

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, DRAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Ogólną ilość azotu określaliśmy sposobem Kjeldahla. Mocznik w początkowych, tutaj niepodanych doświadczeniach, próbowaliśmy określać sposobem A. P. Borodina, jednakowoż przy porównaniu danych z dwu rozbiórów sposób ten dał niezupełnie pewne wyniki. Wobec tego w dalszych badaniach używaliśmy wyłącznie sposobu Siöqvist Mörnera i określaliśmy mocznik sposobem następującym: 5 cm³ moczu z 2 cm³ kwasu solnego (cięż. gat. 1124) odparowywaliśmy w kolbie na łaźni wodnej. Do suchej reszty dodawaliśmy 20 gr. krystalicznego chlorku magnezy i 2 cm³ kwasu solnego. Mieszanina ta gotowała się z chłodnicą w ciągu 2 godzin na słabym ogniu. Następnie zawartość przeprowadzaliśmy w sposób używany przy określaniu ilościowych, do większej kolby dla destylacji, dodawaliśmy 2 cm³ 40% KOH i destylowaliśmy amoniak. Z otrzymanej ilości amoniaku odejmowaliśmy ilość amoniaku moczu, który osobno określaliśmy, i z otrzymanej różnicy określaliśmy ilość mocznika. Jak dowiodły podwójne rozbiory, sposób ten okazał się dostatecznie ścisłym, jeżeli tylko mocz nie zawierał białka lub cukru. Amoniak moczu otrzymywaliśmy sposobem Folina.

Kreatyninę określaliśmy według Jonsona następującym sposobem:

Do 100 cm³ moczu dodawaliśmy 5 cm³ nasyconego roztworu kwaśnego octanu sodowego i 20 cm³ nasyconego roztworu sublimatu. Otrzymywaliśmy osad, składający się z moczanów, fosforanów i siarkanów. Po ustaniu się osadu sączyliśmy to wszystko przez suchy sączek, następnie 100 cm³ (=80 cm³ moczu) zupełnie przezroczystego przesącza pozostawialiśmy w termostacie (30° C) do następnego dnia.

Powstawał wtedy strąć, przedstawiający ręcione połączenie kreatyniny; strąć ten zbieraliśmy na sączku, przemywaliśmy nasyconym roztworem kwaśnego octanu sodu i razem z sączkiem spalaliśmy według Kjeldahla. Z ilości otrzymanego azotu określaliśmy ilość kreatyniny. Kwas moczowy określaliśmy według Hopkinsa następującym sposobem: Do 200 cm³ moczu dodawaliśmy 60 gr. chlorku amonu i mieszaninę tę ogrzewaliśmy na łaźni wodnej do 30°—35° C. Strącał się wtedy kwaśny moczan amonowy; w wyjątkowych przypadkach trzeba było dodawać uprzednio 1—2 kropli amoniaku, ażeby wywołać te strąty. Potem mocz pozostawialiśmy do dnia następnego i wtedy osad zbieraliśmy na małym sączku, przemywaliśmy 10% roztworem kwaśnego siarkanu amonowego. Przemyty osad rozpuszczaliśmy na sączku w gorącym 1% roztworze KOH i ilościowo przeprowadzaliśmy do kolby dla spalań. Alkaliczny roztwór kwaśnego moczanu potasowego przed spalaniem odparowywaliśmy na łaźni wodnej aż do zupełnego usunięcia swobodnego amoniaku. Po spaleniu azot określaliśmy według Kjeldahla. Mnożąc ilość azotu przez 3, otrzymywaliśmy ilość kwasu moczowego. Ze względu na to, że wyniki badań mogły zależeć od ścisłości przeprowadzanych rozbiórów, przeprowadzaliśmy w większości przypadków rozbiory podwójne. Różnica przy określaniu azotu i kreatyniny wynosiła centygramy, przy określaniu zaś kwasu moczowego miligramy na dobową ilość moczu.

Badania przeprowadziliśmy w 7 przypadkach. Tutaj dokładniej podamy 5 doświadczeń przeprowadzonych z pożądaną ścisłością; z wyników zaś dwóch pozostałych doświadczeń korzystamy tylko częściowo, ponieważ z przyczyn od nas niezależnych niektóre okresy karmienia nie zostały tutaj doprowadzone do końca.

Doświadczenie I.

Badanie przeprowadzono na chorym G. I. 37, przyjętym do kliniki z objawami neurastenii średniego stopnia. 4 lata temu podczas pobytu na Kaukazie chory przechodził zimnicę; jako następstwo tego pozostała cokolwiek powiększona wątroba i śledziona. Ciężota przez cały czas pobytu w klinice wahała się między 36°—37° C. Waga początkowa 74,4, przy wyjściu z kliniki 76,3 kg; w moczu białka ani cukru nie było. 5/X 1909 r. rozpoczęto dietę bezpurynową. Do 11/X codziennie dostawał: 800—900 cm³ mleka, 400—500 gr. bułki, 25—30 gr. łapszy, 50 gr. masła, 200 gr. twarogu, 50 gr. cukru, 900 cm³ słabej herbaty i 2 jabłka. Od 11/X—13/10 oprócz tych pokarmów dostawał na dobę po 200 gr. jaj. Od 14/X do końca do-

świadczenia był na tej samej dyecie, jak w początku doświadczenia. Przy takiej dyecie chory dostawał na dobę 95—105 gr. węglowodanów, co na ogół równało się 2500 do 2800 kaloryi, t. j. około 33—36 kaloryi na 1 kg wagi ciała. Chory przez cały czas doświadczenia czuł się dobrze, miał dobry apetyt, z wyjątkiem 15/X kiedy stosunkowo mało jadł. W dni mięsne pozostawał na tej samej dyecie bezpurynowej, a oprócz tego dostawał 400 gr. mięsa na dobę. Doświadczenie trwało od 6/X—4/XI t. j. 30 dni. Wyniki badania moczu przez cały czas doświadczenia zebrane są w tablicy I. i graficznie przedstawione na krzywej I.

Tablica I.

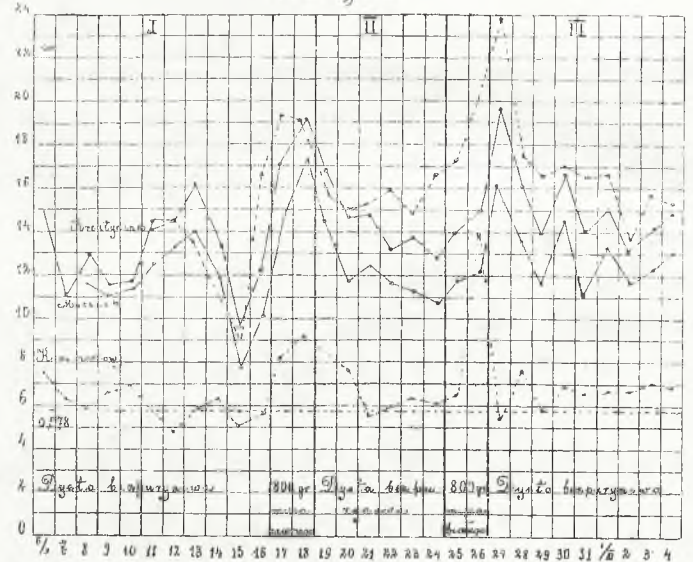
Data	Rodzaj diety	Ilość moczu na dobę w c.	Ciepota gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu	Ilość mocznika w gr. N ₁	Stosunek % N ₁ mocznika do ogólnego N ₂	Ilość amoniaku	Ilość kwasu moczowego	Ilość kreatyniny
6/X	Bezpurnowa	2380	1010		14'99	11'96	80	—	0'743	1'134
7	»	1080	1024		11'03	—	—	0'60	0'634	—
8	»	1470	1020		11'17	—	—	—	—	—
9	»	920	1028		13'22	11'40	86	0'81	0'582	—
10	»	1110	1025		11'64	9'99	86	0'49	0'659	—
11	Bezpurn. + 200 gr. jaj	1325	1024		11'84	10'43	88	0'32	0'696	—
12	»	1250	1022		14'55	12'29	84	0'43	0'597	1'419
13	»	1330	1024		14'09	13'30	90	0'82	0'477	1'459
14	Bezpurnowa	1930	1012		16'33	13'89	85	0'79	0'593	1'367
15	»	1120	1020		13'31	11'84	88	0'56	0'632	—
16	»	920	1029		9'41	7'43	80	0'45	0'502	0'921
17	400 gr. mięsa czarnego	1210	1022		12'14	10'15	84	0'38	0'574	1'662
18	»	1180	1028		17'15	14'83	87	0'50	0'829	1'920
19	Bezpurnowa	1305	1022		19'20	17'41	90	0'81	0'927	1'912
20	»	1345	1021		16'81	14'56	86	0'82	0'822	1'566
21	»	1240	1023		14'66	11'82	80	1'55	0'771	1'492
22	»	830	1025		14'83	12'42	84	0'89	0'575	1'527
23	»	1260	1022		13'27	11'73	81	0'81	0'600	1'591
24	»	1370	1021		13'80	11'33	82	1'77	0'633	1'481
25	400 gr. mięsa białego	1730	1016		12'83	10'72	83	0'92	0'622	1'658
26	»	1460	1020		14'04	11'71	83	0'84	0'667	1'737
27	Bezpurnowa	1580	1021		15'12	12'11	80	1'34	1'394	2'094
28	»	1680	1020		19'86	16'11	82	3'19	0'535	2'477
29	»	1060	1024		15'95	13'61	86	3'13	0'772	1'767
30	»	1450	1021		15'99	13'61	86	3'13	0'784	1'767
31/X	»	1870	1015		13'84	11'55	82	0'71	0'595	1'652
1/XI	»	1940	1016		16'81	14'55	86	1'68	0'707	1'705
2	»	1800	1015		14'08	11'07	82	2'80	0'668	1'663
3	»	1470	1021		15'14	13'57	89	2'49	0'677	1'678
4	»	1120	1025		13'20	11'75	88	1'27	0'679	1'377
					14'23	12'30	87	2'43	0'725	1'574
					14'84	13'09	90	1'26	0'715	1'531

W tem doświadczeniu pierwszy bezpurynowy okres, t. j. od początku doświadczenia do pierwszej podanej porcji mięsa, trwał dni 11. W tym okresie ilość ogólna azotu i mocznika cokolwiek spadła z wyjątkiem okresu od 11/X do 13/X, kiedy chory oprócz zwykłego pokarmu dostawał jeszcze po 200 gr. jaj na dobę. Wybitne obniżenie azotu i mocznika 15/X tłumaczy się tem, że chory w tym dniu stosunkowo mało jadł. Kwas moczowy w tym okresie ustalił się na pewnej wysokości, która odpowiadała ilości wewnętrznego (endogen) kwasu moczowego. Omówione już wahania w wydzieleniu azotu i mocznika nie miały wpływu na wydzielenie kwasu moczowego. Ilość kreatyniny początkowo spadła, a następnie bez widocznej przyczyny poszła w górę. Potem chory otrzymywał w ciągu 2 dni po 400 gr. mięsa czarnego na dobę. Wtedy ilość azotu i mocznika znacznie się zwiększyła; maximum wydzielania wypada na drugi dzień mięsny. Ilość kreatyniny stosunkowo nieznacznie się zwiększyła, ilość kwasu moczowego zwię-

kszyła się dosyć znacznie i wynosiła 0,927 grama. Następny II okres bezpurynowy trwał 6 dni. W ciągu tego okresu wszystko powoli wracało do stanu prawidłowego. Ilość kwasu moczowego powraca do poprzedniego poziomu w 3. dniu. W ciągu następnych dwóch dni mięsnych, kiedy chory otrzymywał po 400 gr. mięsa białego na dobę, wydzielenie wszystkich wspomnianych ciał znowu wybitnie się zwiększyło.

Maximum wydzielania azotu, mocznika i kreatyniny wypada na 1 dzień następnego okresu bezpurynowego.

Przywa 1.



Średnia ilość wewnętrznego (endogen) kwasu moczowego = 0,578 gr. (z 22 rozbiorów)

Maximum wydzielania kwasu moczowego podobnie jak przy mięsie czarnym wypada w 2 dni mięsnych i wynosi 1,402 gr. t. j. znacznie więcej, niż przy mięsie czarnym. W następnym okresie bezpurynowym, który ciągnął się dni 9, wszystko znowu powróciło do stanu prawidłowego. Ilość kwasu moczowego powraca do dawnego poziomu już w pierwszym dniu. Jeżeli porównać w tem doświadczeniu wahania ilościowe w składzie moczu pod wpływem mięsa czarnego i białego, to widzimy, że wybitna różnica daje się zauważyć głównie w wydzieleniu kwasu moczowego. Gdy przy mięsie czarnym maximum wydzielania dochodzi zaledwie do 0,927 gr, to przy białym mięsie dochodzi do 1,402 gr. Dalej przy mięsie czarnym cały nadmiar kwasu moczowego, wywołany przyjmowaniem tego mięsa, wydzielili się w ciągu 4 dni (2 mięsnych i 2 bezpurynowych), przy mięsie zaś białym w ciągu 2 dni (mięsnych). Znaczący to, że wydzielenie kwasu moczowego po mięsie białym w tem doświadczeniu idzie znacznie prędzej, niż po mięsie czarnym. Ilości kwasu moczowego, wydzielone w tem doświadczeniu w dni bezpurynowe, a więc bez spożywania mięsa, wynoszą (według 22 rozbiorów) średnio 0,578 gr kwasu moczowego na dobę. Ilość ta w danym przypadku jest wskaźnikiem ilości wewnętrznego (endogen) kwasu moczowego. Znając tę ilość, można obliczyć, wiele w danym przypadku wydzieliło się kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz (exogen) po spożyciu mięsa białego i czarnego. Okazuje się, że pod wpływem mięsa czarnego wydzieliło się 1,037 gr kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz. Widzimy więc, że pomimo, iż wydzielenie kwasu moczowego przy mięsie czarnym trwało znacznie dłużej niż przy białym, w ilościach wydzielonego kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, znajdujemy stosunkowo niewielką różnicę.

W doświadczeniu tem nie stwierdziliśmy jakiegokolwiek różnicy w wydzieleniu ogólnej ilości azotu i azotu

mocznika w zależności od gatunku mięsa. Wydzielanie azotu mocznika przez cały czas szło zupełnie równoległe do wydzielania ogólnej ilości azotu; azot mocznika wynosił 80—90% ogólnej ilości azotu. W wydzielaniu kreatyniny zauważyliśmy różnicę pod tym względem, że ilość kreatyniny przy mięsie białem znacznie wzrosła, niż przy mięsie czarnem. W doświadczeniu tem ilość kwasu moczowego wewnętrznego (endogen) była stosunkowo wysoka, — 0,578 gr. Ta okoliczność, a także stosunkowo szybkie wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz wskazują, że w danym przypadku przemiana purynowa szła zupełnie prawidłowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

I Alzheimer¹⁾, który nie stoi na stanowisku zupełnej negacji wobec wzniesienia poronienia u kobiet z psychozami na tle ciąży, jest jednak ze wszystkich nowszych autorów najostrożniejszy w określeniu wskazań do przerywania ciąży i sądzi, że ażeby przerywanie ciąży uważać za konieczne, należy się wprzód upewnić, czy choroba umysłowa w danym przypadku pozostaje rzeczywiście w jakimkolwiek przyczynowym związku z ciążą. Otóż on, opierając się na badaniach Webera, Jonesa, Aschaffenburga i Siemerlinga, którzy przy pomocy zestawionych przez siebie porównawczych tablic wykazali, jak mały jest stosunek odsetkowy psychoz na tle ciąży do chorób umysłowych wogóle, a psychoz porodowych w szczególności, sądzi, że tylko w bardzo nielicznych przypadkach można wykazać związek przyczynowy między chorobą umysłową a ciążą, natomiast w większości przypadków zupełnie inne czynniki muszą odgrywać rolę w powstawaniu tych psychoz. Na podstawie 65 po części swoich, po części zaś tu się odnoszących przypadków Vockego i Guddena dochodzi on do przekonania, że przedewszystkiem żaden ze stanów owej dużej grupy maniakalno-depresyjnych psychoz Kräpelina nawet wtedy, gdyby szedł w parze z wybitnym lękiem i urojeniami tak hypochondrycznymi, jak i urojeniami grzeszności i winy nie może stanowić wskazania do przerywania ciąży. Statystyka bowiem jego wykazuje, że choroby te pojawiają się przedewszystkiem u kobiet z wyraźnym podłożem degeneracyjnym, że kobiety zapadają na podobne stany i przed zajęciem w ciążę, że pojawianie się ich podczas ciąży jest bardzo często przypadkowym tylko zejściem się dwóch równoległych i niezależnie od siebie przebiegających spraw, że wreszcie poród ani poronienie nie przerywały owego stanu, ani też żadnej nie przynosiły ulgi w przebiegu tych chorób.

Za leczeniem łagodzącym (paliatywnym) zadumy i stanów depresyjnych w przebiegu ciąży bez wzniesienia poro-

nienia oświadczyli się również na Zjeździe niemieckich psychiatrów i neurologów w r. 1901 Binswagner¹⁾, Ziehen²⁾ i Dinkler³⁾.

Pewien zwrot w tych zapatrywaniach, które i obecnie są jeszcze bardzo rozpowszechnione (Kräpelin, Alzheimer i inni) wywołało dopiero wystąpienie Jollyego⁴⁾ na tymże samym Zjeździe niemieckich psychiatrów i neurologów w r. 1901; Jolly wskazał na pewne postacie chorobowe, jakie według niego dają wskazanie do przerywania ciąży. I tak wychodząc z założenia, że niepokój i lęk najczęściej przed mającym nastąpić rozwiązaniem znacznie pogarszają rokowanie pewnych melancholii i lekkich stanów katatonicznych w przebiegu ciąży, dla których to stanów mają już one znaczenie czynników wprost patogenetycznych, uważa Jolly takie typowe zresztą choroby umysłowe, powikłane powyższymi objawami, za wskazanie do przerywania ciąży. Takie bowiem ukończenie ciąży zapobiega przejściu owej lekkiej i uleczalnej jeszcze psychozy w ciężkie lub nieuleczalne nawet postacie chorobowe, w obłęd ostry (delirium acutum) albo w otępienie umysłu. Prawie zawsze pojawiają się te stany według Jollyego u osób psychopatycznych, które już rodziły, i to w pierwszych miesiącach ciąży, a znamionują je obok wybitnego niepokoju i lęku silnie osłabione samopoczucie, oskarżanie siebie samego i wybitny popęd do samobójstwa. I z tych to właśnie powodów, jak i dlatego, że leczenie zakładowe ani nie może wpłynąć dodatnio na przebieg choroby, ani też często nie może nawet i zapobiedz ewentualnemu samobójstwu, uważa on stany te za wskazania do przerywania ciąży. We wszystkich podobnych przez niego spostrzeganych przypadkach nastąpiło po przerywaniu ciąży zupełne wyzdrowienie ciężarnej.

Kräpelin odnosi się jednak sceptycznie do tego wskazania, postawionego przez Jollyego, wskazując na to, że melancholie, pojawiające się w przebiegu ciąży, należą bardzo często do grupy psychoz określonych lub stanów katatoniczno-depresyjnych i jako takie mają one pewien typowy, okresowy przebieg. Z natury więc rzeczy już wypływa, że stany te znowu mijają, czy jednak z powodu przerywania ciąży, czy też ustępowanie ich wynika z istoty tych chorób, to pozostaje według Kräpelina na razie jeszcze sprawą sporną.

Na tę różnicę zapatrywań między Jollym a Kräpelinem kładziemy tu szczególny nacisk, a to dlatego, że przy rozpatrywaniu literatury, zajmującej się tym przedmiotem, spotykamy się stale z tem samym, że gdy jedni autorzy upatrują w przerywaniu ciąży jedyny ratunek dla usunięcia stanów depresyjnych i zapobieżenia ich ewentualnemu przejściu w chorobę nieuleczalną, to inni przeciwnie nie widzieli żadnego dodatniego wpływu przerywania ciąży na taką psychozę.

Przyczyny owych różnych wyników, a stąd i różnych zapatrywań, należy zdaniem naszym doszukiwać się w niedostatecznym jeszcze ujęciu i określeniu tej jednostki chorobowej, którą uważać należy za depresję, pozostającą

¹⁾ Diskussion zum Vortrag Jolly. Neurol. Centralb. 1901.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Ibidem.

⁴⁾ Die Indikation des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen. Münch. med. Woch. 1906. Nr 45.

¹⁾ Ueber die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münch. med. Woch. 1907.

w rzeczywistym patogenetycznym związku z ciążą. Już to, a nadto w wielu przypadkach i niedość ściśle spostrzeżenie, są przyczyną, że rozpoznaje się melancholię, jak ją opisuje Jolly, albo melancholię neurasteniczną Friedmana, depresję Antona itd. tam, gdzie chodzi o typową melancholię lub depresję, jako okres psychozy okrężnej, lub maniakalno-depresyjnej Kräpelina, i na odwrót, że rozpoznaje się te dwie ostatnie jednostki chorobowe tam, gdzie mamy jeden z powyżej wymienionych stanów, stojących w ścisłym genetycznym związku z ciążą. Nic więc dziwnego, że i skutek przerwania ciąży musi być różny, zależnie właśnie od rodzaju choroby, w przebiegu której dokonano tego zabiegu. Przypominamy, na jak wielkie trudności napotyka nieraz lekarz praktyczny przy określaniu, czy w danym przypadku ma przed sobą tak często towarzyszące ciąży przygnębienie w granicach jeszcze fizjologicznych, czy też depresję zbliżającą się już do psychozy. O ile trudniej więc będzie odróżnić przy pobieżnym badaniu owe ciężkie postaci depresji, pozostające w istotnym związku z ciążą od rzeczywistej melancholii i postaci maniakalno-depresyjnych. A pomyłki te są tu o tyle łatwiejsze, że stany te, bardzo do siebie podobne, jako takie rozróżniane być mogą tylko przez nadzwyczaj ścisłą obserwację, tj. dokładny rozbiór poszczególnych objawów przy równoczesnym ujęciu całokształtu obrazu chorobowego z uwzględnieniem wywiadów.

Pick¹⁾, opierając się na Jollym, którego uważa za najbardziej miarodajnego przedstawiciela nowszych zapatrywań na to zagadnienie, które jest tematem naszym, jak i na swoich własnych doświadczeniach, zbija przedewszystkiem dawne, mylne zapatrywania i dochodzi do wniosku, że mimo, iż literatura prawie jednoznacznie przeczy potrzebie wzniesienia poronienia w chorobach umysłowych, jako środka mającego dodatnio wpływać na dalszy przebieg choroby, mimo to jednak praktyka poucza nas często o zupełnie czem innym. To też tu, jak i wszędzie indziej w medycynie praktycznej, nie należy się trzymać żadnych dogmatów.

Pick zarzuca przedewszystkiem wywodom dawnych badaczy to, że z braku jakiegokolwiek wpływu porodu na czasie na przebieg choroby umysłowej wysnuwają oni wnioski przeciw wzniesaniu poronienia lub przedwczesnego porodu. Zapatrywanie takie jest zupełnie mylne, a to dlatego, że inaczej przedstawiają się warunki leczenia choroby umysłowej, gdy jest ona dopiero w rozwoju i gdy przyczyna wywołująca tę chorobę zostanie usunięta, zanim jeszcze dojdzie do bliżej nam zresztą nieznanego, ale ostatecznych zmian w korze mózgowej, a inaczej, gdy przy długim trwaniu ciąży zmiany te w mózgu już ostatecznie się ustalą. Pick przyjmuje więc w zasadzie wskazania, postawione przez Jollego. Nie chciałby on jednak tak bardzo uogólniać melancholii jako wskazania do przerywania ciąży, a uważa natomiast te przedewszystkiem przypadki za nadające się do tego zabiegu, które idą w parze z coraz to silniej wzrastającym podnieceniem psychicznym. Równocześnie zwraca uwagę na patogenezę tych psychoz

i podkreśla ich zależność od doznanego urazu psychicznego. Tak np. szczególnie ważną rolę jako czynnika wywołującego odgrywa tu według niego lęk przed mającem nastąpić rozwiązaniem, zwłaszcza u tych kobiet, które w czasie poprzednich porodów zapadły już na choroby umysłowe.

Nieco dalej idzie Wagner v. Jauregg, którego zapatrywania na tę sprawę, ogłoszone na zebraniu neurologów i psychiatrów w Wiedniu w roku 1905, zbliżają się już bardziej do zapatrywań Friedmana. Ten zaś, jak zobaczymy, najściślej i najdokładniej ze wszystkich omawia owe postaci psychiatryczne, które według niego dają wskazanie do przerywania ciąży.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

A. Theilhaber: **W sprawie przyczyn i leczenia raków narządu rodowego u kobiet.** (Arch. f. Gyn., t. 96, zeszyt III). Najważniejszą przyczyną raków kobiecego narządu rodowego stanowią blizny poporodowe; dlatego też raki szyjki macicznej — które więc uważać należy jako urazowe — są tu najczęstsze, tem częstsze, im liczniejsze porody poprzedzały. U kobiet, które nie rodziły, rak szyjki występuje bardzo rzadko. Do czynników sprzyjających należą przedewszystkiem częste zapalenia, szczególnie wiewiórowe utrzymujące się nierzadko dziesiątki lat na słuzówce całego narządu rodowego, a także nagłe zmniejszenie jego odżywienia, występujące zawsze w okresie przejściowym. Czynniki te mają działać korzystnie na powstanie raka przez niedostateczne odżywienie wielkich partii tkankowych. Przy raku trzonu macicy stosunki są nieco inne. Tu niema blizn poporodowych, a przekrwienie ciążowe i menstruacyjne wywołują raczej rozszerzenie naczyń i poprawę w odżywieniu tkanek. Dlatego też rak szyjki macicy jest o wiele częstszy aniżeli trzonu. Usposobienie trzonu do powstania raka występuje dopiero wtedy, gdy przy przewlekłym wiewiórowym zapaleniu słuzówki nastąpi przekwitowe zwężenie naczyń. Tem należy tłómaczyć, że rak szyjki występuje wcześniej, rak trzonu zaś o wiele później. Blizny zdają się być również częstą przyczyną raka gruczołów piersiowych. Istotnie wykazano, że najmniej 20% kobiet z rakiem sutka przechodziły kiedyś zapalenie gruczołu; do czynników usposabiających należą urazy różnego rodzaju. Na podstawie takiego tłómaczenia powstania raka, uważa autor zbyt doszczętnie leczenie operacyjne we wszystkich przypadkach za nieodpowiednie. Faktem jest przecież, że wielka ilość nawrotów nie powstaje wskutek pozostawienia komórek rakowych, lecz jest następstwem tej samej przyczyny, która wywołała raka pierwotnego, faktem jest, że często komórki rakowe pozostawione przy operacji zostają wessane, i że duża blizna operacyjna jako taka może się już stać przyczyną i punktem wyjścia dla raka następowego. Fakty te tłómaczą nam, dlaczego mimo nadzwyczajnego radykalizmu operacyjnego, ilość nawrotów przy pewnych postaciach raka nie o wiele tylko zmniejszyła się w porównaniu z mniej doszczętnymi metodami dawniejszemi. W ostatnich latach mnożą się znowu przypadki zupełnego wyleczenia raka po częściowej tylko operacji macicy; i te tłómaczyć należy, zdaniem autora, małą stosunkowo blizną operacyjną, możliwością wessania pozostałych komórek rakowych, jakoteż lepszym odżywieniem tkanek wskutek utrzymania menstruacji. Korzystne działanie ma tu może także zastosowanie żegadła zamiast noża przy samej operacji. Może być, że promienie ciepła mają tu działanie podobne do promieni

¹⁾ Zur Frage der Berechtigung künstlicher Unterbrechung von Gravidität behufs Heilung von Psychosen. Wiener. med. Woch. 1905, Nr 2.

Röntgena lub emanacji radu; może wreszcie komórki rakowe pozostałe w pobliżu miejsca operacji tak zostają uszkodzone działaniem silnego gorąca, że giną i zostają wessane. Autor dochodzi więc co do operacyjnego leczenia raka macicy do następujących wniosków: Przy raku trzonu pochwove zupełne wyjęcie macicy; wyniki stałe są tu dobre, ponieważ zajęcie tkanki przymaciczej występuje tu zwykle późno, a jeżeli wystąpi to i wyjęcie przymacicza nie może już sprowadzić wyleczenia. Drogę pochwową należy dlatego wybrać, że przy raku trzonu chodzi zwykle o kobiety starsze, u których operacja brzuszna przedstawia zabieg zbyt niebezpieczny. Przy raku wychodzącym z śluzówki szyjki wskazane jest wyjęcie całej macicy wraz z tkanką przymaciczną, szczególnie jeżeli rak wyszedł z górnej części szyjki, lub z dolnej, dochodząc jednak bardzo szybko do ujścia wewnętrznego; przypadki, w których rak wychodzi z dolnej części śluzówki szyjki, nie rozszerza się ku górze i nie przechodzi na przymacicza, są rzadkie. W tych przypadkach mogłoby samo tylko wycięcie szyjki być taksamo uzasadnione, jak operacja doszczętna. Przy raku części pochwovej bez zajęcia przymacicza zdaje się częściowe jej wycięcie mieć najlepsze szanse powodzenia. Przy raku nie nadającym się do operacji należy się więcej posługiwać żegadłem aniżeli dotychczas. E. Ehrenpreis.

F. Vorpahl. **Przypadek czarnej choroby noworodków wywołany krwawieniem z wrodzonych rozszerzeń żył przełyku.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. II). Czarną chorobą (melaena neonatorum) nazywamy chorobę występującą w pierwszych dniach życia noworodków w postaci krwawych wymiotów i krwawych stolców. Zależnie od źródła krwawienia rozróżniamy »melaena vera«, gdzie krew pochodzi istotnie z przewodu pokarmowego i »m. spuria«, gdzie krew pochodzi z jamy nosowo-gardłowej lub ustnej, lub też jest krwią matki, którą dziecko połknęło podczas porodu. Choroba ta występuje bardzo rzadko (1:1000) i daje wielką śmiertelność (78%) naturalnie przeważnie w postaci prawdziwej (mel. vera). Przyczyna krwawień może być ogólnoustrojowa (kiła, posocznica, krwawiaczka i ospa), przyczem krwawienia do przewodu pokarmowego są tylko częściowym objawem skazy ogólnej, lub miejscowa w następstwie wrzodów na błonie śluzowej żołądka, jelit lub przełyku, lub także w następstwie zmian w sercu i naczyń. Autor opisuje przypadek, który pod względem przyczynowym jest może unikatem. Dotyczy on zupełnie zdrowego noworodka, u którego w 3. dniu nagle wystąpiły krwawe stolce, wywołując już po kilku godzinach zejście śmiertelne. Sekcja wykazała, że krwawienie pochodziło z pękniętych znacznie rozszerzonych żył przełyku, widocznych już gołym okiem pod śluzówką w postaci grubych postronków. Ponieważ nie znaleziono żadnych zmian w wątrobie lub żyłce wrotnej, któreby tłómaczyły powstanie takich rozszerzeń na drodze mechanicznej, należało przyjąć, że chodzi tu o zmiany wrodzone, polegające na niedostatecznym rozwoju ścian żylnych w tem miejscu, lub zbyt szerokiem świetle naczyń. Przyczyna pęknięcia nie dała się wykazać, może być jednak, że spowodowały je skurcze warstwy mięsnej przełyku przy akcji połykowym. E. Ehrenpreis.

R. Franz. **O zachowaniu się trującej własności moczu w czasie ciąży, porodu i położu.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. II). Wyniki swych doświadczalnych badań streszcza autor w następujących punktach: 1) Trująca własność moczu ludzkiego nie zależy ani od jego gęstości, ani zawartości kwasów, ani też zawartości białka swoistego. 2) Trujące mocze wstrzyknięte świnkom morskim do otrzewnej wywołują obraz chorobowy wstrząsu anafilaktycznego. 3) Mocz zdrowych ciężarnych nie jest bardziej trujący aniżeli nieciężarnych. 4) Trująca jego własność zwiększa się dopiero przed samym porodem. 5) W czasie porodu jest ona znacznie wzmożona w porównaniu z moczem ciężarnych lub położnic i dochodzi do szczytu w okresie

wydalenia płodu. 6) Mocze porodowe przy płodzie obumarłym nie zdają się być mniej trujące aniżeli przy żywym. 7) Wzmagająca się własność trująca moczu w czasie bólów odnosi się nietylko do porodu u kresu ciąży, ale także do poronienia będącego w toku i to tak przy ciąży macicznej jak i jajowodowej. Po wydaleniu płodu względnie części jaja, trująca własność moczu szybko się zmniejsza. Mimo to jednak jest ona bezpośrednio po porodzie jeszcze tak wzmożona, że mocz położnic jest bardziej trujący aniżeli ciężarnych, ale mniej aniżeli rodzących. 8) Trująca własność moczu położowego zdaje się być w 5. dniu położu nieco zwiększona. 9) Mocz rodzących i położnic dotkniętych pokrzywką okazywał wysokie własności trujące, co przemawia za teorią tłómaczącą pokrzywkę jako objaw nadwrażliwości (anaphylaxia). 10) Mocz dotkniętych rzucawką z nieznacznem lub bez uszkodzenia nerek okazywał również wielką własność trującą, — co przemawia za tłómaczeniem napadu rzucawki jako objawu zatrucia wytworami rozpadu białka. 11) Przy ciężkiem zapaleniu nerek wydzielanie trucizny w moczu było zmniejszone. 12) Na podstawie powyższych i innych jeszcze wyników badań moczów (Pfeiffer), można przypuszczać, że zarówno ciężarne zdrowe jak szczególnie dotknięte rzucawką i pokrzywką, a wreszcie i ciężarne cierpiące na wymioty niestające, przechodzą ostre zatrucie wytworami rozpadu białka, uwidaczniające się w moczu wzmaganiem się jego własności trujących. E. Ehrenpreis.

Pedjatria.

Markuson i Agopoff. **W sprawie wartości zapobiegawczej szczepień surowicy przeciwbłoniczej.** (Arch. de méd. des enf. 1911, Nr 5). Autorowie wzięli sobie za zadanie sprawdzenie wpływu zapobiegawczego surowicy przeciwbłoniczej na chorych oddziału odrowego szpitala dziecięcego św. Włodzimierza w Moskwie. Postępowali w ten sposób, że wszystkim dzieciom przyjętym na oddział wstrzykiwali surowicę przeciwbłoniczą. Spostrzeżeń takich zebrali w ciągu 1907—1909 roku 1178. Dla porównania podają dane za lata 1904—1906, w których dzieci chorych na odrę nie uodparniano przeciw błonicy. Takich przypadków zebrali autorowie 1156.

Zestawiając w licznych tablicach oba szeregi przypadków, dochodzą autorowie do wniosków następujących: 1) Systematyczne stosowanie szczepień ochronnych surowicą przeciwbłoniczą na oddziałach odrowych szpitala nie zmniejszyło ilości zakażeń. Bez szczepień było zakażeń 5.01%, przy szczepieniach 5.1%. 2) W czasie, w którym należałoby się spodziewać maximum wpływu uodpornienia (1 i 2 tydzień po szczepieniu) ilość zakażeń była nawet większa u dzieci uodparnianych. 3) Śmiertelność u odrowych przy zakażeniu błonicą nie zmniejsza się pod wpływem szczepień zapobiegawczych surowicy przeciwbłoniczej. 4) Wobec tego wpływ takich szczepień należy uznać w każdym razie za bardzo niestały, a stosowanie zabiegu nie może być uważane za wskazane. Dr L. Mańkowski.

Hutinel. **Posocznica i zmiany w gruczołach w przebiegu płonicy.** (Arch. de méd. des enf. 1911, Nr 3). Dotychczas jeszcze z pewnością nie wiadomo, jakie są przyczyny tego, że siły obronne ustroju okazują się często niedostateczne w walce z zakażeniem. Autor podaje opis przypadku, z którego wysnuwa wnioski co do mechanizmu tej niedomogi. Chłopiec 4½-letni, zupełnie zdrowy dostaje lekkiej ospy wietrznej, a w 4 dni później typowej płonicy. Przebieg płonicy już od początku był bardzo ciężki z wysoką gorączką 40.2°, tętnem 140 i niskiem parciem w tętnicach 7.5. (Epidemia płonicy była w tym czasie bardzo lekka). Potem wystąpiły objawy posocznicy i chłopiec zmarł na 12. dzień choroby. Badanie krwi w 9. dniu choroby wykazało obecność paciorkowców. Sekcja nie wykryła zmian widocznych w narządach wewnętrznych. Dopiero badanie drobnowidowe wykryło w tarczycy i nad-

nercach zmiany, które wskazywały na niedostateczność czynności tych gruczołów. Autor zestawia zmiany w tych gruczołach ze zmianami klinicznymi: wielką słabością i małym parciem krwi i wyraża przekonanie, że tej właśnie niedomodze tych gruczołów należy przypisać śmierć dziecka.

L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie d. 30. I. 1912 r.

Landau przedstawia chorego B. W., lat 35, z zawodu blacharza. Rodzice chorego nadużywali wysokoju. Chory w 10 roku życia miał napad z utratą przytomności, drgawkami i toczeniem piany z ust. Od 22 roku nadużywał wysokoju. W 23 roku ż. kiła, leczona wstrzykiwaniami rtęci.

Obecna choroba rozpoczęła się w 25 roku życia. Chory, który dnia poprzedniego był zupełnie jeszcze zdrowym, obudził się rano z niedowładem całej lewej połowy ciała. Po wcieraniach i elektryzacji nastąpiło pewne polepszenie, ale w rok potem pojawiły się w zakresie porażonej ręki i nogi jakieś powolne ruchy, które się stale utrzymywały i nie ustępowały nawet w nocy. W trzy lata potem ponowny napad z utratą przytomności bez drgawek, a w następstwie jeszcze wybitniejsze osłabienie lewej połowy ciała.

Badanie, przeprowadzone po raz pierwszy w roku 1906 w ambulatoryum kliniki chorób nerwowych, wykazało objawy połowiczego lewostronnego porażenia kurczowego z wybitną atetozą w zakresie porażonych kończyn. Ruchy atetotyczne dotyczyły głównie kończyny górnej lewej. W listopadzie 1907 r. w klinice chirurgicznej wstrzyknięto po 1 cm³ 80% alkoholu w nn. pośrodkowy i mięśniowoskróny. W 14 dni po wstrzyknięciu wybitna poprawa ruchów, chory nie tylko w stawie łokciowym ale nawet w stawie nadgarstkowym i stawach palcowych ma ruchy wolne, może ręką chwycić i podnosić przedmioty. Wybitny skurcz mięśniowy ustąpił prawie zupełnie, a ruchy atetotyczne znacznie osłabły. Poprawa ta utrzymywała się do lipca 1909 r., w którym to miesiącu znowu pogorszenie. Osłabienie ręki i nogi lewej zwiększyły się a i ruchy atetotyczne na nowo się wzmogły, chociaż nie były już tak silne jak przed wstrzyknięciem alkoholu. Stan taki utrzymuje się do dnia dzisiejszego a najbardziej dokuczają choremu ruchy atetotyczne, które też nie pozwalają mu niczem się zająć, mimo że w niedowładnej ręce ma niezłą jeszcze władzę.

Badanie obecne wykazuje połowicze, lewostronne, porażenie kurczowe, przyczem jednak kurcz w zakresie porażonych kończyn jest stosunkowo nieznaczny. Bardzo wybitne ruchy atetotyczne w zakresie lewej kończyny górnej, mniejsze w nodze lewej. L. sądzi, że w celach leczniczych dwa zabiegi należy tu wziąć na uwagę, t. j. wstrzyknięcie alkoholu, albo operację Foerstera. Wobec tego, że wstrzyknięcie alkoholu zrobione w roku 1907, wpłynęło korzystnie na kurcz i ruchy atetotyczne, sądzi L., że należałoby w pierwszym rzędzie myśleć o wstrzyknięciu alkoholu. Co do operacji Foerstera, to jakkolwiek nie jest ona tu przeciwwskazaną, mimoto sądzi L., że wobec tego, iż na pierwszy plan wysuwa się w tym przypadku atetozą, a nie kurcz, który obecnie jest minimalny, operacja ta nie da może spodziewanego wyniku, jeśli zważymy, że na ruchy atetotyczne wpływają podniety czuciowe z całej powierzchni ciała, a nie jedynie z zakresu dotkniętej porażeniem kończyny.

W dyskusyi kol. Rydel wstrzyknięcia alkoholu nie uważa za wskazane, ponieważ wynik niepewny, a często pozostają rozległe porażenia. Raczej skłania się do operacji Foerstera, która zdaniem jego powinna dać jakieś dodatnie wyniki, ponieważ atetozą i kurcz mają ostatecznie to samo pochodzenie. Przez usunięcie więc pewnej ilości podniety czuciowych powinna się i atetozą zmniejszyć. Piltz zauważa, że najsilniejsze bywają u chorego ruchy atetotyczne w ręce wówczas, gdy chory chodzi. Wobec tego więc, że i podniety z zakresu kończyn dolnych wpływają silnie pobudzająco na atetozę kończyny górnej, nie sądzi, ażeby przecięcie jedynie korzonków tylnych ręki lewej miało dodatnio wpłynąć na ruchy atetotyczne tejże ręki. Borowiecki podnosi, że ponieważ według Monakowa, ruchy atetotyczne, płasawicze i kurcze są zależne od nieprawidłowego rozmieszczenia bodźców w korze mózgowej, przeto te wspólne warunki ich powstawania przemawiałyby i w tym wypadku za operacją. Inną sprawą jest jednak pytanie, czy przecięcie tylnych korzonków jedynie tylko w zakresie kończyny górnej lewej wystarczy dla usunięcia atetozy. Piltz i Rydel sądzą, że należałoby dokładnie zbadać i w tym kierunku, z jakich części ciała wychodzące podrażnienia są najsilniejszym bodźcem dla owych ruchów atetotycznych i tą drogą należałoby dopiero oznaczyć korzonki, nadające się do przecięcia.

Przeprowadzone w tym kierunku przez kol. L. badanie wykazało, że owe ruchy atetotyczne są najsłabsze wówczas, gdy chory siedzi spokojnie lub leży. Najwybitniej zaś występują one w obu kończynach porażonych podczas chodzenia. Wszelkie ruchy czynne i bierne, wszelkie podrażnienia dotykowe i bólowe wywołują lub wzmagają ruchy atetotyczne przedewszystkiem w zakresie kończyny górnej i to zupełnie niezależnie od tego, którą kończynę drażnimy, a względnie którą kończyną chory wykonywał ruchy czynne. Podnieść jednak należy, że tak ruchy jak i podniety czuciowe wychodzące z porażonych kończyn wzmagają atetozę w czasie o połowę krótszym, aniżeli podniety, wychodzące z kończyn nieporażonych lub tułowia. Wobec więc wywodów kol. Rydla i Borowieckiego, jak i wobec wyniku swego badania sądzi L., że po operacji Foerstera, a mianowicie po przecięciu 6 i 8 korzonka szyjnego po stronie lewej należałoby się w danym przypadku spodziewać w każdym razie pewnej poprawy, t. j. zmniejszenia się ruchów atetotycznych, a to wobec tego, że odpadnie jedna z najważniejszych dróg czuciowych, doprowadzających najsilniejsze podniety czuciowe.

Rogalski przedstawia szesnastoletniego ucznia ślusarskiego F. H., dziedzicznie nie obciążonego i aż do obecnej choroby zupełnie zdrowego.

W pierwszych dniach stycznia b. r. chory pośliznął się i upadł na plecy i głowę. Uczuł »chrupnięcie« i ból w karku, nie stracił jednak przytomności i przez następne kilka dni mimo utrzymującego się w karku bólu pracował. W tydzień po wypadku zauważył, że oko prawe silniej łzawi, a z ust po stronie prawej wycieka ślina. Cztery dni później wystąpiły dalsze objawy, które skłoniły go do zasięgnięcia porady lekarskiej, a mianowicie ścierpienie twarzy, języka i zębów po stronie prawej, podwójne widzenie, ścierpienie i osłabienie kończyny górnej i dolnej po stronie lewej, zniesienie smaku w prawej połowie języka i utrudnienie mowy, ból i zawrót głowy, wreszcie szum i gorszy słuch w prawym uchu. Zawroty głowy występują najsilniej przy chodzeniu lub patrzeniu ku górze.

Badanie wykazało: lekkie niewytrzymywanie gałki prawej przy patrzeniu w prawo, drżenie oczu obrotowe lewostronne przy patrzeniu ku górze i ku dołowi, drżenie poziome oczu prawostronne przy zwróceniu oczu w stronę prawą i lewostronne przy patrzeniu w lewo, podwójne widzenie przy każdym ustawieniu gałek ocznych (diplopia homonyma). Porażenie nerwu twarzewego po stronie prawej w zakresie wszystkich gałązek, najmniej wybitne w obrębie gałązki czołowej. Częściowe porażenie ruchowej

gałązki prawego nerwu trójdzielnego, zmniejszenie czucia dotykowego i bólowego, a zwiększenie wrażliwości na działanie ciepłoty w obrębie wszystkich gałązek nerwu trójdzielnego po stronie prawej. Upośledzone lub błędne rozpoznawanie płynów na dwóch-trzecich języka po stronie prawej. Przewodzenie dźwiękowe, tak powietrzne, jak i kostne, po stronie prawej znacznie gorsze; objaw Webera ujemny, Schwabacha skrócony zwłaszcza dla tonów wysokich. Badanie to zostało potwierdzone przez klinikę otytryczną (Prof. Nowotny). Woda gorąca, wlewana w ucho prawe pozostaje bez wpływu, w ucho lewe zmniejsza drżenie oczu przy patrzeniu w prawo, zwiększa przy patrzeniu w lewo. Ta sama próba z wodą zimną nie daje pewnych wyników. Podniebienie miękkie przy fonacji nieco mniej ruchome po stronie prawej, odruch z łuków podniebieniowych bardzo słaby. W kończynach górnych brak zmian chorobowych; odruchy brzuszne po stronie prawej prawidłowe, po lewej osłabione; chód niepewny z zataczaniem się raz w jedną, raz w drugą stronę, silniejsze chwieianie się przy staniu na lewej nodze podczas zamknięcia oczu. Przy ruchach biernych lekki opór w kończynie lewej. Odruchy kolanowy i stopowy żywsze po stronie lewej, niż po prawej, gdzie są prawidłowe; przy przechodzeniu z pozycji leżącej w siedzącą i odwrotnie bez pomocy rąk kończyna dolna lewa podnosi się lekko ku górze. W obrębie całej lewej połowy ciała zmniejszenie wszystkich rodzajów czucia aż po granicę szyi.

Wszystkie te objawy cofały się stale i dosyć szybko, tak że w 5 tygodni po wypadku pozostał tylko lekki niedowład w zakresie nerwu twarzonego prawego i lewej kończyny dolnej.

Przytoczony wynik badania wykazuje zatem częściowe porażenie w zakresie nerwu odwodzącego, nerwu trójdzielnego, słuchowego i twarzonego po stronie prawej i częściowe porażenie lewej połowy ciała, a więc obraz hemiparesis alternans, powstałej po wypadku. Cały ten obraz i przebieg chorobowy przemawia za przyjęciem małego ogniska krwotocznego podoponowego w okolicy prawej strony mostu Warola, które ucisnęło korzonki wyżej wymienionych nerwów mózgowych i sznury piramid przed ich skrzyżowaniem.

W dyskusji skłania się Borowiecki do przyjęcia krwotoku w samym moście Warola, gdyż wylew podoponowy rozszerzyłby się i na drugą stronę. — Rogalski sprzeciwia się temu określeniu siedziby krwotoku, przeciw temu bowiem przemawia z jednej strony szybkie cofanie się objawów chorobowych, z drugiej zaś ta okoliczność, że w takim razie musielibyśmy przyjąć ognisko dosyć rozległe, by mogło objąć jądra wszystkich wymienionych nerwów mózgowych, takie zaś ognisko spowodowałoby napewno silniejsze zniszczenie jednej z części podstawowych mózgu, a przez to stałe ustanie czynności przynajmniej jednego z nerwów mózgowych lub jednej z kończyn. — Landau zgadza się z tem zapatrywaniem, dodając, że ognisko w moście tem łatwiej wywołałoby ucisk na drogi lub ośrodki, leżące po stronie lewej.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie z dnia 28. października 1911 r.

Obecnych 15 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1. Kol. Czajkowski opowiada o przypadku **zapalenia opon nagminnego**, w którym w ropie z oczu stwierdził meningokoki, a wyleczonym zapomocą z wstrzyknięć szczepionki swoistej własnego wyrobu.

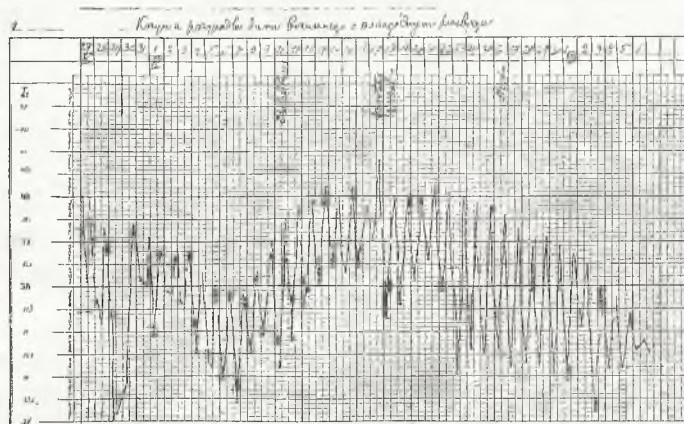
W dyskusji, w której brali udział kol. Zahorski, Bartkiewicz, Puterman, Królikowski i Weinzieher, zwracano

głównie uwagę na niepewność rozpoznania i zastosowanej w tym celu metody; mogła to być grypa.

2. Kol. Czajkowski: **Przyczynę do etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego**. Na zasadzie 3 przypadków, dokładnie spostrzeganych i operowanych przez prelegenta, dochodzi on do wniosku, że może się zdarzać typowy obraz kliniczny zapalenia wyrostka, gdzie jednak w rzeczy samej wyrostek jest zupełnie niezmienny, a istnieje tylko zapalenie kątnicy (typhlitis), i że w etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego dotychczas za mało jest uwzględniana gruźlica.

W dyskusji kol. Bartkiewicz zwraca uwagę na różnicę w budowie ścian wyrostka i kiszczi ślepej, różnicę w unaczynieniu, która wpływa na łatwą martwicę wyrostka. Co do znaczenia gruźlicy w zapaleniach wyrostka robaczkowego, to jest ono zdaniem mowcy bardzo małe, gdy gruźlica kątnicy jest dosyć częsta. — Oprócz tego brali udział w dyskusji kol. Puterman i Arnold.

3. Kol. Weinzieher opowiedział **przypadek duru brzuszego o szczególnym przebiegu**. Jakkolwiek żadna może z chorób zakaźnych ostrych nie przedstawia tak różnorodnego przebiegu, jak dur brzuszny, to jednak przypadek, o którym mowa, przedstawia w przebiegu swoim niektóre szczególne, zdaniem prelegenta, godne uwagi. Młoda, dobrze zbudowana, 18-letnia panna, poprzednio zawsze zdrowa, ze zdrowej rodziny, uskarżała się od kilku tygodni na bóle głowy i osłabienie, nie poddawała się jednak temu i dopiero, gdy wystąpiła gorączka i codzienne popołudniowe dreszcze, położyła się do łóżka. Przez 4 dni gorączka miała przebieg nieprawidłowy, dochodząc do 40°. Śledziona nie była powiększona. Chinina bez skutku. Wobec tego na czwarty dzień 27. V. przez wyłączenie rozpoznano dur brzuszny. Przytomność nawet przy wysokiej ciepłocie zupełnie zachowana. W nocy z 28. na 29. maja, a zatem w 5 dni po przypuszczanym przez chorą i domowników początku choroby, bardzo obfity krwotok jelitowy z utratą tętna, nagłym spadkiem ciepłoty do 35°, trwającym całą dobę. Krwotok, jakkolwiek potwierdzał rozpoznanie duru brzuszego, to jednak nie zgadzał się z przypuszczalnym początkiem choroby, a świadczył, że mieliśmy do czynienia z durem poronnym (t. ambulatorius), podczas którego chora załatwiała wszystkie swoje zwykłe czynności, odczuwając tylko nieznaczne niedomaganie, w przeciągu przynajmniej jakich 2 tygodni. Dalszy przebieg, a zwłaszcza krzywa ciepłoty, w zupełności potwierdza to domniemanie, wykazując



począwszy od 3. VI, typowy dla czwartego tygodnia duru brzuszego stopniowy spadek, który trwa do 8. VI. Od tego dnia daje się spostrzedz znowu stopniowe podnoszenie się krzywej, typowe dla nawrotu, a 10. VI. dokładne badanie wykazuje bolesność przy obmacywaniu okolicy pęcherzyka żółciowego, nawrót więc polegał na zakażeniu lasecznikiem duru dróg żółciowych i wytworzeniu się zapalenia pęcherzyka żółciowego. Powikłanie to dosyć częste w przebiegu duru brzuszego, częstsze, niż się je rozpoznaje, wobec ogólnej bolesności i wzdęcia brzucha i nie-

przytomności chorych. W danym przypadku chora ani na chwilę przez cały czas choroby przytomności nie straciła, przeciwnie zastanawiała wprost przytomnością umysłu. 17. VI. przy silnych dreszczach ciepłota dosięga 40·8° C. i jednocześnie obrzmiewa cokolwiek i staje się mocno bolesną przyusznica prawa, a następnego dnia i lewa. Krzywa ciepłoty zaczyna przybierać charakter ropniczy, sięgając po południu przy silnych dreszczach 40° i wyżej, spadając zrana poniżej 37°. Próba Widala, dokonana 18. VI, daje wynik dodatni. Gdy prawa przyusznica po kilku dniach wraca do stanu prawidłowego, lewa puchnie coraz mocniej, wreszcie tworzy się ogromny obrzęk całej lewej połowy twarzy i gdy rodzice nie mogą się zdecydować na zabieg chirurgiczny, odkładając decyzję z dnia na dzień, chora zaczyna 24. VI. odpluwać ropę, a obejrzenie błony śluzowej lewego policzka stwierdza wypływanie bardzo małemi (wielkości główki od szpilki) kropelkami ropy z przewodu Stenona. Od tego dnia obrzęk z każdym dniem się zmniejsza, również ciepłota stopniowo zaczyna się obniżać, a wydzielenie ropy przez przewód Stenona daje się jeszcze spostrzegać do 4. lipca. Od 6. lipca stan chorej zupełnie prawidłowy i chora prędko powróciła do sił. Z kropli ropy, wziętej 26. VI, wyrosły w hodowli paciorkowce. Zapalenie przyuszniczy w przebiegu duru brzuszego nie należy do bardzo rzadkich. Według Schwalbego (Real-Encyclopädie, t. I. wyd. III. str. 62) zdarza się ono w 1—1·5% przypadków; do ropienia dochodzi tylko wyjątkowo i wtedy sprawa ta przedstawia poważne niebezpieczeństwo. W szpitalu będzimskim na 698 przypadków duru brzuszego w ciągu 15 lat ostatnich, ropne zapalenie przyuszniczy zdarzyło się 3 razy, z wynikiem, pomimo operacji, śmiertelnym.

Streszczając to, co w danym przypadku zwraca uwagę, należy wymienić: względnie długi okres poronny (typhus ambulatorius), brak powiększenia śledziony, brak różyczki durowej, zupełna przytomność przez cały przebieg choroby, obfity krwotok kiszkowy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, a wreszcie zapalenie przyusznic, z niezwykłym zejściem, mianowicie wydzieleniem ropy przez przewód Stenona bez jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego, i pomimo wszystko dobre zejście.

Posiedzenie z dnia 18. listopada 1911.

Obecnych 18 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski. Nieobecnego sekretarza zastępuje kol. Zahorski.

Na porządku dziennym dalszy ciąg dyskusji nad odczytem kol. Wołkowicza: **O lekarzu fabrycznym.**

Streszczając swój odczyt, kol. Wołkowicz jeszcze raz podkreślił, że lekarze na posadach w przemyśle są źle wynagradzani, co pociąga za sobą obniżenie moralnego i umysłowego ich poziomu, lekarz gorzej jest tam traktowany, niż każdy urzędnik przemysłowy; lekarz powinien wykazać przemysłowcowi konieczność zasiłków na studia lekarskie; solidarne wymagania ze strony lekarzy nieodzownych warunków, dotyczących bytu i rozwoju umysłowego zmusi przemysłowców do uznania tych potrzeb i uszanowania zawodu lekarskiego.

Kol. Królikowski jest tego zdania, że dodatki do pensji więcej uzależniają lekarza od przemysłowca. Należy wyżej cenić swoją pracę i solidarnie dążyć do podniesienia skali wynagrodzenia, uwzględniając nadto czynniki takie, jak obniżenie wartości pieniędzy i t. p. — Kol. Wołkowicz, przeciwnie twierdzi, że praktyczniej jest poza pensją mieć pewne dodatki, gdyż wtedy nie razi przemysłowca wysokość ryczałtowego wynagrodzenia. — Kol. Podczaski zaznacza, że jądro sprawy nie polega na tem, czy lekarz jest urzędnikiem, czy nie urzędnikiem, ale na tem, jak lekarz sam spełnia swoje obowiązki, czy nie obejmuje zbyt wielu posad w celu podniesienia swoich dochodów z uszczerbkiem w wypełnianiu obowiązków, czy nie przysługuje się fabrykantowi z uszczerbkiem dobra robotników gwoli otrzymania gratyfikacji lub podniesienia pensji itp.—

Kol. Wołkowicz radzi przyjęcie pewnych zasad w sprawie uposażenia lekarza fabrycznego, jak zasada przyznawania płatnego urlopu, okresowej podwyżki pensji, np. co 2 lata o 10⁰/₁₀, aż do podwojenia pensji.

Kol. Falkowski wnosi, by utworzyć komisję statystyczną, złożoną z 3 osób, któraby się zajęła zbadaniem stanowiska i bytu lekarzy fabrycznych w Zagłębiu. Wniosek ten przyjęto, a do komisji zostali wybrani: kol. Falkowski, Królikowski i Wołkowicz.

Następnie zostały przyjęte wnioski: kol. Suchodolskiego: »Každy z kolegów, mający nieporozumienie lub prowadzący układy z firmą, może o fakcie tym zawiadomić Tow. lekarskie, ewentualnie prosić o poparcie. Towarzystwo po rozpatrzeniu danego przypadku, o ile uzna stanowisko kolegi w danej sprawie za słuszne, pospieszy mu chętnie z pomocą, głównie na drodze solidarności«, i uzupełniający wniosek kol. Królikowskiego: »Zaden z kolegów nie obejmuje stanowiska lekarza fabrycznego w Zagłębiu bez poprzedniego porozumienia się z kolegą ustępującym i z Zarządem Towarzystwa«. S. Weinzieher (Będzin).

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy.

Dr Józef Jaworski wygłosił w d. 4 maja 1912 odczyt p. t. **Cechy znamienne działalności społecznej lekarzy Polaków w minionem stuleciu.**

Stan lekarski, już od czasów Hipokratesa tworzył zawsze grupę ludzi, złączoną nietylko celami i zadaniami zawodowymi, lecz także pewnymi zasadami postępowania; stąd już w zamierzchłej przeszłości otaczani byli lekarze wyjątkowym szacunkiem. Z wyjątkiem epoki rzymskiej i średniowiecznej, kiedy stan lekarski doszedł do ostatniego ponizenia, lekarze wszystkich narodowości zajmowali zawsze wśród swego społeczeństwa stanowisko, które im zapewniało wpływ i powagę. Wydarzenia historyczne wielkiej doniosłości zawsze wywierały wpływ na stanowisko lekarzy, którzy z natury swego zawodu stykają się ze wszystkimi warstwami społeczeństwa; lekarze-Polacy w XIX wieku, rzecz naturalna, brali żywy udział we wszystkich wydarzeniach, jakie społeczeństwo przechodziło.

Na charakter jednostek stanu lekarskiego wywierały wpływ potężny instytucje naukowe i związki młodzieży akademickiej XIX stulecia. Królewski Uniwersytet warszawski (1807), Towarzystwo Przyjaciół nauk w Warszawie (1800), Towarzystwo Lekarskie warszawskie (1820), Uniwersytet wileński, Akademia Medyko-Chirurgiczna w Warszawie, Towarzystwo lekarskie wileńskie (1805), Uniwersytet lwowski, Uniwersytet krakowski — podawszy sobie ręce, dążyły do tego, aby służyć nauce rodzimej, pozbawionej prawidłowych warunków rozwoju. Instytucje powyższe urobiły typ lekarza-Polaka, jako człowieka nauki, na społeczeństwo zaś młodzieży polskiej, na następną działalność jej jako już dojrzałych mężów, wpłynęły stowarzyszenia i książki młodzieży polskiej, które wśród uczących się zaszczyliły dążenia do zrzeszania się, głównie w celach społecznych i politycznych. Ze związków młodzieży uniwersyteckiej polskiej w początkach XIX w. między innymi najbardziej czynne i wpływowe były: »Towarzystwo doskonałenia się młodzieży« w Wilnie, którego założycielem był Lelewel, »Towarzystwo akademickie czcicieli nauk« (1819) w Warszawie, Towarz. »Filaretów« w Wilnie (1817), »Promienistych« tamże (w r. 1820), »Związek powszechny uczniów Uniw. Warszawskiego (1819), »Patriotyczne Towarzystwo oznaczone dwiema zgłoskami T. K.«, które zdaje się było sprzysiężeniem wojskowym. Towarzystwa te były bacznie śledzone, szkołę więc twardą przechodziła młodzież, a przeżyte chwile nadawały jej hart i dzielność, wykazywaną następnie w pracy dla dobra publicznego.

Studenci Akademii medyko-chirurgicznej brali żywy udział w ruchach politycznych 1861 i 1862 r.; rozproszeni

po prowincyi roznieśli tam zarzewie ognia, który wkrótce ogarnął kraj cały. Na tydzień przed wybuchem powstania odbyło się pamiętne zebranie w teatrze anatomicznym przy ul. Zgoda, na które stawili się wychowawcy wszystkich wydziałów Akademii i z powagą i przekonaniem przemawiali do późnej nocy pytając, co kraj zyskać może na poświęceniu setek tysięcy młodzieży w rozprawie z armatami. Powodowani uczuciem honoru poszli przebojem na wywalczenie ideału i nie powrócili więcej, ale ci, którzy zostali, podali sobie w milczeniu dłoń, ślubując wierność nauce, której kraj tak gorąco pożądał.

Studenci Wydziału lekarskiego natychmiast objęli stanowiska t. zw. lekarzy posilkowych, będących na usługach lekarzy wojewódzkich i brali czynny udział w służbie sanitarnej. Wielu z nich nie wróciło już do kraju: na Syberyi krzewili kulturę i, korzystając z ulg przyznanych sobie z tytułu zawodu, dokładali starań, aby ulżyć doli innych wygnańców. Jest to jedna z najszczytniejszych kart życia lekarzy-Polaków.

W sferze czysto zawodowej jedną z najbardziej znamiennych cech lekarzy-Polaków było i jest pielęgnowanie i rozwijanie w sobie strony humanitarnej, współczucie dla chorego, wyrażające się w gorliwości pełnienia obowiązków, w wyrozumiałości i pobłażaniu doznawanych przykrości. Powtóre przestrzeganie godności zawodowej, która uchroniła nas od typu lekarza procederzysty, frymarzącego wiedzą i sztuką wyłącznie dla celów ekonomicznych. Następnie, do cech znamiennych lekarzy naszych należy bezinteresowność, wywołana współczuciem dla cierpiącego; wreszcie lekarze-Polacy w sprawach publicznych stali i stoją na stanowisku sług społeczeństwa. Pod względem gotowości do pracy bezinteresownej, na różnych polach działalności społecznej, do ofiar z swojej wiedzy i talentu, a co ważniejsza do ofiar wprost pieniężnych, lekarze nasi po wsze czasy, wyróżniali się nadzwyczaj dodatnio. Legaty, czynione przez lekarzy na cele publiczne, często zawierają cały majątek zapisodawców (Bącewicz, Koczorowski, Kłobikowski). Miłość do ziemi ojczyściej, duchowy związek z ludem, przywiązanie do języka, poświęcenie własnych interesów sprawom publicznym, solidarna akcja, gdy chodzi o krzywdę, wyrządzoną ludności (n. p. pogromy), solidarna odmowa uczestniczenia przy egzekucjach przestępców politycznych, niezachwiana odwaga cywilna — oto cechy, które lekarze nasi ujawnili w zmiennych kolejach losu kraju naszego.

Znamieniem charakterystycznym stanu lekarskiego polskiego jest także to, że wybiega on myślą i czynem bardzo często poza koło spraw zawodowych na szeroką arenę życia publicznego, zajmując się sprawami natury politycznej, oświatowej, kulturalnej, a często nawet zawodów rzemieślniczych. Wielka jest liczba takich działaczy społecznych ze świata lekarskiego.

Prof. Dietl jako prezydent miasta Krakowa, stworzył fundusz pożyczkowy dla rzemieślników krakowskich. Karol Marcinkowski założył w r. 1835 w Poznaniu »Bazar« jednoczący w sobie handel i przemysł rodzinny oraz życie miejskie; stworzył w Poznańskim ruch o podkładzie społeczno-ekonomicznym, zdążający przez oświatę, wychowanie, fachowe wykształcenie i rozumną pracę do wytworzenia nowoczesnego silnego społeczeństwa. Tytus Chałubiński dał początek szkole koronarskiej i snycerskiej w Zakopanem i wyrobił dla nich przywileje państwowe. Ludwik Natanson (zm. w 1906) między innymi stworzył Szkołę rzemiosł i warsztaty rzemieślnicze, był założycielem Muzeum przemysłowego i uczestnikiem budowy domów z tanimi mieszkaniami dla robotników. Józef Chwiećkowski praktykujący na Wschodzie, obok stypendyów dla studentów za pisał fundusz na zapomogi dla uczniów szkół technicznych oraz przeznaczył nagrody za wydawnictwa popularne; wreszcie, Tow. lek. warsz. rozporządza także odsetkami od

funduszu lekarza Feliksa Jabłonowskiego, przeznaczonego na wsparcia dla krawców i piekarzy.

I obecnie koledzy nasi, zwłaszcza na prowincyi, gorliwie współdziałają w rozpowszechnianiu przemysłu ludowego, poświęcając w tym celu nietylko pracę swoją, lecz i ciężko zapracowany pieniądz. Po dziś dzień zdarza się, że nietylko ruch w sferze ekonomicznej, ale rozbudzenie życia publicznego w danej miejscowości jest zasługą lekarza miejscowego, który jest pionierem postępu i kultury. W epoce szerzenia oświaty ludowej lekarze na prowincyi byli gorliwymi wykonawcami prac oświatowych.

Lekarze, którym naród powierzył rolę swych przedstawicieli, nie zawiedli pokładanych w nich nadziei i wykazywali nieraz bezgraniczne poświęcenie, a także umiejętność pozyskania wpływów i popularności. Karol Marcinkowski (1800—1846) w r. 1822 siedział w więzieniu w Weichselmünde na udział w Związku »Polonia«; przy generale Chłopickim był szefem generalnym sztabu; medal złoty wartości tysiąca franków, jaki mu przyznała w roku 1833 Akademia nauk w Paryżu za rozprawę o cholery spieniężył i obrócił dla tułaczów-ziomków. Po powrocie do Poznania przesiedział 6 miesięcy w twierdzy za udział w r. 1830.

Józef Dietl znakomity profesor i założyciel zdrojowisk polskich, był najpopularniejszym przedstawicielem kraju naprzód w sejmie galicyjskim, a następnie w Radzie Państwa w Wiedniu. Pisze rozprawy polityczne »Nie bójmy się włościan«, »Kogo mamy wybierać do Sejmu?«, bierze udział w pracach wychowania publicznego (»O reformie szkół krajowych«), staje w obronie praw Uniwersytetu, autonomii kraju. Mąż ten w r. 1865, pod hasłem rzekomego niebezpieczeństwa dla monarchii austriackiej, został usunięty z katedry. Kraków wybrał go wtedy swym prezydentem. Zasługi Dietla na tem stanowisku są tak wielkie, że i dziś »wszystko co się robi w Krakowie i dla Krakowa, robi się zawsze według planów i pomysłów Dietla«.

Tytus Chałubiński był cenionym członkiem rządu narodowego w latach przedpowstańczych.

Z zasług naukowych lekarzy-Polaków należy nadmienić choćby to, że na początku minionego stulecia właśnie imię polskie zajaśniało w dziedzinie dociekań biologicznych. Prawda naukowa, dziś tak jasna i zrozumiała, że nic w przyrodzie nie ginie, tylko zmienia formę bytu, że życie w przyrodzie polega na ciągłej przemianie formy, a w każdej pojedynczej żyjącej istocie na nieustannej przemianie materii, a dalej, że śmierć jednych istot staje się punktem wyjścia dla życia drugich, ta prawda epokowa w biologii i fizyologii została wypowiedziana przez Jędrzeja Śniadeckiego (1766—1838), który wszedł do grona nieśmiertelnych, jako badacz genialny.

Na schyłku zaś ubiegłego stulecia Marceli Nencki, idąc od poznania własności biologicznych komórek i ich składu chemicznego, dotarł do poznania istoty enzymów. Poznanie tych ciał, a także otrzymanie sztuczne takich niestałych ciał białkowych, któreby miały własności żywej protoplazmy, oto zadania chemii biologicznej równoczesne z zadaniem poznania i istoty życia. Tak więc na rubieży dwu stuleci niby słupy, jaśniejące promieniami geniuszu narodowego, stanęli: Jędrzej Śniadecki i Marceli Nencki.

Z powyższego szkicu widać, że lekarze-Polacy obok spełniania najbliższych swych zadań t. j. zawodowych, postępowali jako krzewiciele oświaty i cnót obywatelskich, jako obrońcy przed bezprawiem, opiekunowie biednych i krzywdzonych. Te zasługi na polu pracy społecznej, ten dorobek duchowy narodu naogół mało lub niedokładnie jest znany, gdyż szkoła obca zubożyła nas duchowo, wydała pokolenie, które aczkolwiek mówi i myśli po polsku, wiedzy polskiej nie posiada. Naród zajmuje stanowisko wśród ludzkości nie tem, czego się od innych uczy, ale

tem, co sam tworzy; a pokolenie, które nie wie, co myśl polska w poprzednich pokoleniach zrobiła, nawet przy najlepszych chęciach postępu narodowego nie posunie. Te myśli powinny nas pobudzać do badania dorobku cywilizacyjnego pokoleń poprzednich, a wspomnienie o szlachetnych i znakomitych Polakach w każdym położeniu krzepić nas będzie.

W. K.

II. Zjazd lekarzy rządowych w Austrii

w Krakowie 24. do 26. czerwca 1912.

Zjazd nie był wprawdzie tak liczny, jak I. Zjazd, który się odbył przed trzema laty w Wiedniu, niemniej jednak zgromadził bardzo poważną liczbę uczestników, stu kilkudziesięciu, ze wszystkich prowincji austriackich i z Galicji. W przeddzień Zjazdu, w niedzielę 23/VI odbywały się obrady wydziału »Związku lekarzy rządowych w Austrii«, wieczorem zaś spotkali się przyjezdni i miejscowi uczestnicy bardzo licznie na swobodnym zebraniu towarzyskiem w hotelu Saskim.

Inauguracyjne posiedzenie Zjazdu w poniedziałek 24/VI odbyło się w auli Uniwersytetu. Posiedzenie zagał prezes galic. Związku lekarzy rządowych, a wiceprezes Związku lekarzy rządowych austr. Dr Czyżewicz z Jarosławia, przemówieniem, wygłoszonym po polsku i po niemiecku, podobnie jak wszystkie inne mowy powitalne. W przemówieniu tem, witając zebranych na ziemi polskiej dziękował mowca przedstawicielom władz, uniwersytetów, towarzystw lekarskich i lekarzy wojskowych, którzy na posiedzenie jako goście przybyli, następnie złożył podziękowanie reprezentacji miasta Krakowa, podnosząc zasługi w zakresie reform sanitarnych w mieście; wreszcie powitał delegowanych Związku lekarzy rządowych państwa niemieckiego i lekarzy rządowych z innych krajów Austrii, jakoteż towarzyszące im panie. Dalej skreślił w krótkich słowach dzieje Związku lekarzy rządowych austriackich i wymienił główne prace dotychczas przez Związek dokonane w zakresie spraw sanitarnych, oraz sprawy, które czekają jeszcze załatwienia.

Prezydentami honorowymi wybrano: prof. Ludwiga z Wiednia, referenta sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych r. dw. Haberlera z Wiednia, prof. Kostaneckiego z Krakowa i prezesa Izby Dra Festenburga ze Lwowa; prezesami Dr Paula, prezesa Związku państwowego lekarzy rządowych z Wiednia, Dr Reisingera, prezesa Związku krajowego lek. rząd. z Pragi, prof. Nowaka z Krakowa i st. lek. pow. Dra Bielańskiego z Krakowa; sekretarzami Dr Landesmanna z Wiednia, Dr Weinsberga z Krakowa i Dr Opieńskiego ze Lwowa.

Nastąpiły przemówienia powitalne: Dr Paula imieniem Związku państwowego lekarzy rządowych, del. r. dw. Fedorowicza imieniem Ministerstwa i Namiestnictwa, wiceprezydenta Dr Szarskiego od miasta Krakowa, dziekana prof. Reissa od Uniwersytetu Jagiellońskiego i Wydziału lekarskiego, Dr Festenburga od Krajowej Rady zdrowia i Izby lekarskiej wschodnio-galicyskiej, Dr Schoenguta od Izby zachodnio-galicyskiej, prof. Gumprechta z Weimaru, Dr Krausego z Opola od niemieckiego i pruskiego Związku lekarzy rządowych, prof. Macheka od Uniwersytetu lwowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr Janiszewskiego od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Dra Obtułowicza od Towarzystwa higienicznego ze Lwowa i Dra Damskiego od Kraj. Związku lekarzy.

Oprócz wymienionych uczestniczyli w otwarciu Zjazdu jako delegaci; referent sanitarny ministerstwa spraw

wewnętrznych r. dw. Haberler, inspektor sanitarny radca Dr Lachowicz, szef sanitarny korpusu wojskowego krakowskiego Dr Ryba, oraz bardzo liczne grono profesorów U. J. i lekarzy krakowskich.

Na I. posiedzeniu odbył się wykład prof. Jurasza ze Lwowa: »O twardzieli«. W znakomitym tym wykładzie, skreśliwszy pokrótce obraz anatomiczny i kliniczny tego cierpienia, wskazał prelegent na coraz częstsze pojawianie się twardzieli w Galicji, gdzie zdaje się być bardzo rozpowszechnioną, oraz na szerzenie się jej z głównego ogniska w południowo-zachodnich prowincjach Rosji w coraz dalsze kraje. Wobec niebezpieczeństwa wzmocnienia się tej choroby wskazał prelegent na konieczność donoszenia urzędowego o jej przypadkach, uzyskania dokładnej statystyki, oraz środków zapobiegających dalszemu szerzeniu się. Dalej Dr Kaan z Morawskiej Ostrawy miał wykład p. t. »Nowoczesny humanitaryzm a wielki przemysł«, w którym opisał urządzenia sanitarne i humanitarne fabryk żelaza w Witkowicach. W końcu Dr Eisenberg z Krakowa miał wykład p. t. »Zwalczanie epidemii a nowoczesna bakteryologia«.

Popołudniu odbyło się zwiedzanie miasta zorganizowane doskonale przez Związek turystyczny za staraniem Dr Ludwika Schneidra prezesa Związku, wieczorem zaś świetne przyjęcie urządzone przez reprezentację miasta, na którym przemawiali: wiceprezydent miasta Dr Szarski, Dr Paul, prof. Ponikło, Dr Helly, Dr Ryba i prof. Kostanecki.

We wtorek dnia 25. VI. rozpoczęło się posiedzenie od demonstracji szeregu chorych dotkniętych twardzieli, których przedstawił prof. Pieniżek, poczem nastąpił wykład Dra Boryego z Drohobycza: »Uwagi rozpoznawcze o durze osutkowym«. W ożywionej dyskusji nad tym wykładem podniesiono konieczność utworzenia państwowych zakładów badania chorób zakaźnych i stacyi bakteryologicznych zupełnie samoistnych i uchwalono odpowiednią rezolucję. Resztę posiedzenia przedpołudniowego zajęły rozprawy na ważny temat: »Potrzeby publicznej służby zdrowia w zamierzonej reformie administracji przy władzach politycznych«. Referaty w tej sprawie odczytali: kraj. inspektor sanitarny Dr Krzyżanowski i Dr Helly imieniem Dr Wintera z Wiednia. Główne punkta tych referatów dadzą się streścić w następującem: 1) Reforma administracji jest niezbędną zarówno w interesie zdrowia publicznego, jakoteż w interesie sprawności władz sanitarnych. 2) Koniecznym warunkiem tej reformy jest odpowiednia zmiana ustawy sanitarnej z r. 1870. 3) Stanowisko lekarzy urzędowych przy władzach politycznych wszystkich trzech instancji powinno być samoistne i ile możności niezależne. We wszystkich ważnych sanitarnie sprawach powinien być lekarz urzędowy zapytywany o opinię; konieczne są pracownie; niezbędna jest dokładna instrukcja służbowa, dodanie lekarzom powiatowym pomocnika kancelaryjnego, uregulowanie należytości za podróże, wydanie taryfy należytości, urządzanie kursów naukowych dla lekarzy urzędowych, utworzenie powiatowych rad zdrowia i t. d. Przy każdym namiestnictwie powinna być utworzona na wzór obecnego oddziału technicznego sekcya sanitarna, na czele z referentem sanitarnym, mającym samodzielne prawo aprobaty, oraz powinny powstać państwowe pracownie. W ministerstwie powinna powstać również odrębna sekcya sanitarna pod samodzielnym kierownictwem lekarza w randze szefa sekcji; w tej sekcji powinny być skupione wszystkie sprawy sanitarne, dzisiaj rozproszone po różnych ministerstwach, a przy niej powinny istnieć: oddział naukowy dla prac sprawodawczych, centralne pracownie i państwowa inspekcya sanitarna. W dyskusji, która się po tych referatach rozwinęła rozpatrywano pytanie, czy i w jakim zakresie powinno być lekarzom urzędowym nadane prawo samodzielnej egzekutywy. W końcu uchwalono rezolucję, że konieczne jest powołanie lekarzy do komisji zajmującej się reformą administracji.

Popołudniu odbyły się wykłady: Dr Paula: »Znaczenie sanitarno-policyjne rzekomej ospy krowiej dla handlu mlekiem« i prof. Wachholza: »Z dziedziny toksykologii sądowej« z demonstracyami.

Wreszcie trzeciego dnia Zjazdu wygłosił Dr Opieński ze Lwowa referat: »O potrzebie natychmiastowego zaprowadzenia nauki o higienie i somatologii w seminariach nauczycielskich w Austrii«, w którym referent domagał się aby lekarze wykładający te przedmioty mieli stanowisko równorzędne z nauczycielami innych przedmiotów, oraz wykład prof. Bujwida: »O wyjąławianiu wody zapomocą promieni ultrafioletowych«. Dr Czyżewicz z Jarosławia mianowano członkiem honorowym Związku lek. rząd. austr. (dotychczas jedynym członkiem honorowym był prof. Ludwig z Wiednia).

Organizacya Zjazdu zyskała powszechne uznanie; główne zasługi w tym względzie położył prezes komitetu starszy lek. pow. prof. Dr Bielański.

Po Zjeździe odbyły się wycieczki do kopalń wielickich, do Zakopanego celem zwiedzenia sanatoryjów Dr Chramca i Dr Dłuskiego, oraz do fabryk żelaza w Witkowicach, gdzie oglądano tamtejsze zakłady humanitarne i sanitarne.

III. Zjazd Polski przeciwalkoholowy.

Ruch wstrzemięźliwości oparty na badaniach naukowych wykazujących związek alkoholizmu z najważniejszymi przejawami życia społecznego, stał się wspólnym dążeniem wszystkich narodów i państw cywilizowanych, wciągając w szeregi walczących coraz liczniejsze i wybitniejsze osobistości ze świata naukowego i politycznego. U nas znalazł on także zrozumienie, na jakie zasługuje, jak dotąd jednak wśród sfer jeszcze nielicznych.

Szeroki ogół nie wie więc i nie ocenia dostatecznie, jak wielkie szkody moralne i materialne wyrządza alkoholizm, w jakim stopniu jest on zaporą na drodze postępu jednostkowego i zbiorowego.

W czasie od 5. do 7. lipca b. r. odbędzie się we Lwowie polski Zjazd przeciwalkoholowy połączony z wystawą antyalkoholową.

Dotąd zapowiedziane są następujące wykłady:

Ks. K. Niesiołowski z Pleszewa (W. Ks. Poznańskie): »Obecny stan walki z alkoholizmem za granicą i w Polsce«. Prof. Dr Leon Popielski: »Wpływ t. zw. umiarkowanego używania napojów alkoholowych na organizm«. Prof. Dr Jan Piltz: »Wpływ alkoholizmu rodziców na potomstwo«. Dr Antoni Mikulski, lekarz Zakładu Kulparkowskiego: »Wpływ alkoholu na czynność psychiczną«. Dr Filip Eisenberg z Krakowa: »Alkohol a kwestya płciowa«. Dr Gantkowski z Poznania: »Alkohol a gruźlica«. Ks. Dr Jan Ciemniński: »Alkohol a charakter«. Dr E. Piasecki, doc. Uniw. ze Lwowa: »Zadanie uniwersytetu w walce z alkoholizmem«. Dr Stanisław Skalski z Łodzi: »Pijaństwo dżiwoty i młodzieży szkolnej w Królestwie Polskiem na zasadzie wyników ankiety«. Tadeusz Strumiłło, słuch. fil. ze Lwowa: »Abstynencya jako czynnik psychologiczny«. Dr Juliusz Makarewicz, prof. Uniw. ze Lwowa: »Alkohol a przestępstwo«. Dr Władysław Żukowski z Petersburga: »Prawodawstwo i administracya wobec alkoholizmu pod zaborem rosyjskim«. Dr Stanisław Biały, naczelnik sądu z Brzozowa i poseł do Rady państwa: »Prawodawstwo i administracya wobec alkoholizmu w zaborze austriackim«. Ks. M. Mrugas z Głuszyny (W. Ks. Pozn.): »Prawodawstwo i administracya wobec alkoholizmu pod zaborem pruskim«. Gedeon Giedroyc: »Rola samopomocy społeczeństwa polskiego w walce z alkoholizmem«. Jan Szymański: »Zadanie ruchu abstynenckiego w najbliższej przyszłości«.

W czasie Zjazdu zostanie otwarta Wystawa przeciwalkoholowa w pałacu sztuki na placu powystawowym. Wystawa podzielona będzie na trzy działy, mianowicie: dział naukowy, dział organizacyjny i dział przemysłowy.

Udział w Zjeździe i Wystawie zgłaszać należy do Komitetu wykonawczego we Lwowie, ul. Kochanowskiego 4, od 8—2 i od 7—9 wieczorem. Adres listowy: Lwów, Skrytka pocztowa 110.

Karta uczestnictwa uprawnia do wysłuchania wszystkich referatów, zabierania głosu w dyskusyi i zwiedzenia wystawy. Cena karty 5 koron, dla członków towarzystw abstynenckich i młodzieży 2 kor. Wstęp na jedną seryę wykładów 1 kor., dla członków tow. abstyn. i młodzieży 50 hal. Wstęp na wystawę 50 hal., dla młodzieży 20 hal.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 26. VI. posiedzenie, na którym prof. Popielski miał wykład o »Teorii hormonów i wydzielaniu wewnętrznem. W ożywionej dyskusyi, jaka się następowo rozwinęła, zabierali głos: Doc. Koźniński, prof. Cybulski, Klecki, Rosner, Dr Dąbrowski oraz prelegent. Posiedzenie to było ostatnie w półroczu letniem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. VI. do 22. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 3, płonicy 10, odry 5, duru brzuszego 1 † 1, nagmin. zapalenia opon mózgu. — † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymuje wciąż rozmaite dary pieniężne. Między innymi w ostatnich czasach ofiarował p. St. Kostrowicki 1000 rb. na ogólne cele Towarzystwa, a na potrzeby pracowni antropologicznej złożono 185 rb.; ś. p. Feliks Merta zapisał cały swój majątek w kwocie 12.000 rubli na rzecz Towarzystwa.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. VI. do 17. VI. 1912 przypadków: ospy 4, róży 3.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu dobiegł pięciu lat istnienia. Jak wiadomo na kilka lat przed zawiązaniem Związku zgrupowali się już petersburscy lekarze Polacy celem pracy naukowej w »Koło lekarzy Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny«. Dopiero jednak 15. maja (starego stylu) 1907 powiodło się po długich staraniach i pokonaniu wielkich trudności uzyskać zezwolenie władz na zawiązanie zupełnie samoistnego stowarzyszenia przyrodniczo-lekarskiego o szerokim zakresie naukowym i społeczno-higienicznym. Obecnie istnieje w Związku 5 wydziałów: przyrodniczy, lekarski, techniczny, farmaceutyczny i odontologiczny, oraz komitet budowy szpitala polskiego w Petersburgu. Dotychczas odbył Związek 62 posiedzenia, z tych 2 organizacyjne, 21 ogólnych, 18 lekarskich, 12 technicznych, 5 farmaceutycznych, 4 przyrodnicze. Liczba członków rzeczywistych Związku doszła 456, korespondentów 22; członków honorowych jest 6. Wykładów odbyło się w ciągu tych lat pięciu 110. Sprawozdania ze swoich posiedzeń lekarskich, farmaceutycznych i ogólnych drukuje Związek od początku w »Przeglądzie lekarskim«, z przyrodniczych we »Wszechświecie«, z technicznych w warszawskim czasopiśmie technicznym. Majątek Związku wynosi 1.760 rb., fundusz szpitalny 6.000 rb. Historyi pierwszego pięciocioła Związku poświęcił prof. Zaleski obszerniejszy artykuł w »Dzienniku petersburskim« (Nr 655), który regularnie zdaje sprawę z czynności Związku.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi utrzymywało w r. 1911 w Zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy 302 chorych w ciągu 78.944 dni i prowadzi tamże budowę domu administracyjnego, co liczbę miejsc dla chorych podniesie o 24. W roku tym otworzy Towarzystwo drugi swój zakład, dla nerwowo chorych, w Karolinie, gdzie od sierpnia leczono 57 osób w ciągu 2.421 dni. Obecnie zamierza Towarzystwo założyć zakład dla alkoholików i schronisko dla głupkowatych. Budżet Towarzystwa zamyka się sumą 278.676 rubli, a majątek Towarzystwa wynosi 171.128 rb. Do zarządu Towarzystwa wybrani zostali z lekarzy: Dr B. Chrostowski, S. Orłowski i A. Puławski (wszyscy ponownie); do komisji rewizyjnej Dr W. Bruner i W. Mayzel.

— W sprawie raka na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Dreźnie radził Kelling, by w regularnych odstępach czasu badać wszystkich ludzi powyżej lat 40 w tym kierunku. Już nawet powierzchowne badanie wykryłoby wiele guzów (sutek, macica, warga i t. p.).

Zmarli: W Petersburgu zmarł nestor lekarzy polskich, Dr Bolesław Skarga, który niedawno obchodził 50-lecie swojej działalności lekarskiej.

Redakcja otrzymała: Stanisław Poniatowski: O wpływie błędów obserwacyjnych na wskaźniki antropologiczne. (Warszawa 1912. Tow. Nauk. Warsz. Odbitka osobna). — Dr Jan

Papée: O leczeniu szczepionką powikłań rzeżączkowych. (Lwów 1912). (Odbitka z lwowskiego »Tyg. lek).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Prothaemin, nowy przetwór białkowy. (Ze sanatorium Neudorf pod Görbersdorfem) podał Dr med. Camphausen, lekarz kierujący. (Zeitschrift für Tuberkulose, Band 18; Heft 5).

»Przetwór ten musi się uważać za nowe cenne wzbogacenie naszego skarbcza środków odżywczych, powołanych zapewne do tego, aby w leczeniu dyetetycznym odegrać niezwykle doniosłą rolę«.

W **prothaeminie** są po raz pierwszy połączone wszystkie cenne składniki krwi, przede wszystkim żelazo i organicznie związany fosfor, w związku naturalnym w postaci stałej (95%). Wessanie podanej prothaeminy następuje prawie doszczętnie. Bezwonność i brak smaku prothaeminy stanowią dalsze zalety wobec wielu dotąd istniejących przetworów krwi. Dodać do tego należy względną taniść tego środka, tak, iż może on stać się dostępny jako przetwór odżywczy także mniej zażożnym. Ciekawa jest historia powstania prothaeminy, której za tło służą narodowo-ekonomiczne momenty i przez Salkowskiego rozważane problemy odżywiania ludu. Wyrabiana na wielką skalę przez firmę Goedecke & Co. w Lipsku w leczniczych celach prothaemina pozostaje pod nieustającą kontrolą naukową Salkowskiego samego, który ją uzyskał pierwszy po długim szeregu doświadczeń. Camphausen spostrzegł w wielu stanach niedokrewności, u suchotników, ozdrowieńców po ciężkich utratkach krwi, przy krzywiczych stanach odżywienia, bez wyjątku doskonale wyniki podając prothaeminę, a mianowicie wogóle w 63 przypadkach, w których częściowo odżywienie było silnie podupadłe a możność racjonalnego dostarczenia pożywienia była bardzo utrudniona. Pomnożenie się liczby ciałek czerwonych i przybytek wagi były uderzające.

Właśnie u suchotników okazał się przetwór nader cennym, w przeciwieństwie do wielu nowych przetworów odżywczych, które tylko przejściową poprawę mogą złudnie sprowadzić, a której stałość zapewnia jedynie tuczenie białkiem.

Niepożądanych działań ubocznych nigdy nie spostrzegano; żadnych zaparć ani biegunek. W żadnym przypadku nie następowало odstawienie z powodu wstrętu, nawet po bardzo długim podawaniu. Niejednokrotnie stwierdzano poprawę łaknienia, wytłumaczoną podniecającym działaniem zawartego fosforu (lecytyna). Autor uważa na podstawie swych spostrzeżeń prothaeminę za odpowiednią, aby przemianę materii pobudzić, tak iż wzmagą się przyjęcie tlenu przez krew i tworzenie się nowych w walce przeciw zarodkom chorobotwórczym ważnych istot obronnych.

Hr. W.



Najlepsze skutki w niezżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacja dla Galicji i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykatuska 31.



Dr Maksymilian Fuchs

ordynuje jak w latach ubiegłych 289
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

B. długoletni asyst. kliniki wewnętrznej U. J.

Dr Kazimierz FLIS

ordynuje w bieżącym sezonie 292
w Piszczanach (Pöstyén).

Dr Władysław Kluger

b. Asystent kliniki med. Uniw. Jagiell., b. Aspirant 131
I. kliniki med. Prof. Noordena we Wiedniu

ordynuje od 15 maja b. r.

w Maryenbadzie „Stadt Hannover“ Kirchenplatz.

Karlsbad Dr M. WACHNIANIN 246
ord. od 1 maja
Haus Goldener Löwe naprzeciw Kurhausu.

Wielmożnym Panom Lekarzom dentystom polecamy najnowsze kompletne urządzenia dentystyczne. Dom dentystyczno-towarowy. Specyalność: Artykuły S. S. Whitego. BRUNO SASS i Ska 255
Lwów, Pl. Halicki 14. — Nr telefonu 1794.