komisja V powołała na to stanowisko kobietę — fakt ten stanie się prawdopodobnie precedensem na przyszłość.

Na mój wniosek wybrano sprawozdawcę dla kwestji walki z handlem kobietami delegata Sjamu, Ks. Varnvaidę, zaś do spraw opieki nad dzieckiem delegata belgijskiego hr. Carton de Wiart, do spraw walki z opium — delegata jugosłowiańskiego Foticza (który jednocześnie pełnił w r. 1929 funkcję przewodniczącego Komisji Doradczej do spraw walki z opium).

W Komisji V zabrałem głos w dn. 11 sierpnia 1929 r. w sprawie prac podkomisji prawniczej Komitetu Opieki nad dzieckiem, żądając przyśpieszenia tych prac ze względu na ścisły stosunek, jaki zachodzi między śmiertelnością dzieci niesłubnych a ich stanem prawnym w poszczególnych krajach: życzenie to zostało włączone do raportu sprawozdawcy, p. Carton de Wiart.

Po raz drugi przemawiałem w dn. 13 sierpnia 1929 r. w sprawie walki z handlem kobietami i dziećmi, podnosząc fakty skasowania domów publicznych w Urugwaju, kasowanie domów publicznych w niektórych miastach francuskich oraz składając powinszowanie delegatce W. Brytanji, mrs. Swanwick, która zapowiedziała w swoim przemówieniu skasowanie „Kapitulacji” w Egipcie — istnienie „Kapitulacji” podtrzymywało w b. znacznym stopniu handel kobietami w Egipcie, na czym obok innych krajów cierpiała również Polska. W konkluzji domagałem się, aby państwa, uwolnione od plagi domów publicznych, zwróciły z kolei baczna uwagę na sprawę sutenerów, a wobec tego, że Sekcja Społeczna Ligi Narodów zebrała już dość obfitą dokumentację w zakresie przepisów i rozporządzeń, skierowanych przeciw sutenerom, aby wyłono specjalną podkomisję do opracowania wniosków w tej sprawie — jest to tem konieczniejsze, że w październiku 1930 r. ma zebrać się w Warszawie Kongres Międzynarodowy Stowarzyszeń do walki z handlem kobietami, na którym sprawa, sutenerów będzie obszernie omawiana — w tej chwili prof. Overbeck z Friburga oraz Polski komitet walki z handlem kobietami posiadają już szereg wniosków konkretnych.

Propozycję moją Komisja V przyjęła i włączyła do raportu na Zgromadzenie Ogólne. Członkom Komisji rozdano opublikowane przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w języku polskim i francuskim „Sprawozdanie z Pierwszego Zjazdu Misyj Dworcowych Polskiego Komitetu walki z handlem kobietami i dziećmi”.

W sprawie walki z opium zabrałem głos na posiedzeniu Komisji w dn. 18 września 1929 r. i wyraziłem wątpliwości co do celowości zaleceń Komisji Doradczej do spraw opium, wskazując na gwałtowny wzrost produkcji narkotyków i kontrabandy w ostatnich latach i domagałem się opracowania planu ograniczenia fabrykacji przetworów odurzających. Do propozycji, przedstawionej przez delegację włoską, którą poparłem, zgłosiłem poprawkę, ustalając termin opracowania planu do najbliższego Zgromadzenia Ligi Narodów; delegacja włoska poprawkę moją włączyła do swojej propozycji.

W toku dość burzliwej dyskusji, w której w szczególności

delegacja włoska i delegacja państw południowo-amerykańskich dały wyraz niedwuznaczny swemu niezadowoleniu z działalności Komisji Doradczej Ligi w dziedzinie walki z opium, zgłoszono szereg rezolucyj; zgłosiły je: delegacja Wenezueli, Urugwaju, Włoch, W. Brytanji, Jugosławji. Delegacja francuska sprawiła niezwykłą sensację zapowiedzią wydania dekretu w przedmiocie ograniczenia produkcji francuskich fabryk narkotyków; delegat niemiecki zapowiedział przychylnie stanowisko rządu Rzeszy w sprawie ograniczenia produkcji niemieckich fabryk chemicznych w tej dziedzinie.

Poparłem rezolucję, zgłoszoną przez delegację jugosłowiańską z żądaniem paru poprawek w tekście (które przyjęto).

Prof. Baker wycofał zasadniczą rezolucję brytańską, pozostawiając jedynie motywy, poczem i delegacja włoska wycofała swoją propozycję.

Głosowałem przeciw propozycji Wenezueli, jako nieaktualnej, za propozycją jugosłowiańską z poprawkami oraz za rezolucją brytańską w sprawie kontroli przesyłek pocztowych na Dalekim Wschodzie.

Ze względu na wielką międzynarodową doniosłość uchwał Zgromadzenia Ligi, które po raz pierwszy w dziejach Ligi stanęło na stanowisku ograniczenia fabrykacji narkotyków, przytaczam tu zasadniczą rezolucję Zgromadzenia:

„Zgromadzenie:

1. uważa za uznaną odtąd zasadę ograniczenia fabrykacji przetworów, wymienionych w ustępach b), c) i g) art. 4 Konwencji Genewskiej w drodze ugody międzynarodowej.
2. Prosi Komisję Doradczą do spraw opium o przygotowanie planu tego ograniczenia, uwzględniając zapotrzebowanie światowe narkotyków do celów leczniczych i naukowych, jak również sposoby zapobieżenia wzrostowi cen tych przetworów, co spowodowałoby powstanie nowych fabryk w tych krajach, które obecnie nie wytwarzają narkotyków.
3. Sprawozdanie Komisji ma być przedstawione Radzie Ligi, która poweźmie decyzję zwołania Konferencji państw, które wytwarzają wyżej wymienione narkotyki. Jak również głównych państw konsumujących w liczbie, nieprzewyższającej liczby krajów wytwarzających: Rada zdecyduje również, czy w tej konferencji winniby wziąć udział rzeczoznawcy, proponowani przez Komisję Doradczą do spraw opium i przez Komitet Higieny.
4. Zaleca, aby liczba członków Komisji Doradczej została powiększona w celu zapewnienia wybitniejszego przedstawicielstwa w łonie tej Komisji krajom, niewytwarzającym narkotyków.
5. Postanawia do budżetu Ligi Narodów na rok 1930 wstawić sumę fr. szw. 25,000 w celu pokrycia kosztów, wymienionej wyżej Konferencji”.

Przyjęcie powyższej rezolucji zamyka pierwszy okres prac Ligi nad sprawą narkotyków, okres deliberacji i zbierania materiałów i otwiera okres stanowczych posunięć na drodze ostatecznego rozwiązania tego zagadnienia.

W ten sposób jednolite i konsekwentne stanowisko, zajmowane w tej sprawie w Lidze przez Rząd Polski od lat 7, zostało ostatecznie potwierdzone przez jednomyślny werdykt 10-go Zgromadzenia.

Będzie zapewne i nadal staraniem Rządu i jego przedstawiciela w Lidze, aby osiągnięty sukces myśli słusznej i humanitarnej nie doznał szwanku w wykonaniu rezolucji 10-go Zgromadzenia.

B. Komisja II W pracach Komisji II Zgromadzenia, której przewodniczącym obrano p. Mottę, delegata Szwajcarii, brałem udział ze względu na dwie sprawy z porządku

dziennego Komisji: sprawę międzynarodowej współpracy umysłowej i sprawę Organizacji Higieny Ligi Narodów. Na sprawozdawcę pierwszej z tych spraw obrano delegata chilijskiego p. Valdes de Mende ville, drugiej — delegata czechosłowackiego, p. Fierlingera. W związku z notorycznym zaniedbaniem w prowadzeniu Instytutu Międzynarodowej Współpracy umysłowej zająłem w przemówieniu, wygłoszonym na Komisji II w dniu 16 września 1929 r., stanowisko krytyczne wobec tej instytucji, poparłem żądanie powołania Komisji do zbadania jej działalności w składzie rozszerzonym i uzupeł-

nionym przez przedstawicieli nauczycielstwa, prasy i administracji oświatowej, domagałem się ściślejszego ograniczenia zakresu prac i badań Organizacji Współpracy Umysłowej Ligi Narodów, podniosłem dotychczasowe współpracowanie Polski w ponoszeniu ciężarów utrzymania Instytutu.

Na posiedzeniu Komisji II w dn. 17 września 1929 zabrałem głos w dyskusji nad sprawozdaniem z działalności Organizacji Higieny Ligi Narodów, wskazując na konsekwentny i logiczny rozwój prac tej Organizacji i popierając żądanie dodatkowych kredytów na realizowanie nowych jej zadań.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Stosunki zdrowotne w Brazylii.

Podał

O. BUJWID (Kraków)

Naczelną władzą sanitarną jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Departament narodowy zdrowia publicznego (Departamento nacional de Sande Publica). Pojedyncze stany posiadają duży zakres autonomji, co nie wychodzi na korzyść jednolitości działania. Departament Zdrowia mieści się w Rio de Janeiro, odległości do poszczególnych stanów są niezwykle wielkie, (Brazylja obszarem jest równą Europie, posiada niespełna 40 milj. ludności i bardzo niewystarczające środki komunikacyjne), tak, iż ażeby się dostać z Rio de Janeiro do krańcowych miast niektórych stanów, trzeba zużyć na to po parę tygodni i więcej. To znowu tłumaczy, dlaczego centralizacja zbyt silna niejednokrotnie mogłaby powstrzymać wykonanie ważnych, nagłych zarządzeń. Skutkiem tego wykonawstwo zarządzeń musi niejednokrotnie chromać. 14 stanów mają jednak wykonawstwo wspólne.

Służba lekarska wykwalifikowana jest niedostateczna i często widać w szpitalach i przychodniach słuchaczy medycyny, którzy pełnią funkcje lekarskie. Są to najczęściej słuchacze wyższych lat, ale często zdarzało mi się widzieć i początkujących, zwłaszcza w oddziałach dla chorób zakaźnych. Tu należy zaznaczyć odmienną strukturę wydziałów lekarskich w Brazylii wogóle. W siedmiu stanach istnieją wydziały lekarskie albo szkoły lekarskie, nie mające wcale autonomji uniwersytetów europejskich i związane z uniwersytetami luźno, nieco podobnie, jak to widzimy w Anglii. Profesorowie, wykładający zależni są od czynników rządowych, w pierwszym rzędzie od prezydenta Stanu. Na to mocno żalą się ludzie, chcący pracować naukowo, i twierdzą, że nauka w uniwersytetach, jako teren badań ścisłych, bezpośrednio z praktyką nie związanych, stoi na niskim poziomie. Istotnie, porównyując ilościowo i jakościowo prace uniwersytetów, a właściwie szkół lekarskich, z pracami instytucji takich, jak Instytut Oswaldo Cruz, lub instytut prywatny Vitala Brazila, albo Instytut w San Paulo Butantan, spostrzegamy tu poziom wyższy. Bardzo dobrze wyglądają publikacje, wydawane w ostatnich czasach przez Departament Zdrowia, pod kierunkiem prof. Clementino F r a g a. Są to jednak rzeczy z ostatnich paru lat dopiero. Ale byłoby wielką niesprawiedliwością, gdybyśmy od razu tutaj nie

zaznaczyli, że początek tym wszystkim pracom, na podstawach ścisłej nauki opartym, dali dwaj badacze: zmarły przed kilku laty w kwiecie wieku Oswaldo Gonsalvez Cruz i Vital Brazil. Zaslęgą pierwszego jest uwolnienie głównego miasta rzeczypospolitej Rio de Janeiro od stale tu grasującej plagi żółtej febry, która powstrzymywała przez długi okres czasu rozwój tego najpiękniejszego na świecie miasta. Od chwili, gdy żółta febra przestała stale grozić, fale cudzoziemców i miejscowych zamożnych fazenderów, zwłaszcza zaś liczne rzesze mieszkańców Stanów Zjedn. Amer. Półn. zaczęły przybywać tutaj na okres letni, gdy na półkuli północnej zima się sroży. W przeciągu niewielu lat miasto stało się prawdziwym amerykańskim Paryżem i wzrosło do prawie dwumiljonowej ludności. Niestety, zdaje się, że sprawa żółtej febry jest bardziej złożona, niż się to teoretycznie zdawało, jak o tem później powiemy.

Drugim takim niezmierniej zasługi badaczem i inicjatorem utworzenia w Brazylii instytutów do walki z plagą węzów jadowitych oraz wprowadzenia i wytwarzania surowic przeciwwęzowych jest Vital Brazil, dziś mający lat z górą 60, ale pracujący wytrwale w swym instytucie prywatnym w pobliżu Rio de Janeiro wspólnie ze swym synem lekarzem i dzielnym współpracownikiem arachnologiem światowej sławy Jaques Vellardem, który z ramienia rządu rzeczyposp. francuskiej bada pająki brazylijskie i niedawno udał się na wyprawę naukową do głębi niezbadanych jeszcze w tym kierunku północnych stanów brazylijskich. Zasługi innych badaczy omówimy później, gdy będziemy mówili o instytutach prywatnych.

Władze sanitarne funkcjonują najwydatniej w samej stolicy i w obrębie t. zw. districto federal w którego obrębie mieści się Rio de Janeiro. Pod kierownictwem głównej dyrekcji znajdują się nast. biura:

- 1) Inspektorat demografji sanitarnej
- 2) „ inżynierji
- 2) „ wykonawstwa praktyki lekarskiej, położniczej i t. d.
- 4) Biuro aktów.
- 5) Szpital izolacyjny
- 6) Zarząd posługi szpitalnej.
- 7) Biuro wychowania i propagandy.
- 8) Inspektorat Higieny dziecięcej.
- 9) Ośrodek zdrowia.
- 10) Inspektorat zapobiegania trądowi, chorobom wenerycznym i rakowi.

Prócz wymienionych należą do Departamentu: Dyrekcja służby zdrowia morskiej i rzecznej, Dyrekcja służby zdrowia Okręgu federalnego z Inspektorem dla zapobiegania chorobom zakaźnym. Inspektorat gruźliczy, pracownia bakteriologiczna, delegacje zdrowotne, inspektorat nad środkami spożywczymi, inspektorat higieny przemysłowej.

Dyrekcja uzdrowotnienia wsi.

Ostatni tytuł jest najważniejszy dla kolonii, niestety, tylko 14 stanów bierze w nim udział. A przyznać trzeba, że dział ten funkcjonuje bardzo wydatnie. Wszędzie, gdzie posiada filje, widać skutki dobroczynne w postaci uwolnienia terenów od zimnicy, higieniczne urządzenie budynków prywatnych i publicznych, zapobieganie tak przerażającą rozpowszechnionej robaczycy tęgoryjcowej (*Ankylostomiasis*), urządzenie i dobre prowadzenie ośrodków zdrowia i, co za tem idzie, opieka nad matką i dzieckiem: rozdawnictwo mleka i dożywianie dzieci szkolnych, przychodnie przeciwgruźlicze, zapobieganie chorobom wenerycznym, dozór nad środkami spożywczymi i inne. W ostatnich czasach skutkiem zjawienia się przypadków żółtej febrzy niezwykle troskliwe oględziny domów i mieszkań w kierunku niszczenia komarów i ich larw przez osobną służbę dezynsekcijną t. zw. komarobójcy — matamoskitos. Szeroko jest traktowana propaganda zdrowotności przez odczyty w szkole, a gdzie się da, i w kościele, przez ulotki, wydawnictwa popularne. W tym kierunku wydatnie pracuje fundacja Rockfeller'a, prowadząc walkę z wymienionymi chorobami w porozumieniu ściśm z *Sande publica*. Ale tego wszystkiego jak dotąd zbyt mało, ażeby się stać mogło dostępne dla szerszych mas ludności brazylijskiej. Często już w odległości kilkudziesięciu kilometr. od tegoż samego Rio de Janeiro, wyglądającego na stolicę o zakroju europejskim pierwszorzędnym, spotykamy bagniste, zimnicą zakażone miejscowości, lepianki o wyglądzie najbardziej pierwotnym, urągające najprostszym zasadom zdrowotności, siedliska zakorzenionej robaczycy, a często osobników z wyraźnymi oznakami trądu, żyjących z jałmużny, bo dotąd niema dostatecznej liczby schronisk dla tej choroby.

I tak samo przedstawia się stan zdrowotny naszych kolonii, jakie zwiedziłem w niektórych stanach. W tym kierunku postarałem się odwiedzić te stany, do których oddawna kierowali się koloniści. Należy odróżnić stany bardziej północne o klimacie gorącym i wilgotnym, prawdziwie zwrotnikowym albo nawet podrównikowym — tu niema liczniejszych polskich kolonii. Jeżeli były kiedy, mieszkańcy ulegli chorobom właściwym tej strefie — złośliwej zimnicy, żółtej febrze, a może i wpływom samego klimatu, do którego nie mogli i nie umieli się zastosować. Okolic tych nie zwiedzałem. Byłem natomiast w strefie pośredniej, zachęcony przez poselstwo polskie, mianowicie w stanie Espirito Santo, gdzie są liczne ślady kolonistów polskich, i niektóre kolonie pozostały i nawet prosperują na hodowaniu kawy. Ale nie mówmy tutaj o urządzeniach zdrowotnych, gdyż brakuje najbardziej kardynalnego, mianowicie — wychodków i studzien. Potrzeby fizjologiczne załatwiane są pospolicie gdziekolwiek *sub divo*, a wodę czerpie się z

pobliskiej rzeki lub strumienia, i chyba tylko dla tego niema częstych tyfusów, że pojedyncze domy mieszkalne kolonistów nigdy nie leżą w skupieniu, lecz są od siebie na znaczną odległość oddalone. Muszę zaraz dodać, że w Espirito Santo nie dotarłem do kolonii właściwych z powodu pory deszczowej, która właśnie wypadła podczas mego przybycia.

Przebyłem w Collatinie, miasteczku stanu Espirito Santo, przez kilka dni nie mogąc ruszyć dalej, ale jednocześnie chciałem na sobie wypróbować wpływ klimatu równikowego prawie w czasie, gdy oh najbardziej dokuczyć potrafi. I muszę powiedzieć, że wilgotne gorąco, podobne do tego, jakie spotykamy w mocno ogrzanych palmiarniach i cieplarniach storczykowych, nie wywarło na mnie żadnego szkodliwego, ani nawet przykrego wpływu. Czułem się dobrze i robiłem piesze wycieczki z moim nowym znajomym, inżynierem Niespodzianym, przedstawicielem firmy północno amerykańskiej — siła i światło — polakiem, urodzonym w Chicago i mówiącym wcale nieźle po polsku. Zdaje się, że zamierzona tutaj kolonizacja polskich osadników może liczyć na powodzenie. Towarzystwo kolonizacyjne, prowadzące tę sprawę, odrazu pomyślało o zabezpieczeniu zdrowia swych klientów i zamówiło lekarza, który czuwać będzie nad kolonistami i wprowadzi brakujące, jak dotąd, uświadczenie w rzeczach, dotyczących zdrowia i zdrowotnych urządzeń.

Tu odrazu mogłem się przekonać naocznie, jak nieodpowiednio odżywiają się brazylijanie. W klimacie tak gorącym, gdy nie odczuwa się prawie potrzeby pokarmów mięsnych, i gdy one są istotnie nieodpowiednie, widzi się u stołu hotelowego przeważnie dania mięsne, zjadane obficie, i stosunkowo mało pokarmów roślinnych i owoców. A owoców tych sezonowych dosyć: ananas, banany różnego rodzaju, u nas nie spotykane, np. złote banany, pomarańcze o doskonałym smaku i niezwykle soczyste, a u nas nie spotykane, lima, rodzaj słodkiej cytryny, nieznane u nas bardzo smaczne owoce manga, aromatyczne, o słodkim, zlekka kwaskowatym miąższu, nieco później winogrona, melony i arbuzy, doskonałe owoce zwane abakati, których miąższ przyprawiony z cukrem i cytryną przypomina w smaku doskonały krem. Rozmaitość owoców wielka, niema jednak naszych śliwek, malin, a nawet truskawki niedorodne. Gruszki i jabłka przywożone z Kalifornji i Australji, nie udają się bowiem w Brazylii. Panuje przesąd, na niczem nie oparty, że nie można jadać owoców różnego gatunku jednocześnie, natomiast na modłę północno amerykańską i angielską je się mięsiwa i drób bez ograniczenia. Dodać należy, że kuchnia brazylijska z jej sposobami przyrządzania mięsa, z wielką często ilością czosnku nie należy do przyjemnych w naszym rozumieniu. Nie można też nie zaznaczyć, że brakuje często nawet w lepszych jadłodajniach w środkowej Brazylii dobrego masła, tak, iż trzeba niejednokrotnie wyrzec się używania tego, jakie do stołu podawane bywa. Przytem obok obszernej prowadzonej hodowli bydła mięsnego nie prowadzi się gospodarstwa mlecznego, bo się nie opłaca z powodu drogiego robotnika. To też masło najczęściej sprowadza się w stanie solonym nawet z Europy, podobnie jak kartofle, któ-

re się tu nie udają, a przecież z Ameryki pochodzą,

Do kolonij polskich dotarłem nieco później, po powrocie do Rio de Janeiro, gdzie chciałem naprzód poznać pracę w instytucjach, nad pasorzytami tropikalnymi, węzami, pajakami oraz nad zapobieganiem zimnicy, żółtej febrze, i trądowi.

Najwięcej mogłem zobaczyć w Instytucie Oswaldo Cruz i tu skorzystałem wiele, zawdzięczając pomocy dyrektora Instytutu, Carlo Chagasa, i znakomitego znawcy fauny i flory brazylijskiej, Adolfa Lutz'a, z pochodzenia Niemca, urodzonego już w Brazylii, liczącego obecnie 74 lata, pracującego z werwą młodzieńczą i z zamiłowaniem coraz w innym dziale biologii. Po opracowaniu wielu różnorodnych tematów zabrał się on teraz do klasyfikacji żab, spotykanych w Brazylii.

Nie można nie wspomnieć ważniejszych przynajmniej prac tego zasłużonego badacza.

Nie było choroby zakaźnej, którejby się nie tknęła jego ręka. Wielkie położył zasługi koło badań nad zimnicą złośliwą, cholera, dżumą, ankilostomiazą (*Uncinaria americana*) i żółtą febrą. Odkrył przytem kilka nowych odmian widliszka (*anopheles*). Dla stwierdzenia zjadliwości komara nie zawahał się przed ukłuciem przenosiela żółtej febry wspólnie z innym apostołem nauki, Emilio Ribasem. Prace nad robakami wewnętrznymi, jak *Taenia*, *Ascaris*, *Distomum hepaticum*, badania nad *Schistosomum mansoni* i jego przenosi-cielem ślimakiem: *Planorbis* należą do badań pierwszorzędnych, które utrwaliły imię Lutz'a w nauce, niemniej, niż jego prace nad blastomikozą i sporotrichozą.

Obecny dyrektor instytutu Carlos Chagas, oprócz wielu prac z dziedziny parazytologii tropikalnej i studjów nad zimnicą, dokonał odkrycia nowej jednostki klinicznej, znanej obecnie pod nazwą choroby Chagasa, a zależnej od świdorowca *Trypanosoma cruzi*. Chagas stwierdził, że świdorowiec ten jest przenoszony przez owady — *Hemiptera* — *Rhodnius* i *Triatoma*.

Z instytutu Oswaldo Cruz przez 25 lat od 1900 — 1925 wyszło około 900 prac naukowych, niektóre z nich pierwszorzędного znaczenia praktycznego.

Nie można nie wymienić choćby niektórych nazwisk badaczy, którzy tam swe prace wykonali; oprócz już wymienionych:

Aragão de Beaurepaire — nad żółtą febrą Rocha Lima — nad dżumą. Neiva Arthur, Giemsa, g. Prowazek S. W. Vianna Gaspar, Fontes Antonio Cardoso, Magalhaes Octavio, Cunha Aristides, Godoy Alcides, Vasconcellos H. Figueiredo, Fonseca Olympio Oliveira, Araújo de Souza, Torres Magarinos, Almeida Miguel Ozorio, Travassos Lauro, Pinto Cezar, Botafogo Goncalves, Cruz Costa, Pacheco Genesio.

Przytoczyliśmy tutaj nazwiska, niektóre z nich dobrze, nam znane z literatury naukowej.

Nie chcę wymieniać więcej nazwisk badaczy brazylijskich; już z tych, które podaliśmy widać, że nauka nie stoi i nie czeka na odkrycia, gdzieindziej dokonane, ale idzie sama własnymi drogami, narówni z nauką całego świata. Na razie jesz-

cze mało stosunkowo ludzi, bo mało ich wogóle w całej Brazylii, ale jakościowo jest dużo.

Po instytucie Oswaldo Cruz najbardziej interesowały mnie prace Vitala Brazila, o którym już wspominałem wiedząc, że on właśnie wprowadził do Brazylii surowicę przeciwko ukąszeniom węzów jadowitych. Wynalazek tej surowicy, jak wiemy, zawdzięczamy Calmette'owi, który pierwszy surowicę taką wytworzył i zbadał przed laty 30. Calmette wykonał swe pierwsze prace nad *Naja tripudians* w Kochinchinie jeszcze w r. 1891, wytwarzając wówczas jako pierwszy z badaczy, na tem polu pracujących, surowicę przeciw — jadową. Wydał on wtedy swe pomnikowe dzieło: *Les venins, les animaux venineux et la serotherapie antivenineuse*. Dziś po 15 latach pracy nad tym przedmiotem, sprawa postąpiła znacznie naprzód, i właśnie dzięki pracom Vitala Brazila, współpracownika Calmette'a, mamy drugą rzecz: la defense contre l'ophidisme napisaną po portugalsku i po francusku, wydaną w 4 lata później i dziś również już nieco przestarzałą. Mamy tu jednak rzeczy, które obchodzą nas bezpośrednio, jako odbywające się na gruncie brazylijskim, a więc dotyczące i naszych kolonistów. Postaram się wkrótce streścić najważniejsze dane z tej pracy, są one bowiem z wielu względów interesujące dla każdego lekarza i przyrodnika.

Mamy zatem naprzód liczbę ukąszeń przez węże jadowite w Brazylii, rocznie 19.200, z tego 4 800 przypadków śmierci, o ile cyfry statystyczne, zebrane dla jednego stanu S. Paulo, mogą służyć za podstawę do przeciętnej w całej Brazylii. Dawniej za każdego przysłanego węża jadowitego przysyłający otrzymywał pewną ilość surowicy leczniczej z jednego tylko wówczas istniejącego Instytutu w Butantan. Obecnie jest 8 punktów zbiorczych, nadsyłających do zakładów, wytwarzających surowicę, węże; jest tych zakładów co najmniej 4. mianowicie: Vitala Brazila w Niteroy około Rio Janeiro, w Butantan, S. Paulo, w Belo Horizonte, w stanie Minas i w Porto Alegre. Zakłady te wytwarzają surowicę na potrzeby Brazylii w ilości może nawet za dużej, lepsze byłoby ześrodkowanie wytwórczości, a natomiast większa specjalizacja, gdyż nie wszędzie są jednakowe węże. Nie będę wchodził w szczegóły, podam w krótkości, z jakimi węzami mamy tu najczęściej do czynienia. Ale naprzód nieco wyjaśnię co do klasyfikacji i biologii.

Z 9-ciu rodzin węzów największe co do wielkości spotykane tutaj są: *Sucury* (*Eunectes murinus*) i *Giboia* (*Boa constrictor*), dochodzący do 10 metrów, należą do *Boidae*. Najliczniejsze gatunki należą do *Colubridae* i *Viperidae*. *Colubridae* są najbardziej rozpowszechnione. Dzielą się na: *Aglyphae* — zęby bez kanału, *Opisthoglyphae* — zęby tylne, przedzielone kanałem podłużnym, *Proteroglyphae* — zęby, zaszczepiające jad na przodzie, kanał w rozszczepieniu podłużnym. Do nich należy jadowita koralówka (*Elaps*). Pierwsze dwie grupy niejadowite.

Viperidae należą do *Solenoglyphae*; posiadają jadowy narząd bardzo silnie rozwinięty i wydoskonalony. Mamy tu dwie podrodziny: *Viperinae* i *Crotalinae*. Pierwsze są rozpowszechnione po całym świecie, nie mają przedstawicieli w Ameryce. *Crotalinae* są natomiast wyłącznie prawie mieszkań-

cami Ameryki. Różnica tych dwóch gatunków polega na istnieniu u *Crotalinae* otworu łzowego między oczami i szparą nosową. Z wyjątkiem jadowitej koralówki, która, jak już wiemy, należy do *Elapinae*, wszystkie węże brazylijskie należą do *Crotalinae*. Ta właśnie szpara, o której wspomniano, jest najpewniejszą różnicą między wężem jadowitym a nieszkodliwym, oczywiście, z wyjątkiem koralówki. Jest jednak więcej różnic bardziej widocznych, między jadowitymi a nieszkodliwymi. Jadowite mają głowę spłaszczoną i bardziej trójkątną, gdy niejadowite tej cechy nie wykazują. Jadowite mają żrenicę w postaci szpary pionowej, gdy niejadowite mają żrenicę okrągłą. Ogon jadowitych jest gruby i krótki, często ostro zakończony, niejadowite mają długi i cienki, stopniowo zwężający się.

O jadowitości koralówki i jej napastliwości po Brazylii i po za nią krążą liczne legendy i opowieści. Niedawno sam czytałem w jednej powieści o Brazylii taką sensacyjną bajeczkę. Ze sprawozdań zakładów wytwarzania surowic leczniczych dowiadujemy się rzeczy wręcz przeciwnych. Ukąszenia przez koralówkę są w istocie niebezpieczne i nawet śmiertelne, ale należą do tak rzadkich, że nawet surowica przeciwko nim nie jest wytwarzana. W ciągu lat 20 do Vitala Brazila zgłosił się jeden ukąszony przez jadowitą koralówkę. Mnóstwo zaś koralówek należy do niejadowitych, i poznać je łatwo.

Jady węzów działają w różny sposób i dawne opisy Martina i Calmettea nie zgadzają się ze spostrzeżeniami Vitala Brazila, który podaje zupełnie odmienną charakterystykę działania ukąszenia.

Po ukąszeniu koralówki prawie wcale nie ma bólu w miejscu ukąszenia, ból silny występuje po ukąszeniu przez żararakę (*Lachesis*), nieznaczny po ukąszeniu grzechotnika (*Crotalus*). Inne zmiany miejscowe po ukąszeniu przez żararakę występują b. wybitnie, mianowicie, silny obrzęk ukąszonej kończyny, która osiąga nieraz podwójną grubość. Jeżeli nie nastąpi śmierć po niedługim czasie, wówczas powstaje martwica wszystkich części miękkich, i pozostaje naga kość. Jest to t. zw. *typus botrophicus* ukąszenia. Z objawów ogólnych przy tym typie ukąszenia występują na pierwszy plan silne wynaczynienia i krwotoki; nie są one tak wyraźne przy ukąszeniu przez okularnika i wcale nie występują przy ukąszeniu przez koralówkę. Ukąszenie okularnika dotyczy przede wszystkim układu nerwowego. Jednym z pierwszych objawów jest wpływ na nerw wzrokowy, występujący już po kilkunastu minutach po ukąszeniu i trwa w razie przetrzymania ukąszenia nawet po kilku miesiącach. Następuje porażenie mięśniowe i, jeżeli ogarną one przeponę, wówczas następuje śmierć. Te ogólne cechy nie są jednak stałe dla gatunków pokrewnych i niektóre *Lachesis* zbliżają się działaniem do *Crotalus* i odwrotnie.

To też przy przygotowaniu surowicy leczniczej należy brać do użytku te rodzaje jądów, jakie najczęściej się zdarzają i najczęściej powodują przypadków. Ponieważ typ *Crotalus* wybitnie się różni od typu *Lachesis*, przygotowuje się surowica dwutypowa: *Serum anticrotalicum* oraz *Serum antibotrophicum*. Ale ponieważ różne gatunki *Lachesis*

dają odmienne nieco działanie, zatem nie wystarczy wziąć jeden gatunek *Lachesis*, ale bierze się ich sześć najczęściej spotykanych. *L. lanceolatus alternatus*, *neuwiedi*, *jararacuçu*, *L. atrox* i *cotiara* w równych ilościach suchego jadu, tak, ażeby 1 c. sz. odpowiadał 150 miligr. suchego jadu (który rozpuszcza się w glicerynie). Taką mieszaniną szczepi się konia stopniowo, aż do otrzymania odpowiedniej siły surowicy. Jest to surowica przeciwko ukąszeniu, spowodowanemu przez *Lachesis* albo żararakę, które bywają najpospolitsze. Przeciwno ukąszeniu przez grzechotnika przygotowuje się surowica *s. anticrotalicum* w sposób, wyżej opisany, ale używa się do szczepienia konia jadu z jednego tylko gatunku *Crotalus terrificus*, innych bowiem niema w Brazylii. Dla przypadków ukąszeń przez niewiadomego gatunku węża używa się surowicy dwutypowej wielowartościowej.

Surowica taka przechowuje się bez zmiany własności przez czas bardzo długi, podobnie jak to widzimy przy innych surowicach leczniczych. Zastosowanie jej musi nastąpić jaknajrychlej po ukąszeniu, nie później, niż w godzinę lub dwie, co zależy jednak od jadowitości ukąszenia i od ilości jadu. Zależy również od czasu jak długo trwał post węża przed ukąszeniem. Doświadczalnie stwierdzono, że ukąszenie po 15 dniach postu jest najzjadliwsze, natomiast ukąszenie wkrótce po najeżeniu się jest mało niebezpieczne. Ukąszenia nie następują tak często, jak to zwykle sobie wyobrażamy. Ja osobiście przez czas mego pobytu w kolonjach widziałem jeden przypadek ukąszenia leczony i jeden nieleczony, oba skończyły się wyzdrowieniem. Była jednak wielka różnica przypadku lezonego i nie lezonego. Leczonego dotyczył inżyniera kolejowego w Collatinie (Espirito Santo), ukąszonego przez żararakę przed godziną i zaraz potem nastąpiło zastrzyknięcie 10 c. sz. sur. antikrotalicznej. Chory przybył do szpitala z nieznośnym bólem ręki ukąszonej, silnym obrzękiem i krwawymi wynaczynieniami, na dwóch ostatnich palcach, które były zupełnie prawie czarne i znieczulone. Zaczynało się również fioletowo ciemne zabarwienie na całym ramieniu, które w oczach się powiększało. Po zastrzyknięciu ustał szybko ból, stopniowo już na drugi dzień zaczęło się zmniejszanie obrzęku, i zaczęła powracać barwa normalna skóry. Po tygodniu opuścił szpital zupełnie zdrowy. Zupełnie inaczej wyglądał nieleczony przypadek ukąszenia również przez żararakę w jednej z kolonij w Sta Catharina. Ukąszony przed trzema miesiącami w nogę powyżej kostki nie mógł wykonać żadnych ruchów w ciągu kilku tygodni, potem chodził z trudem, włączając nogą, ciągle silnie obrzękłą, z której nieustannie ciekł surowiczy płyn z otwierających się co pewien czas guzków, które się dalej tworzyły; nie pozwalał ten stan na wykonywanie jakiegokolwiek pracy. Trudno było przesądzać, czy nastąpi poprawa, na surowicę zaś było po czasie.

Ukąszenia następują u kolonistów najczęściej podczas pracy w polu, gdy są bez obuwia. Wąż leży zwinięty i zwykle w dzień śpi, nie mając żadnego zamiaru napadania i kąsania. Dopiero podrażniony przez nastąpienie, kąsa, raczej broniąc się, gdyż do napaści węże są wogóle nieskore. Na kolonjach kawowych w S. Paulo, gdzie jest bardzo

dużo węzów, od czasu jak fazenderzy zaprowadzili obowiązek pracy w obuwiu, ukąszenia spadły dziesięciokrotnie.

Prócz ukąszeń węzowych zdarzają się w kolonjach ukąszenia jadowitych pajaków, których

Vellard liczy trzy gatunki jadowite: *Lycosa rapitaria*, *Ctenus ferus* i *C. nigriventer*. Ukąszenia ich, niekiedy śmiertelne, bywają bardzo bolesne i tworzą rozległą martwicę części ukąszonej.

(Dok. nast.)

Życiorysy

Ś. p. dr. med. Zygmunt Grudziński.

Dnia 24 października r. b. zmarł w Warszawie dr. med. Zygmunt Grudziński, docent Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik Pracowni Rentgenologicznej Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Urodzony w roku 1870 w Łęczycy, w ziemi Kaliskiej, kurs szkoły średniej przeszedł w Warszawie w gimnazjum III i wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1890. Aresztowany w 1894 r. za uczestnictwo w manifestacji na cześć Kilińskiego, przesiedział 3 miesiące na Pawiaku, poczem zesłany został na 2 lata do Astrachania. Zwolniony wskutek amnestji bez prawa powrotu do kraju, kończy medycynę w Dorpacie w 1896 r. Obrawszy sobie narazie, jako specjalność, choroby wewnętrzne, a w szczególności leczenie fizykalne, udaje się celem uzupełnienia swego wykształcenia do Berlina, gdzie słucha wykładów prof. Leydena, a następnie do Wiednia do profesorów Benedicta i Winternitza. W r. 1899 pracuje w ciągu jednego semestru w klinice prof. Głuzińskiego we Lwowie, później jako ordynator nadetatowy w klinice djaagnostycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Od roku 1902 ordynuje podczas sezonów letnich w Ciechoćniku, gdzie objął stanowisko kierownika oddziału hidropatycznego. Wolny czas zimowy poświęca studjom nad rentgenologią w Warszawie, Berlinie i Hamburgu. Postanowiwszy w tymże czasie poświęcić się wyłącznie rentgenologii, porzuca w tymże czasie praktykę zdrojową i zakłada wspólnie z Drodzowiczem prywatny Zakład Rentgenologiczny. Od r. 1914 jest kierownikiem pracowni rentgenologicznej przy szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Jednocześnie w ciągu lat 4 prowadzi w zastępstwie powołanego na wojnę kolegi pracownię rentgenologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus. W latach 1918—1920 wykłada rentgenologię w szkołach dentystycznych Szymańskiego i Troppa w Warszawie. Od lat kilkunastu był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Towarzystwa Chirurgicznego i Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, którego był założycielem, a ostatnio prezesem. W r. 1922 otrzymał dyplom doktora medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, w r. 1926 został docentem tegoż Uniwersytetu.

Przez śmierć ś. p. Zygmunta Grudzińskiego rentgenologia polska poniosła ciężką stratę. Rozległa i rzetelna wiedza, logika w rozumowaniu i subtelny zmysł spostrzegawczy wysunęły zmarłego na czoło rentgenologów polskich. Swem bogatym doświadczeniem klinicznym dzielił się z ogółem lekarskim, ogłaszając około 70 róż-

nych prac, głównie z dziedziny rentgenologii klinicznej.

Wielką zaletą ś. p. Zygmunta Grudzińskiego było rozumowanie kliniczne w rentgenologii. Rozpoznanie na rentgenogramach ustalał w związku z objawami klinicznymi. W przemówieniach swych i dyskusjach zawsze podkreślał, że rentgenologia jest nauką kliniczną, że oderwanie jej od kliniki degraduje tę, jedną z najmłodszych dyscyplin lekarskich i jej przedstawicieli do rzędu techników fotograficznych.

Jego również zasługą było stałe domaganie się współpracownictwa lekarzy innych specjalności, kierujących swych pacjentów do badania lub zabiegu rentgenologicznego, z rentgenologiem. To współpracownictwo udało mu się uzyskiwać w kierowanej przez siebie pracowni szpitalnej, zarówno jak i w praktyce prywatnej.

W zakresie rentgenoterapii domagał się zakładania w szpitalach samodzielnych oddziałów rentgenologicznych, w których chorzy byliby prowadzeni przez rentgenologa przy współudziale lekarzy innych specjalności. Dlatego uznawał potrzebę gruntownego przygotowania klinicznego do sprawowania specjalności rentgenologa.

Bolał nad tem, że młodzi lekarze zaraz po skończeniu studjów lekarskich udają się na praktykę do zakładów rentgenologicznych, twierdząc, że taki stan rzeczy grozi upadkiem rentgenologii, jako nauce klinicznej. Stawiał postulat konieczności poznania zasad rentgenologii przez wszystkich studentów. Z radością też podjął, jako docent, pierwsze systematyczne wykłady dla studentów, do których przygotowywał się niezwykle sumiennie, urozmaicając je licznymi pokazami ze swoich zbiorów osobistych.

Ujmujący i pogodny charakter, szczerą gotowość służenia każdemu czy to radą, czy pomocą jednały mu serca wszystkich, którzy się z Nim stykali. Wytworzał dookoła siebie atmosferę harmonijnego współdziałania. Nazwisko jego było czynnikiem łączącym, uzgadniającym ambicje i wysiłki często rozbieżne.

Własnymi wysiłkami i częstym uczestnictwem w zjazdach i kongresach nawiązał niezwykle pożyteczny kontakt naukowy i towarzyski z przedstawicielami radiologii zagranicą.

Znany był powszechnie ze swej pracowitości, Czynny udział Jego w jakiejś pracy publicznej był uważany za synonim jej powodzenia. Rzeczywiście z niczego stworzył kwartalnik „Polski Przegląd Radiologiczny”, którego był nieodżałowanym redaktorem aż do chwili ostatniej, zachęcając i nawołując kolegów do dzielenia się wynikami doświadczenia przez umieszczanie w nim swych uwag, przyczynków i prac naukowych.

Ostatnią namiętnością ś. p. Zygmunta Gru-

dzińskiego w pracy rentgenologicznej było ustalenie mianownictwa radiologicznego lekarskiego. Sam zebrał prawie cały materiał, zestawiał, naradzał się z filologami, przepisywał, zabiegał o fundusze na wydawnictwo. Pomimo tak gorącz-

kowego pośpiechu nie udało Mu się dokończyć dzieła. Spodziewać się należy, że dokonają tego ci, którzy go cenili, szanowali i kochali.

Z. S.

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Bo y, znakomity znawca utworów R a b e l e g o, tak określa charakter jego twórczości. „Jestto kult życia, kult fatatyczny, radosny, taki, jaki może być u człowieka, który po latach, jak jego epoka, po wiekach niewoli, strząsnął z siebie dławiące jarzmo, kult życia, rozkoszujący się pełnią rozwoju wszystkich ludzkich sił i instynktów: od najwyższych potrzeb ducha do najpospolicznych potrzeb ciała. Dzieło R a b e l a i s to wyraz epoki całej, całej rodzącej się nowej kultury: bunt ciała przeciw poniżeniu i wzgardzie, w jakie wtrąciła je askeza średniowiecza w swoich najwarowniejszych fortecach—klasztorach”.

Po R a b e l a i s -satyryku z natury rzeczy musiało pozostać mnóstwo anegdot i legend. Dotyczą one głównie jego, jako pisarza; jako lekarz występuje on w nich rzadko.

Pewnego razu został on jakoby wezwany na naradę lekarską do chorego kardynała B e l l a y, swego protektora. Przybył, kiedy przyboczni lekarze kardynała gorąco dysputowali na temat, jaki należy zastosować środek przeczyszczający. Przysłuchawszy się nieco ich namiętnym sporom, opuścił ich niepostrzeżenie i, udawszy się do służby, polecił jej wystawić na dziedzińcu trójnog z kotłem gotującej się wody i wrzucić doń wszystkie klucze z pałacu. Kiedy zdziwieni tym postępkem lekarze, zapytali, co to ma znaczyć, R a b e l a i s odrzekł spokojnie: „niema nic lepszego nad klucze — one najpewniej otwierają wszystkie zapory. Gdyby i one nie pomogły, pozostaną tylko armaty — te wszystko rozsadzają”.

Humor nie opuścił go nawet na łożu śmierci. Kiedy kardynał B e l l a y, wiedząc o jego ciężkiej chorobie, posłał do niego paza z zapytaniem o stan jego zdrowia, R a b e l a i s, który wówczas przyjmował ostatnie namaszczenie, ujrawszy wysłannika, rzekł: „powiedz twemu panu, że w tej chwili smaruję mi tłuszczem buty, gdyż zaraz udaję się w ostatnią podróż”. Na chwilę przed śmiercią prosił, aby podniesiono zasłonę z okna, oświadczając: „farsa jest skończona”.

Testament jego brzmiał krótko:

„Mam wiele długów, nie posiadam nic,
a resztę przeznaczam dla biednych”.

Miasto Montpellier w r. 1876 nadało jednej ze swych ulic nazwę R a b e l a i s. Fakultet zaś lekarski, gdzie R. odbywał studia, w dowód czci dla wielkiego męża przez szereg lat w uroczystym dniu promowania doktorów wystrajał ich w szaty R a b e l a i s, które do dnia dzisiejszego przechowywane są w Montpellier z wielką czcią.

Giorlamo Cardano.

Urodził się w Padwie w r. 1501, zmarł w Rzymie w r. 1596. Jedną z najciekawszych postaci świata lekarskiego po wsze czasy. Genjuszem swoim przypominał P a r a c e l s a.

Pod względem wiedzy był to prawdziwy fenomen. W jednej osobie łączył głębokiego znawcę medycyny, polityka, dialektyka, metafizyka, matematyka, muzyka i astronoma. We wszystkich tych dziedzinach nie był bynajmniej dyletantem, lecz umysłem twórczym, genialnym. Życie i twórczość tego niezwykłego człowieka same przez się mogą stanowić temat niezmiernie ciekawy pod względem psychologicznym i naukowym. Tkwiły w nim największe sprzeczności: cnota i występki, materialista i metafizyk, lekarz i teolog, badacz i niewolnik zabobonu, wyznawca filozofii moralnej i zboczeniec. Za swe prace naukowe został oddany pod sąd inkwizycji, który wypadł jednak ze względu na jego niezaprzeczane zasługi łagodnie, gdyż skończył się na wysłaniu go do Rzymu.

Jako badacz na polu medycyny, wsławił się przedewszystkiem wyodrębnieniem tak zwanej wówczas „gorączki wysypkowej” (*febris petechialis*), której dał nazwę „*morbus pulicularis*”. Usiłował on utorować nowe drogi patologii, zwalczał teorię G a l e n o w s k ą o pochodzeniu niezżytów, pierwszy zwrócił uwagę na przewodnictwo kostne czaszki i dużo poświęcił pracy studjom psychiatrycznym.

Pozostawił po sobie pamiątkę — niezwykle ciekawy dokument, zawierający mnóstwo uwag krytycznych nie tylko z dziedziny naukowej, lecz i społecznej. Był to umysł również wybitnie sarkastyczny.

Ktoś zwrócił mu uwagę, że niezbyt wielu ma słuchaczy na swych wykładach. Odrzekł spokojnie: „niektórzy uczniowie sprowadzają zaszczyt swoją obecnością, inni swoją nieobecnością”.

Pewnemu lekarzowi, który bardzo chciał się, że ma więcej od niego pacjentów, odpowiedział: „nie na tem polega zasługa, kto ma więcej chorych, lecz na tem, kto ma więcej wyleczonych”. Drugiemu odrzekł: „żałuję mocno, że tylu nieszczęśliwych ginie z twoich rąk”.

„Więcej”, mawiał on, „zawdzięczam złym lekarzom, którzy uśmiercili moich wrogów, niż dobrym, którzy mi ich uratowali”.

Nostradamus. (Michel Notre Dame)

Urodził się w r. 1503 we Francji w St. Rémy, zmarł w r. 1566. Lekarz o dużej wiedzy. Jako astrolog, stał się zwolennikiem mistyki. Był autorem słynnych przepowiedni, wydanych w Lyonie, które do dnia dzisiejszego znajdują sobie zwolenników. Ze względu na złowrogie proroctwo pod adresem papieża, któremu przepowiadał rychły upadek, wyrocznie jego (*centuries*) zostały przez Rzym wyklęte

Jodelle, dramaturg francuski, współczesnik jego, ułożył o nim następujący dowcipny kalambur z powodu jego proroctw.

„Nostrą damus, cum falsa damus, nam fallere
[nostrum est]

Et cum falsa damus, nil nisi nostra damus“
Jako lekarz, cieszył się dużym powodzeniem. Był wzywany do Katarzyny Medycejskiej, a król Karol IX mianował go nawet swym nadwornym medykiem.
(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesało następujący Okólnik do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie kosztów leczenia za dzieci, chore na jaglicę, w specjalnych zakładach jagliczych.

W celu zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych i przeszkodzenia jej szerzeniu się wśród wychowanków tych zakładów, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej zarządziło okólnikiem Nr. Z. Z. 5806/26 z 30 maja 1926 roku usuwanie dzieci, chorych na jaglicę, z zakładów opiekuńczych i umieszczanie ich na czas choroby w celu odosobnienia i leczenia w specjalnych zakładach jagliczych.

Dzięki tym zarządzeniom w ciągu ostatnich lat jaglica w zakładach opiekuńczych znacznie osłabła. W 1928 roku mieliśmy w zakładach opiekuńczych 13% dzieci, chorych na jaglicę, w bieżącym roku badania okulistyczne wykazały już tylko 6% dzieci, chorych na jaglicę. To przemawia za tem, że ten sposób postępowania jest celowy.

I. Pragnąc na tem polu osiągnąć w jak najszybszym czasie zamierzone rezultaty, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przypomina Panom Wojewodom wzmiankowany wyżej okólnik i prosi, aby, wykorzystując uprawnienia, jakie daje art. 5 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 22.III.28 o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333), polecieli podległym sobie organom usuwanie z zakładów opiekuńczych dzieci, chorych na jaglicę, oraz umieszczanie ich na czas choroby w specjalnie urządzonych zakładach dla leczenia chorych jagliczych.

Dla leczenia dzieci, chorych na jaglicę, wyznacza się następujące zakłady:

1. Zakład leczniczo-wychowawczy dla dzieci chorych na jaglicę U. J. (Szpital trachomatyczny dziecięcy Uniwersytetu Jagiellońskiego) w Witkowicach. Zakład przyjmuje na leczenie wyłącznie dziewczęta w wieku od 3 — 16 lat.
2. Zakład leczniczo-wychowawczy dla jagliczych Kieleckiego Komitetu Wojewódzkiego w Częstochowie (Stradom). Zarząd: Częstochowa Stradom. Zakład przyjmuje na leczenie wyłącznie chłopców w wieku od 5 — 16 lat, w pierwszym rzędzie z terenu Woj. Kieleckiego.
3. Zakład leczniczo-wychowawczy dla dzieci jagliczych Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem w Sremie (Woj. Poznańskie). Zarząd przyjmuje na leczenie tylko dziewczęta, chore na jaglicę, w wieku od 3 — 16 lat.
4. Zakład leczniczo-wychowawczy dla dzieci jagliczych Polskiego Komitetu Opieki nad Dziećmi w Warszawie ul. Czerniakowska 131. Zakład przyjmuje na leczenie tylko chłopców w wieku od 3 — 16 lat.
5. a) Oddział jagliczy dla chłopców przy miejskim szpitalu zakaźnym w Wilnie, i
b) Oddział jagliczy dla dziewcząt przy Instytucie Oftalmicznym św. Józefa w Wilnie.

Te oddziały są przeznaczone w pierwszym rzędzie na potrzeby m. Wilna.

W wymienionych zakładach dzieci, chore na jaglicę, których leczenie, jak wiadomo, trwa dość długo, nie są pozbawione przez czas leczenia nauki szkolnej, gdyż są tutaj zorganizowane oddzielne szkoły i pracownie, w których są one kształcone, oraz jednocześnie korzystają w zakładzie z należytej ogólnej opieki i wychowania.

W ten sposób zakłady te są najodpowiedniejszymi instytucjami dla leczenia dzieci, chorych na jaglicę, ponieważ jednocześnie zapewniają im obok leczenia także ogólną opiekę i wychowanie, a przytem pobierają za te świadczenia stosunkowo bardzo niskie opłaty, które wynoszą od 2 — 3 zł od chorego dziennie. Dlatego też zechcą Panowie Wojewodowie polecić podległym sobie organom, aby dzieci, chore na jaglicę, były umieszczane w wymienionych zakładach.

II. Aby jak najbardziej udostępnić umieszczanie dzieci chorych na jaglicę we wzmiankowanych zakładach specjalnych i tem samem umożliwić ściśle przestrzeganie usuwania chorych z zakładów opiekuńczych, gdzie są one powodem szerzenia się jaglicy wśród otoczenia. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych upoważnia Panów Wojewodów do przyznawania w bieżącym roku budżetowym samorządom słabszym finansowo i mającym mniej, niż 100,000 mieszkańców, instytucjom opiekuńczym, mającym charakter dobroczynny, opiekunom, nieuprawnionym do korzystania na ten cel z pomocy instytucji ubezpieczeniowych lub innych, obowiązanych do pokrywania należności za pobyt dziecka w zakładzie jagliczym, zasiłków na koszty leczenia po 30 gr. dziennie na chorego. W celu uzyskania tej zapomogi zainteresowane instytucje lub osoby winny złożyć do Urzędu Wojewódzkiego (Wydziału Zdrowia) za pośrednictwem władzy administracji ogólnej wnioski o jej przyznanie, dołączając niezbędne dowody, stwierdzające, że odpowiadają wyżej wzmiankowanym warunkom.

Urząd Wojewódzki obowiązany jest co miesiąc przesać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) wykaz chorych, na których leczenie zostały przyznane zapomogi, z podaniem zakładu jagliczego, do którego zostały oddane na leczenie.

Na podstawie tych wykazów Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządzi w granicach rozporządzalnego kredytu wypłatę tego zasiłku odnośnemu zakładowi jagliczemu na poczet ogólnych należności, przypadających zakładowi za wykazanych chorych.

III. Zaznacza się przytem, że przyznawanie przez władze wojewódzkie powyższych zapomóg odnosi się do chorych, umieszczanych we wszystkich wyżej wymienionych zakładach jagliczych z wyjątkiem zakładu leczniczo-wychowawczego dla dziewcząt jagliczych U. J. w Witkowicach. Temu ostatniemu zakładowi z uwagi na jego uniwersytecki, a przeto jednocześnie także naukowo-badawczy charakter Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zagwarantowało w bieżącym roku budżetowym za wszystkich chorych, przyjętych na leczenie po dniu 1.IV.1929, wpłacać zaliczkowo na poczet przypadających ogólnych należności od właściwych płatników po 1 zł. lub 50 gr. dziennie. Wpłata po 1 zł. uskuteczniata jest za chorych, za których za-

kładowi przysługuje prawo pobierania taksy po 2 zł. 50 gr. dziennie, oraz po 50 gr. z chorych, od których zakładowi przypada taksa 3 zł. dziennie. Wobec uskuteczniania powyższych wpłat przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w zastępstwie za właściwych płatników, ci ostatni obowiązani są regularnie opłacać tylko pozostałą część taksy, a mianowicie: płatnicy tacy, jak samorządy, liczące mniej, niż 100,000 mieszkańców, instytucje opiekuńcze, posiadające charakter dobroczynny, i opiekunowie, niekorzystający ze świadczeń na ten cel ze strony innych instytucji, zamiast taksy po 2,50 zł., wpłacać takse zniżoną po 1,50 zł. dziennie, zaś pozostali płatnicy zamiast taksy 3 zł. — takse zniżoną po 2,50 zł. dziennie.

Urzędy wojewódzkie zechcą dokładnie poinformować interesowane instytucje o ulgach, z jakich mogą korzystać przy umieszczaniu dzieci, chorych na jaglicę, w zakładzie w Witkowicach, dzięki udzielanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych temu zakładowi zapomogom. Każda osoba lub instytucja, która umieszcza dziecko chore w zakładzie witkowskim na ulgowych warunkach, winna zgłosić to za pośrednictwem powiatowej władzy administracji ogólnej Urzędowi Wojewódzkiemu, który obowiązany jest utrzymywać ewidencję chorych, otrzymujących leczenie po taryfie zniżonej, oraz wykazy tych chorych wraz z wykazami chorych, którym Województwo przyznało zapomogi po 30 gr. dziennie na leczenie, przekazywać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych dla właściwego ich wykorzystania.

Zaznacza się przytem, że chorem, korzystającym ze zniżonej taksy leczniczej w Witkowicach, nie może być przyznana jednocześnie zapomoga 30 gr.

IV. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uprasza Panów Wojewodów o zwrócenie uwagi interesowanych osób i instytucji na konieczność regularnego wnoszenia pozostałych należności za pobyt w zakładach jagliczych tym zakładom i że zaniedbywanie tego obowiązku, które utrudnia działalność tych zakładów, może spowodować wstrzymywanie przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych dalszego wypłacania zasiłków na koszty leczenia, które na podstawie tego zarządzenia poprzednio uzyskali.

W razie niemożności ponoszenia przez samorządy, instytucje opiekuńcze i opiekunów dziecka chorego pozostałej części taksy zakładowej, po uzyskaniu zapomogi na koszty leczenia, to znaczy części, przypadającej za utrzymanie i ogólną opiekę nad chorem, interesowane instytucje winny wystąpić do Pana Wojewody z wnioskiem po myśli okólnika Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej Nr. 3561/0.11 z dnia 20 lipca 1929 r. o przyznanie im odpowiedniego zasiłku z kredytów Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Zaznacza się, iż ewentualne nieuzyskanie przez interesowane osoby i instytucje wzmiankowanych ulg i zasiłków nie zwalnia ich od zastosowania się do zarządzeń władz administracji ogólnej, wydanych w myśl art. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.III 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 333).

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych mniema, że przez przyznanie powyższych ulg i zasiłków na koszty leczenia zostały dane warunki samorządom do przeprowadzenia racjonalnego zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych; dalsze przetrzymywanie dzieci, chorych na jaglicę, w zakładach opiekuńczych i narażenie w ten sposób zdrowych wychowanków na zarażenie nie może być żadną miarą tolerowane, jako niczem nieusprawiedliwione.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

Adamski.

— Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc październik 1929 r.

W Zarządzie Centralnym.

Mianowani: Alszerówna Zofja rejestratorem w IX st. sl. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie z dniem 1.X 1929 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia:

Mianowani: Dr. Glatzel Jan, starszy asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, do odwołania prymarjuszem w VII st. sl. w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie dekretem z dnia 12.X 1929 r.

Przeniesieni w stan nieczynny:

Jamioła Władysław, urzędnik VII st. sl. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, uchwałą Rady Ministrów z dnia 25.X 29 na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17.II 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 28.X 29 r.

Dr. Bednarz Józef, Dyrektor Państwowego Zakładu psychiatrycznego w Kulparkowie w V st. sl., uchwałą Rady Ministrów z dnia 25.X 1929 na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dn. 28.X 1929 r.

Dr. Lipski Kazimierz, urzędnik V st. sl. w Tymczasowym Wydziale Samorządowym w likwidacji we Lwowie, uchwałą Rady Ministrów z dnia 25.X 1929 na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17.II 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 29.X 1929 r.

We władzach II instancji:

Mianowani. Zawidzki Józef Wiktor, pracownik kontraktowy VI grupy uposażenia w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VI st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku dekretem z dnia 15.X 1929 r.

Dr. Stembrowicz Kazimierz, lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Grodzisku, inspektorem lekarskim w VII st. sl. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy dekretem z dnia 21.X 1929 r.

Dr. Orszulok Paweł, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Katowicach, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VII st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach dekretem z dnia 24.X 1929 r.

Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Taraszkiewicz Edmund, inspektor lekarski w VI st. sl. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, na własną prośbę w myśl art. 28 ustawy emerytalnej z dnia 11.XII 1923 r. z dniem 31.X 1929 r.

We Władzach I instancji:

Mianowani: Dr. Besser Michał, pracownik kontraktowy w Poleskim Urzędzie Wojewódzkim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Pińsku dekretem z dnia 26.X 1929 r.

Zwolnieni: Dr. Gałkowski Aleksander, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Oszmianie, z dniem 31.X. 1929 na zasadzie art. 62 ustawy o państwowej służbie cywilnej.

Dr. Zieliński Stanisław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Pińsku, z dniem 31.X 29 na zasadzie art. 62 ustawy z dnia 17.II 1922 r. o państwowej służbie cywilnej.

Przeniesieni: Dr. Rybiński Aleksander, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowym w Wieluniu, z dniem 1.X 1929 na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w Starostwie we Włodawie.

Dr. Godlewski Feliks, lekarz powiatowy w VII st. sl. we Włodawie, z dniem 1.X 1929 r. na stanowisko lekarza powiatowego w VII st. sl. we Włocławku.

Dr. Juchtman Maurycy, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Krzemieńcu, z dniem

31.X 29 na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w VII st. st. w Starostwie powiatowym w Wierzbniku.

— Od Zarządu Polskiego Związku Przeciwgruźliczego otrzymaliśmy, z prośbą o wydrukowanie, następujący Komunikat:

Badania naukowe ostatnich lat wykazały, że państwo, które chce skutecznie przeciwdziałać klęsce gruźlicy, powinno posiadać tyle łóżek w szpitalach dla gruźlików, by na każde 10 tysięcy ludności przypadało od 4-ch do 10 łóżek. Przy takim stanie rzeczy społeczeństwo ma możliwość odseparowania się od najbardziej chorych, będących najgroźniejszym źródłem zarazy. Pod tym względem, jak zresztą wieloma innymi — jesteśmy bardzo dalecy od ideału — nie każde bowiem 10 tysięcy ludności posiadamy zaledwie 2,2 łóżka.

To też Polski Związek Przeciwgruźliczy energicznie się zajął palącą sprawą rozbudowy arsenału przeciwgruźliczego i pragnąc umiejętnie kwestję rozbudowy rozstrząsać — postanowił dać możliwość zaznajomienia się fachowego ze zdobyczami techniki budownictwa szpitalnego zagranicą. Opierając się na postępach techniki w krajach innych możemy mieć nadzieję, że uda się nam uniknąć wielu błędów i pomimo ograniczonych funduszy osiągnąć jaknajlepsze rezultaty.

Budownictwo szpitalne osiągnęło najlepsze rezultaty w Ameryce, gdzie też technika takiego budownictwa stoi ogromnie wysoko. — Odczyt inżyniera Borawskiego specjalnie technice budowy szpitali i sanatoriów w Ameryce poświęcony — ma na celu zainteresowanie rzeczoznawców sprawą rozbudowy szpitalnictwa w Polsce i zachęcenia ich do krytycznych uwag na ten temat. Dyskusja na ten temat

wywołana może dać w rezultacie ciekawe rozwiązanie zastosowania na gruncie polskim zdobyczy techniki amerykańskiej.

Związek Przeciwgruźliczy zaprasza wszystkich tych, którym sprawa rozbudowy szpitali i sanatoriów w Polsce leży na sercu, o przybycie na odczyt inż. Borawskiego, który się odbędzie dnia 11/XII w Towarzystwie Higienicznym na ul. Karowej 1 (mała sala) — pod tytułem „Budownictwo szpitalne i sanatoria gruźlicze w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w związku z odbytym w roku bieżącym L. Kongresem Szpitalnictwa w Atlantic City“.

Odczyt będzie ilustrowany licznymi przezroczami.

(Komunikat niniejszy otrzymaliśmy już po wydrukowaniu numeru z d. 5.XII r. b. Red.)

-- Uzupełniające kursy lekarskie.

Uzupełniające kursy lekarskie, urządzone przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, odbędą się w roku 1930 w terminie jesienno-wiosennym od 29 września do 10 października. Bliższych wiadomości w sprawie kursów udziela Dr. Edward Mróz, asystent Kliniki Pediatrycznej U. J. Kraków, ul. Strzelecka 2.

— Doskonale redagowane wydawnictwo „Skorowidz Lecznictwa” rozeszło swoim abonentom dalszą serję uzupełnień „Skorowidza” za miesiąc wrzesień i październik r. b. Uzupełnienia te obejmują opracowania: 1) z działu klinicznego, 2) z działu specyfików i 3) z działu ogólnego. Następne uzupełnienia (za listopad i grudzień 1929) wyjdą w ciągu miesiąca grudnia, poczem uzupełnienia w r. 1930 wychodzić będą w odstępach miesięcznych.

TREŚĆ: M. SZOUR. O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogrzuczołowych. (Dok.) A. LANDAU, M. FEJGIN i B. JOCHWEDS. Spostrzeżenia kliniczne nad bradykardią. Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany zespołem Hornera. (Dok.) B. KRYŃSKI. Kilka uwag w sprawie artykułu DR. H. ADELFAŃGA. „O nowej metodzie cholecystografii doustnej.” H. ADELFAŃG. Odpowiedź d. rowi B. KRYŃSKIEMU. B. GOLDSTEIN. O zaburzeniach wydzielania trzustki i o ich leczeniu. (Str. zbior.) Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. Zjazdy. O. BUJWID. Stosunki zdrowotne w Brazylii. Z. S. Ś. p. dr. med. ZYGMUNT GRUDZIŃSKI — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny. (C. d.) Wiadomości bieżące.

Sommaire des articles originaux: M. SZOUR Sur les maladies endocrines pluringlandulaires (fin). A. LANDAU, M. FEJGINEL. B. JOCHWEDS. Observations cliniques sur la bradycardie (fin). B. KRYŃSKI. Quelques remarques à propos de l'article du DR. H. ADELFAŃG. „Une nouvelle methode de la choleéystographie orale.” H. ADELFAŃG. Réponse au DR. B. KRYŃSKI. B. GOLDSTEIN. Sur les troubles de la sécrétion du pancréas et leur traitement. (Rev. gén.) O. BUJWID. Les conditions sanitaires au Brésil. Z. S. Fen DR. SIGISMAND GRUDZIŃSKI. L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine. (Suite).

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.