

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. SABINA DEMBOWSKA i KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI. O wpływie solanki ciechocińskiej № 3 na wydzielanie z moczem związków purynowych. Str. 1327. II. H. KACZYŃSKI. Nowe przyrządy. Str. 1334. *Dział sprawozdawczy.* 223. A. GOUGET. Zwyrodnienie jądra soczewkowego i marskość wątroby. Str. 1326. 224. M. MAURICE de FLEURY. Przyczynę do genezy i leczenia padaczki zwykłej. Str. 1337. 225. GUSTAW WALCHER (ml). Odstrzykiwanie siary w eklampsji. Str. 1388. 226. G. TRAPL. Zastosowanie pituitryny w łóżysku przodującym. Str. 1339. 227. M. F. WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD i WEISSENBAACH. Pochodzenie hematogenetyczne niektórych ostrych zapaleń wyrostka Srr. 1339. *Notatki terapeutyczne.* Str. 1840. *Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. Lekarze Polacy na obczyźnie. Str. 1343. *Wiadomości bieżące.* Str. 1347. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1352. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU II W SZPITALU WOLSKIM W WARSZAWIE.

O wpływie solanki ciechocińskiej № 8 na wydzielanie z moczem związków purynowych.

Podali

Sabina Dembowska i Kazimierz Rzętkowski

b. asystentka oddziału.

ordynator oddziału.

Celem pracy naszej było zbadanie, jak wpływa solanka ciechocińska № 8 na wydzielanie związków purynowych z moczem u chorych, zdradzających objawy t. zw. „artrytyzmu“ stawowego. Solanka ta, jak wiadomo, należy do wód mineralnych słabych: zawiera ona w litrze 3,8 części stałych, z czego na chlorek sodowy przypada 3,227 grm. Nadto, według badań ST. SERKOWSKIEGO i W. KRASZEWSKIEGO, (Zdrowie str. 530, 1911) przewodnictwo tej wody wynosi 0,00069 i radyoaktywność 1,25 (*Maché*). Sądząc z danych SERKOWSKIEGO i KRASZEWSKIEGO, jest to najbardziej radyoaktywna z solanek ciechocińskich, z których, prócz omawianej, tylko solanka № 10 jest nieco radyoaktywna (0,19 M.). Krótko mówiąc, jest to więc słaba, bo 0,3% solanka, o stężeniu drobinowem mniejszem niż stężenie drobinowe krwi, której bardzo nieznaczna radyoaktywność żadnego wpływu na przemianę materji prawdopodobnie nie posiada.

Badania doświadczalne nad wpływem wód mineralnych rozmaitego pochodzenia na wydzielanie związków purynowych z moczem, zwłaszcza zaś kwasu moczowego, są dosyć liczne. Wszakże znaczna większość prac w tym kierunku ogłaszana jest wyłącznie w celach reklamowych, i poważnego znaczenia naukowego nie posiada. Z tych niewielu prac, którym można ufać, wynika, że wody mineralne słone (solanki) wzmagają nieco wydzielanie kwasu moczowego. Tak przynajmniej wnosić wolno z nielicznych danych, dotyczących wody KISSINGEN-RAKOCZY (0,58% NaCl), nieco silniejszej od solanki ciechocińskiej № 8, oraz wody homburskiej (źródło Elżbiety) znacznie silniejszej od niej (0,98% NaCl)¹⁾. Wzmaganie to jest jednak nieznaczne. Tak DAPPER i v. NOORDEN u badanych przez się osób znajdowali w okresie picia wody KISSINGEN wzmaganie się wydzielania kwasu moczowego średnio o 0,2, 0,05, 0,14 grm. *pro die*. Wszakże tak małe stosunkowo wzmaganie się ilości $\bar{u}$ w moczu *pro die* może, sumując się przez cały okres kilkotygodniowy kuracji, dać rezultat pomysłny.

Ponieważ, o ile nam wiadomo, nikt z badaczy naszych nie podnosił dotychczas doświadczalnie wpływu solanki ciechocińskiej № 8 na wydzielanie związków purynowych z moczem, przeto badanie w tym kierunku wydało nam się z wielu względów pożądane. Wybraliśmy solankę № 8, jako zbliżoną do wody kissingeńskiej również i dlatego, że jest ona hipotoniczną. Jeżeli chodzi o dokładniejsze „wyługowanie“ z ustroju różnych zalegających w nim resztek przemiany materii, o „przemycie“ go, to w przekonaniu naszym uczynić to można łatwiej, używając do tego wody hipotonicznej, która, nie powodując wysikania do kiszek, ewentualnie stężenia soków ustrojowych, jak roztwory hipertoniczne, przeciwnie ulega w kanale pokarmowym izotonizacji na drodze przesikania do kiszek z ustroju soli lub wysikania z kiszek do ustroju wody. Zdaniem naszym solanki słabsze i z tego również powodu nadają się bardziej do podawania ich podagrykom, że zawierają mniej soli kuchennej, co nie jest bez znaczenia wobec tych chorych, u których nerki i serce pozostawiają często wiele do życzenia. Z tego też powodu podawaliśmy naszym chorym nie więcej nad 500 ctm. sz. solanki *pro die* (w 2-u porcjach po 250).

Szczegóły, dotyczące techniki badań naszych, są dostatecznie widoczne z tablic poniższych, przeto rozwódzić się tu dłużej nad nimi nie będziemy. Zaznaczyć winniśmy, że oznaczanie kwasu moczowego i zasad purynowych dokonywaliśmy metodą KRÜGER'a i SCHMID'a, biorąc do analiz 400—500 ctm. sz. moczu. Chore szpitalne, na których robiliśmy badania nasze, należały do kategorii osób lekko chorych, t. j. takich, jakie leczą się zazwyczaj w miejscowościach kuracyjnych: skarżyły się one na

¹⁾ v. NOORDEN, Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels II, 514.

bole stawowe, miały trzeszczenia w stawach bez gorączki i t. p., jednym słowem—należały do grupy t. zw. „artrytyków“ bez wyraźnych wszakże objawów podagry, którą tak rzadko wogóle u nas, a w szczególności w szpitalach naszych widzujemy.

Po tych uwagach przedwstępnych przejdziemy do rozpatrzenia szczegółowego danych doświadczeń naszych.

Doświadczenie I. Chora lat 43.

T A B L I C A I.

Data	Moczu cm. sz.	C. g.	N całkowity	N $\bar{u}$	N zasad.	Waga	U w a g i
6/vi	480	1025	8,333	0,007	0,007	56,6	O k r e s I.
7	620	1025	11,458	0,109	0,016	57,0	kryształy $\bar{u}$ w osadzie.
8	370	1023	5,657	0,046	0,012	57,6	?
9	480	1015	3,629	0,025	0,022	58,3	? Rozwolnienie.
10	760	1025	7,193	0,072	0,014	—	Kryształy u w osadzie.
11	2200	1010	8,771	0,111	0,025	—	O k r e s II.
12	1150	1015	9,393	0,039	0,034	58,4	(Solanka № 8 2 × 250 pro die).
13	1100	1013	7,838	0,085	0,024	—	
14	1760	1007	6,209	0,059	0,019	58,4	
15	2360	1010	9,789	0,087	0,058	—	
16	1600	1011	7,168	0,069	0,013	58,7	
17	1700	1009	7,616	0,086	0,042	—	
18	2250	1010	10,768	0,072	0,055	—	
19	1100	1012	8,233	0,046	0,029	58,4	
20	1600	1013	8,602	0,032	0,041	—	O k r e s III (=I).
21	1310	1010	5,821	0,029	0,056	58,1	
22	1500	1010	7,728	0,052	0,039	—	
24	1900	1008	11,730	0,076	0,035	—	O k r e s IV.
25	1040	1015	6,814	0,047	0,016	58,3	(Wody zwykłej 2 × 250 pro die).

Jak widać z tablicy pierwszej, w doświadczeniu tem mieliśmy cztery okresy. Okres I, to okres pięciodniowy przedwstępny (6—10.vi). Zaznaczyć należy, że dla obliczenia średnich z tego okresu użyć możemy tylko dni 6, 7 i 10, ponieważ w dniu 8 i 9 chora miała rozwolnienie, więc ilości moczu, jakie wydzieliła, nie odpowiadają rzeczywistości. Okres II trwał dni 9 (11—19): był to okres picia solanki. Okres III (20—22) posolankowy; wreszcie w okresie IV (24 i 25) podawano chorej zamiast solanki czystą wodę (2×250). Na 3 dni przed rozpoczęciem badania i przez cały czas tegoż chora była na dyecie bezpurynowej.

Zestawienie średnich z tych okresów przedstawia się, jak następuje:

Okres	Moczu	N całkow.	u	N zasad.	$\frac{N \text{ zasad.}}{N \bar{u}}$	U w a g i
I	620	8,994	0,207	0,012	1:5,75	—
II	1686	8,426	0,219	0,033	1:2,2	2×250 pro die sol. № 8.
III	1483	7,387	0,113	0,045	1:1	—
IV	1470	9,272	0,183	0,025	1:2,4	2×250 pro die wody cz.

Z zestawienia średnich powyższych stwierdzamy, że podczas picia solanki nastąpiło znaczne wzmożenie diurezy, której nie towarzyszyło wszakże wzmaganie się N całkowitego moczu. Nie mogliśmy więc stwierdzić tu jakiegoś „wyługowania“ produktów azotowych przemiany materii, zalegających w ustroju. Stwierdzamy natomiast wzmaganie się wydalania z ustroju kwasu moczowego, oraz zwłaszcza zasad purynowych. To wzmaganie się ilości $\bar{u}$ w okresie posolankowym ustaje i nie występuje później, gdy zamiast solanki podawać chorej wodę zwykłą. Zato wzmożenie się w okresie solankowym zasad purynowych trwa nadal.

Doświadczenie II. Chora lat 50.

T A B L I C A II.

Data	Moczu	C. g.	N całkowity	$N \bar{u}$	N zasad.	U w a g i
27 } 28 }	2350	1016	21,056	0,189	0,126	O k r e s I.
29	1150	1016	?	0,037	0,065	
30	1340	1014	12,081	0,069	0,078(?)	
1/vII	1660	1012	9,96	0,064	0,039	
2	1330	1013	8,491	0,036	0,044	O k r e s II. (Solanka № 8 2X250 pro die).
3	1350	1013	7,862	0,059	0,042	
4	1220	1013	7,515	0,048	0,046	

Zestawiając średnie z danych powyższych, otrzymamy co następuje:

Okres	Moczu	N całkow.	$\bar{u}$	N zasad.	$\frac{N \text{ zasad.}}{N \bar{u}}$	U w a g i
I	1210	11,045	0,222	0,067	1 : 1	—
II	1390	8,457	0,156	0,042	1 : 1	Sol. № 8 2 250 pro die

Doświadczenie to, jak poucza zestawienie powyższe, wypadło ujemnie dla solanki w sensie wpływu jej na wydzielanie z moczem kwasu moczowego. Stwierdzamy tu tylko pozorne wzmaganie się diurezy (patrz niżej) bez wzrastania ilości N całkowitego moczu.

Doświadczenie III. Chora lat 47.

T A B L I C A III.

Data	Moczu	C. g.	N całkowity	$\overline{N \overline{u}}$	N zasad.	U w a g i
11/vii	1190	1013	8,729	0,077	0,032	O k r e s I. Waga chorej 57,1.
12	1200	1013	7,997	0,056	0,012	
13	1250	1008	10,084	0,079	0,035	
14	1750	1012	10,584	0,087	0,024	O k r e s II. (Solanka № 8 2X250 pro die) Waga chorej 57,8.
15	1610	1015	11,27	0,141	0,019	
16	1500	1013	10,584	0,095	0,019	
17	2010	1010	8,514	0,079	0,023	

Doświadczenie to, acz niezbyt długotrwałe, uwydatnia wpływ solanki taki, jaki *a priori* byłby najpożądalszy i jaki dobrze godzi się z naszym pojęciem o „wyługowywaniu“, o „przemywaniu“ ustroju: poucza o tem poniższe zestawienie średnich z okresów doświadczenia III.

Okres	Moczu	N całkow.	$\overline{u}$	N zasad.	$\frac{N \text{ zasad.}}{N \overline{u}}$	U w a g i
I	1210	8,935	0,21	0,026	1 : 2,7	Sol. № 8 2X250 pro die.
II	1720	10,233	0,3	0,021	1 : 5	

Stwierdzamy tu bowiem przedewszystkiem wzmaganie się diurezy prawie w stosunku ilościowym do wypitej solanki, mamy dalej dosyć znaczne wzmaganie się ilości N całkowitego moczu, owo zatem „wyługowywanie“ z ustroju zalegających w nim wytworów przemiany materji. Mamy wreszcie wzmaganie się ilości dobowej wydzielanego kwasu moczowego, przyczem stosunek N zasad do $\overline{u}$ w okresie solankowym zmniejsza się. To ostatnie zjawisko zależy może od wzmożonego utleniania się zasad do kwasu moczowego w okresie solankowym.

Doświadczenie IV. Chora lat 52.

T A B L I C A IV.

Data	Moczu	C. g.	N całkow.	N u	N zasad.	Waga	U w a g i
22/x	1460	1014	5,6314	0,1075	0,0705	49,2	O k r e s I.
23	1480	1010	8,785	0,0871	0,0509	49,4	
24	1370	1013	4,8101	0,0719	0,0274	49,7	
25	840	1018	7,338	0,0726	0,0271	50,0	
26	550	1024	7,669	0,0612	0,0408	49,1	
27	1150	1016	9,724	0,127	0,004	49,5	
28	1100	1020	12,813	0,104	0,021	49,9	
29	1120	1015	14,666	0,0228	?	50,0	Zaczął się peryod (30/x—3/x ₁) O k r e s II. (Solanka № 8 2X250).
30	1570	1013	8,968	0,0670	0,0243	49,0	
4/x ₁	1850	1012	10,567	0,1126	0,0166	49,7	
5	1270	1014	9,754	0,1014	0,032	50,0	
6	1130	1016	11,204	0,0874	0,076	"	
7	1190	1015	9,263	0,1012	0,0042	"	
8	1010	1010	8,7104	0,0869	0,0120	"	
9	970	1016	7,985	0,0934	?	50,2	
10	1090	1014	6,104	0,0354	0,0174	"	
11	1150	1012	6,44	0,0865	0,0153	50,2	
12	745	1016	5,891	0,0819	0,0522	50,0	O k r e s III (=I).
13	1060	1013	4,689	0,1337	0,0690		
14	690	1019	5,525	0,0613	0,0497	50,0	O k r e s IV. (Solanki 1%, 2X250 pro die)
15	1430	1012	5,6455	0,1140	0,0505	50,0	
16	1270	1012	6,187	0,0792	0,0417	49,7	
17	960	1016	7,3188	0,0870	0,0517	49,7	
18	1070	1015	5,2729	0,0975	0,028	49,2	

Zestawienie średnich.

Okres	Moczu	N całkow.	u	N zasad.	$\frac{N \text{ zasad.}}{N \text{ u}}$	U w a g i
I	984	6,026	0,273	0,047	1 : 2	
II	1235	9,366	0,237	0,025	1 : 3	Sol. № 8 (1/3%) 2×250.
III	1084	5,990	0,264	0,045	1 : 2	Sol. № 10 (1%) 2×250.

W doświadczeniu tem mamy możność zestawienia danych, dotyczących wpływu obu solanek № 8 i № 10 różnej mocy na wydzielanie moczowe. Tym razem widzimy, że pod wpływem solanki słabszej nastąpiło pozorne wzmoczenie się diurezy ze znacznem wzmoczeniem się N całkowitego, jednocześnie wszakże ilość dobową kwasu moczowego uległa w okresie II nieznacznemu zmniejszeniu się. Solanka 1% (III) pozostała zupełnie bez wpływu na interesujące tu nas dane, albowiem wyniki badań w okresie podawania tej solanki są prawie identyczne z wynikami badań w okresie przedsolankowym (I).

(D. n.).

II. Nowe przyrządy ¹⁾.

Podał

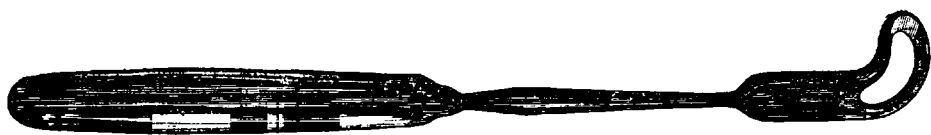
H. Kaczyński (Parczew).

1) Ulepszona skrobaczka.

Usuwanie wyrosli adenoidalnych należy do najczęstszych zabiegów wieku dziecięcego i dorastającego. Wykonywa się ów zabieg zapomocą najrozmaitszego typu skrobaczek, kleszczyków i sztanc, które-to narzędzia mają swoje dobre i ujemne strony. Już sama liczba używanych dotąd narzędzi i ciągle wprowadzanie w nich zmian najlepiej świadczy o tem, że nie wypełniają należycie swego zadania. Wymaga się od operacyi, aby wyrosłe były usunięte doszczętnie, przytem w zasadzie obojętnem jest, czy chory je połknie, czy też dostaną się do spluwaczki. Inaczej ta kwestya przedstawia się rodzicom i otaczającym chorego; dla

¹⁾ Przyrządy te były przedstawione na posiedzeniu laryngologów w Tow. Lek. Warsz. d. 30. stycznia 1912.

nich obecność wyrosli, które sami mogą oglądać, jest zawsze pożądana. Otóż w tym ostatnim kierunku były skierowane dążenia wielu autorów. Powstały skrobaczki z koszyczkami i rozmaitymi haczykami. Narzędzia te może zadanie swoje wypełniają dobrze, ale prócz tego że są znacznie droższe, to jeszcze odstraszaają swoją niezdarną i ciężką formą. Najważniejsze zaś zadanie wszystkich narzędzi, t. j. aby usuwały wyrosłe doszczętnie, wypełniają dotąd najlepiej skrobaczki z nożem pierścieniowym (*Ringmesser*), które jednak posiadają dużą wadę, mianowicie, że ścinają nie tylko wystające wyrosłe, ale i błonę śluzową pod niemi i dalszy jej ciąg na tylnej ścianie gardzieli. Wynikiem tego są obrażenia tylnej ściany gardzieli, zadry, a bardzo często się zdarza, że odcięte wyrosłe wiszą na błonie śluzowej, poruszają się podczas oddychania, pobudzając do kaszlu i wymiotów, nieraz zapadają lub aspirują się do krtani. W tych warunkach przy krwawieniu i niepokoju dziecka trudne i męczące bywa usuwanie wiszących wyrosli zapomocą nożyczek i szczypczyków.



Skrobaczka dra KACZYŃSKIEGO.

Ów największy brak wszystkich dotąd używanych skrobaczek usunęłam bardzo prostą modyfikacją skrobaczki KIRSTEIN'a. Mianowicie, ustawienie noża zmieniłam w ten sposób, że jest on ukryty, t. j. ostrze znajduje się niżej poziomu ramki, która ślizgając się po powierzchni śluzówki, chroni ją od skaleczenia; nóż przesuwają się tuż nad powierzchnią błony śluzowej, ścina dokładnie wszystko, co wystaje, nie dotykając samej błony. Zalety modyfikacji są widoczne; skrobaczka odcina tylko wyrosłe, które opadają, ponieważ nie mają na czem się trzymać; nóż może być nadzwyczaj ostry, ponieważ niema obawy, aby co uszkodzić. Pozatem koszyczki i haczyki zastąpiłam nader prostą modyfikacją, mianowicie, przestrzeń prózną ramki skrobaczki KIRSTEIN'a wypełniłam blaszką jednolitą. Odcięte wyrosłe spadają na płaszczyznę blaszki i nie dostają się do krtani, lecz zapomocą lekkiego pochylenia na bok i ruchu wygarniającego dostają się z łatwością do spluwaczki. Operację zapomocą mojej skrobaczki wykonano już kilkanaście razy. Zabieg odbywał się gładko i bez dodatkowego usuwania wyrosli szczypczykami lub nożyczkami. Do operacji wygotowuję tylko skrobaczkę i szpatel, żadnych innych narzędzi pomocniczych nie potrzeba.

2) Zastosowanie pompki, używanej do masażu pneumatycznego, do ezofagoskopii.

Największą przeszkodą w ezofagoskopii jest nagromadzanie się w rurze ezofagoskopu płynu, który należy usuwać, aby umożliwić badanie. Robi się to w ten sposób, że badający usuwa swe oko, podnosi aparat oświetlający, asystent zaś wprowadza długi smok pompki i wyciąga płyn zapomocą rytmicznego ściskania i rozluźniania balonu gumowego o bardzo grubych ścianach. Pompowanie to wymaga znacznego wysiłku ze strony asystenta i wprost go męczy. Dla badającego zaś chwilowe usunięcie płynu pozostawia bardzo mało czasu do obserwacji, gdyż w tej chwili płyn znów gromadzi się i zasłania obraz. Aby badanie mogło odbywać się spokojnie i bez przerwy, należy płyn usuwać bez ustanku w miarę, jak się zbiera. W tym celu wynaleziono rury z kanałem w bocznej ścianie, który łączono z kranem wodociagowym, wytwarzając w ten sposób ciśnienie ujemne, które usuwa płyn ustawicznie i umożliwia badanie bez przerwy. Tego rodzaju udoskonalenie wymaga specjalnego urządzenia wodociagowego, specjalnego kranu, umieszczonego na znacznej wysokości. Aż nadto widoczne niewygody skomplikowanych instalacji. Powziąłem myśl usunięcia tych niedogodności bardzo prostym sposobem, mianowicie: kran wodociagowy zastąpiłem pantostatem, który do ezofagoskopii jest i tak niezbędny do rozpalania lampki elektrycznej aparatu oświetlającego. Przy pantostacie jest elektromotor, którego siłę zastosowałem do wypompowania płynu z rury ezofagoskopu i aby nie wprowadzać specjalnych pompek, zastosowałem do pompowania zwyczajną pompkę, jaką każdy otyatra posiada, mianowicie używaną do pneumomasażu. Pompka łączy się rurką gumową z kanałem w bocznej ścianie ezofagoskopu. Działanie całego urządzenia jest jasne: badający wprowadza rurę ezofagoskopu i puszcza prąd przez pantostat do lampki, jednocześnie puszcza w ruch pompkę zapomocą elektromotoru tegoż pantostatu. Płyn w miarę nagromadzania się usuwa się momentalnie i badacz spokojnie, bez pomocy asystenta obserwuje w zupełnie czystem polu widzenia. Aby nie zanieczyszczać pompki, na połowie drogi między ezofagoskopem a pompką wstawia się butelkę z korkiem, przebitym dwiema rurkami, do której zbiera się płyn wypompowany z rury. Tak więc dotąd trudne badanie przy pomocy licznej asysty, obecnie skutecznia się łatwo zapomocą tylko jednego aparatu—pantostatu i pompki do pneumomasażu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

223. A. Gouget. Zwyródnienie jądra soczewkowego i marskość wątroby.

WILSON zebrał i opisał dwanaście przypadków mało znanej dotychczas choroby, noszącej miano: zwyródnienie jądra soczewkowego (*nucleus lenticularis*) i marskość wątroby.

Choroba ta dotyczy wieku młodszego (od 10-go do 26-go r. życia), często ma charakter rodzinny (8 obserwacji), poraża mniej więcej jednakoowo obie płci (7-u mężczyzn i 5 kobiet); nie jest wrodzona, ani dziedziczna. Główne objawy: A) zespół prawie wyłącznie objawów ruchowych: 1) drżenie przeważnie kończyn, często głowy i tułowia, rytmiczne, dość szybkie (4—8 wahań na sekundę), wzmagające się pod wpływem wszelkich bodźców fizycznych i psychicznych, znikające podczas snu; 2) zwiększone napięcie (*hypertonia*) wszystkich mięśni dowolnych, przechodzące stopniowo w stan stałego przykurczenia; dotyczy to przeważnie kończyn, zwykle z początku kończyn dolnych; gdy sprawa przechodzi na krtań i gardziel, mamy mniej lub bardziej wybitne zaburzenia w mowie (*dysarthria*) i połykaniu (*dysphagia*); 3) w związku ze stanem apatycznym stoi ogólne osłabienie mięśniowe (*astenia*) i znaczne wychudnienie bez wszelkich porażań i zaników. B) brak zupełny zmian w sferze czucia, zmysłów i odruchów. C) często zaburzenia psychiczne, jako pewna odrętwiałość mózgowa, lub odwrotnie—pobudliwość nadmierna zwykle z cechami jakby dziecinnienia; jako objaw nadmiernej pobudliwości występują napady śmiechu skurczowego pod wpływem najbanalniejszych częstokroć wydarzeń.

Przebieg choroby postępujący, mniej lub bardziej ostry (czas trwania: od kilku miesięcy do kilku lat), często z remisjami krótkotrwałymi; zejście zawsze fatalne; patogenеза nieznana.

Pod względem anatomopatologicznym: 1) zwyrodnienie obustronne (zanik i zanik postępujący komórek i włókien nerwowych z rozrostem neuroglii, która następnie sama zanika, tworząc jamy; zmiany pierwotne występują na około drobnych naczyń, jakkolwiek te nie uczestniczą w sprawie chorobnej) jądra soczewkowe go, często i ogonowego z zachowaniem całości wzgórka wzrokowego i układu piramidowego; 2) marskość wątroby, która jest zmniejszona, twarda, na powierzchni węzłowata, na przekroju z licznymi ogniskami nekrotycznymi lub tłuszczowo zwyrodniałymi, oddzielonemi pasmami tkanki sklerotycznej; miejscami terytorya z objawami regeneracji; 3) często notowano powiększenie śledziony i pewne zmiany w budowie anatomicznej gruczołu tarczowego.

Marskość wątroby zwykle za życia nie bywa rozpoznawana. Prawdopodobnie pierwsze objawy chorobne dotyczą wątroby, gdyż niejednokrotnie zabarwienie żółtaczkowe skóry wyprzedza na czas pewien wybuch omawianego tu zespołu.

Być może, że istnieje jakiś związek między powyżej opisanem cierpieniem a tem, które autorzy niemieccy nazwali „*Kernicterus*“ (żółtaczka jądrowa) u noworodków, a polegającym na żółtaczkowym zabarwieniu niektórych jąder mózgowych.

(*La Presse médic.* 1912, Nr. 45).

A. Lande.

224. M. Maurice de Fleury. Przyczynek do genezy i leczenia padaczki zwykłej.

Autor już przed laty wyraził pogląd, że każdy epileptyk posiada zmiany anatomiczne *meningoencephalitis*; u jednych są one znaczne i wtedy stanowią same przez się jedyną przyczynę choroby; są to przypadki, w których terapia albo jest zupełnie bezsilna, albo daje wyniki mizerne; w większości przypadków mamy do czynienia ze zmianami w mózgu

bardzo nieznacznie, mogącami datować z czasów życia wewnątrzmacicznego albo bardzo wczesnego dzieciństwa; uważać je należy jedynie za przyczynę usposabiającą do napadów padaczkowych tak, iż u takiego potencjalnego epileptyka dopiero pewne podrażnienie, idące zazwyczaj z przewodu żołądkowo-kiszczkowego, wywołuje atak konwulsyjny czy to na drodze odruchowej, czy też wskutek chemicznego zatrucia ośrodkowego układu nerwowego. Nowsze badania doświadczalne (HENRI CLAUDE i PAUL LEJONNE) przemawiają na korzyść tego poglądu: zwierzęta, którym pod oponeę twardą zastrzyknięto chlorek cynku, zapadają na *meningoencephalitis* okolicy ruchowej mózgu, objawiającą się napadami konwulsyjnymi, bardzo podobnymi do konwulsji wieku dziecięcego i znikającymi po pewnym czasie, jak i te ostatnie, a zwierzęta zdają się wracać w zupełności do zdrowia; zwierzęta takie po dłuższym nawet przeciągu czasu pod wpływem bardzo nieznacznych ilości strychniny, dodawanej do jadła, dostają napadów drgawkowych i umierają w stanie padaczkowym, podczas gdy zwierzęta do kontroli użyte (którym uprzednio nie zastrzyknięto chlorku cynku) w tych samych warunkach nie wykazują ani śladu konwulsji. Rolę owej doświadczalnej strychniny u ludzi grają według rozmaitych autorów: moczownik, kwas moczowy, leukoaminy, wreszcie produkty gnicia kiszczkowego; autor największe znaczenie przypisuje tym ostatnim, czego dowodzi indykanurya oraz często bardzo obserwowane przezeń zaburzenia w przewodzie trawiennym, zazwyczaj poprzedzające napad padaczkowy.

Wychodząc ze wspomnianych przesłanek, FL. radzi następujący sposób leczenia padaczki: 1) dyeta ściśle roślinna z wykluczeniem wszelkich produktów pochodzenia zwierzęcego, a więc nawet mleka i jaj, nie mówiąc oczywiście o mięsie i rybach; około litra na dzień płynu zlekką moczopędnego (np. wody nieco ocukrzanej), spożywanego w ilościach minimalnych podczas przyjmowania posiłku, a obficie na czczy żołądek; 2) fermenty kwasu mlecznego, zwłaszcza preparaty możliwie kwaśne, przyczem dla uniknięcia szkodliwego demineralizującego działania bardzo kwaśnych preparatów, należy je podawać czasowo, t. j. w pierwszych dniach leczenia i przy nawrotach zaburzeń kiszczkowych, a w przerwach stosować mniej energiczne przetwory; 3) brom dla zmniejszenia pobudliwości kory mózgowej.

Autor stosował swą metodę w dużej liczbie ciężkich przypadków i z wyjątkiem dwu otrzymywał wyniki nader pomyślne, które przedstawia na odpowiednich tablicach graficznych, uzmysławiających częstość i interesywność napadów w rozmaitych okresach leczenia i nieleczenia.

(*Bullet. de l'Acad. de Medecine* 1912, Nr. 35).

A. Lande.

225. Gustaw Walcher (mł). Odstrzykiwanie siary w eklampsyi.

Jad eklamptyczny, najprawdopodobniej pochodzący od płodu, krążąc we krwi matki, odkłada się w rozmaitych organach, jak: wątroba, mózg, nerki; część jego osiada też w macicy i w sutkach; niekiedy nawet w sutkach nagromadza się największa ilość jadu, a wtedy mówi się o eklampsyi pochodzenia sutkowego (tak samo, jak bywają eklampsye pochodzenia nerkowego, mózgowego i t. d.).

Przeciwko eklampsyi pochodzenia sutkowego zalecano nawet niedawno środek tak radykalny, jak odjęcie sutek, zabieg zarówno niebezpieczny, jak i brutalny; zalecano też wstrzyknięcia jodku potasu, tlenu albo

powietrza. Ponieważ zauważono, że w tych postaciach eklampsyi wytwarza się w sutkach dużo siary (*colostrum*), do której najprawdopodobniej przechodzi wiele jadu eklamptycznego, więc autor spróbował, czy usunięcie siary wywrze skutek odpowiedni na samą sprawę eklamptyczną.

Siarę odstrzykiwano w ten sposób, że obiema rękami podczas lub tuż po napadzie eklamptycznym obejmowano po kolei obie sutki i wygniatano z nich siarę aż do zupełnego opróżnienia gruczołu. W wielu przypadkach jednak zastrzykiwano też pod sutki $\frac{3}{4}$ litra roztworu fizyologicznego soli; często też dawano morfinę w małych dawkach.

Autor przytacza 10 przypadków eklampsyi porodowej i płożowej, w których z dobrym, jak się zdaje, skutkiem zastosowano opróżnienie obu sutek z siary, gdyż chore te (z wyjątkiem jednej) z eklampsyi wyzdrowiały.

Metoda łatwa i bezpieczna i jako taka na wypróbowanie zasługuje.

(*Zentralblatt f. Gynäkologie* 1912, r. Nr. 42).

M. Z.

226. G. Trapl. Zastosowanie pituitryny w łożysku przodującym.

TRAPL w 16-u przypadkach łożyska przodującego, po przekłuciu pęcherza płodowego lub po obrocie na nóżkę metodą BRAXTON-HICKS'a, wstrzykiwał rodzącym pituitrynę celem przyspieszenia porodu. Bole porodowe natychmiast się zwiększały, a poród szedł tak szybko, że było można ocalić dzieci, które bez przyspieszenia porodu zginęłyby niezawodnie. 13 dzieci urodziło się żywych, wszystkie zaś matki wyzdrowiały.

Na zasadzie pozyskanego doświadczenia TRAPL zaleca następujące postępowanie w łożysku przodującym:

1) Jeśli przoduje mała część łożyska (*placenta praevia marginalis*), jeśli dziecko wstawia się główką i jeśli szyjka maciczna jest już skrócona i dostatecznie otwarta, to należy pęcherz przerwać i natychmiast potem wstrzyknąć rodzącej podskórnie pituitrynę lub pituglandol.

2) We wszystkich innych przypadkach łożyska przodującego zaleca się, gdzie to możliwe, obrót skombinowany, ewentualnie sprowadzenie nóżki ku dołowi, obciążenie jej ciężarem $\frac{1}{2}$ -kilogramowym i wstrzyknięcie pituitryny. Wkrótce zjawiają się skurcze macicy i kurcząca się macica zaczyna uciskać na pośladki płodu, te zaś na odklejony zraz łożyska; wtedy można się spodziewać, że niezadługo urodzi się płód samodzielnie.

3) Jeśli zaś kanał szyjki jest jeszcze tak mało otwarty, że obrotu wykonać nie można, to radzi autor zastosować metreuryzę zapomocą małego balonu, albo też po prostu wytamponować pochwę. Skoro się usta maciczne roztworzą, należy natychmiast przystąpić do wykonania obrotu skombinowanego i zastrzyknąć pituitrynę.

Autor poczytuje swe wyniki za tak pomyślne, że gorąco zachęca do wypróbowania pituitryny w łożysku przodującym.

(*Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynaek.* 1912 r., t. XXVI, str. 393).

M. Z.

227. M. F. Widal, Abrami, Brissaud i Weissenbach. Pochodzenie hematogenetyczne niektórych ostrych zapaleń wyrostka.

Autor opisuje następujący przypadek: po 15-dniowym trwaniu typowego stanu tyfusowego (ciepłota do 40°, zapad, maligna, obfite rozwołnienie

charakteru surowiczego, wybitna *roseola*), w którego przebiegu ze krwi udało się dwukrotnie otrzymać posiew lasecznika paratyfusowego B, nagle wystąpiły podostre objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, które zakończyło się w ciągu 24-ch godzin zejściem śmiertelnym; autopsya wykazała absolutny brak wszelkich zmian w jelicie cienkim, zwłaszcza zupełnie normalny stan układu limfoidalnego, natomiast rozlane zmiany w kieszce ślepej i wyrostku; wyrostek uległ zgorzeli i jego przedziurawienie było przyczyną podostrego rozlanego zapalenia otrzewnej; lasecznik paratyfusowy B znajdował się w stanie prawie zupełnie czystej hodowli w ścianie wyrostka i w otrzewnej; topografia zmian patologicznych we wspomnianych narządach i szczegółowe badanie drobnowidowe wykazało, że sprawa szła drogą naczyń krwionośnych, że więc *appendicitis* nie była w danym przypadku powikłaniem wtórnym, dodatkowym, lecz ostatniem stadium ogólnego zakażenia paratyfusowego, a więc pochodzenia hematogenetycznego.

Dawno już poszczególni badacze opisywali *appendicitis* pochodzenia odrowego, influencowego, anginowego, szkarlatynowego i t. d.; później teorię hematogenetyczną zapalenia wyrostka poparły badania anatomico-bakteryologiczne (znajdowano np. w przypadkach śmiertelnej *appendicitis* po zapaleniu gardła paciorkowce w migdałkach, we krwi i w ścianach wyrostka robaczkowego), a w ostatnich czasach badania doświadczalne, które udowodniły, że zaszczepione do krwi drobnoustroje mogą się wydzielać w ścianach wyrostka. Obserwacya autorów jest pierwszą, która obok wyżej wspomnianych danych klinicznych, anatomicznych i doświadczalnych dostarcza bezpośredniego dowodu zapomocą posiewów ze krwi, że teoria hematogenetyczna zapaleń wyrostka opiera się na trwałych podstawach; skrzętniejsze badania w tym kierunku, zdaniem autorów, niezawodnie dowiodą, że takie postaci zapaleń wyrostka są częstsze niż zdawać się może.

(*Bull. de l'Acad. de Medecine* 1912, Nr. 35).

A. Lande.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

Luminal, nowy środek nasenny, różni się od weronalu tem, że grupa etylowa w weronalu zamieniona jest przez grupę fenylową. Jest to zatem kwas fenyletyl-barbiturowy. Używany jest jako kwas *per se* lub jako sól sodowa, rozpuszczalna w wodzie. Luminal podaje się *per os* w postaci kołaczyków; sól sodowa — podskórnie lub w postaci wlewań do kiszek. 0,2 — 0,3 grm. luminalu odpowiada 0,5 grm. weronalu. Dawki 0,2 — 0,4 sprowadzają spokojny sen fizyologiczny, dawki większe 0,6 — 0,8 wskazane są u pobudzonych chorych psychicznych. Tam, gdzie nie chodzi o działanie szybkie, luminal wraz z małemi dawkami morfiny może zastępować hyoscynę. Działa luminal dosyć pewnie w ciężkich bezsennościach, spowodowanych przez stany lękowe lub pobudzenia. Zazwyczaj nie sprawia niepożądanych działań pobocznych, chociaż posiada własności kumulowania się.

Hormonal nie jest tak niewinnym środkiem, jak to dotychczas mniemano. A. T. JURASZ (z kliniki lipskiej) opisał przypadek śmiertelny po

właniu dożylnem 20 ctm. sz. hormonalu u 43-letniej chorej, operowanej wskutek zapalenia otrzewnej w kamicy żółciowej. Jak wiadomo, hormonal zawiera wazodylatynę, wywołującą znaczny spadek ciśnienia krwi, którego nie jest w stanie wyrównać serce osłabione o mięśniu zwyrodniałym. Chora JURASZA zmarła w 2½ godziny po właniu dożylnem hormonalu w stanie coraz to wzrastającego zapadu, pomimo bardzo energicznego ratunku (kamfora, zastrzykiwania roztworu soli i adrenaliny i t. p.). Sekcja nie wykryła przyczyny śmierci: nie stwierdzono zatoru płucnego, zmian organicznych w sercu nie znaleziono. Podobny, acz nie tak tragicznie zakończony przypadek, podaje FR. A. HESSE (z kliniki w Gryfii). Dotyczył on chorej, operowanej wskutek przepukliny uwięźniętej; chorej zastrzyknięto dożylnie 20 ctm. sz. hormonalu. Już podczas zastrzykiwania wystąpiły objawy coraz cięższego zapadu, do którego przyłączyły się wkrótce drgawki kloniczne całego ciała. Po zastosowaniu kamfory stan ten przeminał szczęśliwie. I tu HESSE ostrzega przed nieostrożnym stosowaniem hormonalu u osób ze słabym sercem, ze względu na jego działanie obniżające ciśnienie krwi. U takich osób H. zaleca profilaktycznie stosowanie adrenaliny. (Rada ta wydaje się referentowi nie zbyt uzasadniona, adrenalina bowiem, stosowana dożylnie, działa bardzo krótko i także u osób ze słabym sercem może wywołać poważne zaburzenie równowagi ciśnienia na drodze wprost przeciwniej, t. j. na drodze kolosalnego i nagłego ciśnienia; stosowana podskórnie, mało wpływa na ciśnienie, stosowana *per os*—prawie wcale).

Podskórne zastrzykiwania tlenu zaleca R. BAYEUX w gruźlicy płuc. Autor stosował tę terapię u 36-u chorych w różnych okresach i postaciach gruźlicy. Z wyjątkiem 4-ch, u wszystkich osiągnął większą lub mniejszą poprawę. B. zastrzykiwał podskórnie tlen przy pomocy specjalnego aparatu z szybkością, nie większą nad 5 l. na godzinę, w ilości ½ litra *pro die* co 3-i dzień; u dzieci zastrzykiwał około 100 ctm. sz., u chorych z dusznością do 1 litra.

Zastrzykiwania podskórne chlorku chininy są, jak wiadomo, połączone z wielu niedogodnościami (bole, nacieki, ropienia i t. p. na miejscu zastrzyknięcia). Aby uniknąć tego, zaleca GAGLIO kombinację chlorku chininy z uretanem według recepty następującej: *Chinini hydrochlorici basici, Urethan ana 3,0 Aq. destil. 5,0*. Osad krystaliczny, który w takim roztworze powstać może, rozpuszcza się łatwo po zanurzeniu flaszeczki w ciepłą wodę. Z powyższej recepty widać, że w 11-u częściach roztworu znajdują się 3 części chlorku chininy, t. j. nieco mniej niż 0,3 w jednej strzykawce (1 grm.)

Roztwór *Natrii rhodanati* zaleca DALMADY (z kliniki w Budapeszcie) w stwardnieniu tętnic, migrenie spastycznej i w bólach u tabetyków według recepty następującej: *Natrii rhodanati Merck 1,5 — 2,5, Aq. destil. 140—180, Syrupi simpl. 10—20*, 3--5 łyżek dziennie. Działanie tego środka było bardzo pomyślne i występowało zazwyczaj na 3--5-y dzień; trwało długo. Z działań pobocznych D. stwierdził raz jeden katar rodanowy.

Podskórne zastrzykiwania kwasu nukleinowego zalecano ostatnimi czasy, jako sposób zapobiegania ropnemu zapaleniu otrzewnej po laparotomiach. GRAFF na zasadzie materiału z kliniki EISELSBERG'a odmawia środkowi temu wielkiego znaczenia. Doświadczenia SCHEPELMAN'na na królikach stwierdzają też zupełną bezskuteczność w profilaktyce ropnego zapalenia otrzewnej zastrzykiwań do otrzewnej

oliwy, kollargolu i jodu. Pewne znaczenie dodatnie wywierał w tym kierunku tylko tymol, który wprowadzony w nieznacznym stężeniu do otrzewnej królików, w niektórych przypadkach zapobiegał rozwinięciu się ropnego zapalenia pooperacyjnego.

Wyniki leczniczego stosowania węgla zwierzęcego w niektórych chorobach wewnętrznych podaje z I kliniki uniwersytetu niemieckiego w Pradze O. ADLER. Jak wiadomo, WIECHOWSKI stwierdził doświadczalnie, że węgiel zwierzęcy pochłania rozmaite trucizny, skutkiem czego działa odtruwająco. ADLER, opierając się na tem, próbował stosować węgiel zwierzęcy (*Carbo animalis puriss. pro analysi Merck*) w rozmaitych chorobach kanału pokarmowego, wychodząc z tego założenia, że w tych razach powstają różne trucizny, które drażnią kiszki. ADLER podawał bełtankę w wodzie 3—5 grm. węgla, 2—3 razy dziennie, w przypadkach *gastroenteritidis* i *enteritidis acutae*. Działanie środka było bardzo pomyślne i szybkie, o ile węgiel zastosowano wcześniej, zanim rozwinęły się w kiszkach zmiany anatomiczne. W ten sam sposób próbował ADLER węgiel w przypadkach *enteritidis chronicae*. Tu działanie było powolniejsze i skuteczne tylko tam, gdzie nie doszło do zmian anatomicznych poważniejszych. Zupełnie bezskuteczne było stosowanie węgla w gruźlicy kiszki, w katarach zastoinowych kiszki oraz w sprawach durowych. Natomiast pomyślnie wpłynął węgiel w rozmaitych zatruciach (2 przyp. zatrucia fosforem, 1—sublimatem, po 1—zielenią szwajnfurką, nalewką makowcową, ferrogłucyną).

Nalewka jodowa, jako środek odkażający skórę, znajduje coraz szersze zastosowanie. W celu usunięcia ze skóry żółtych plam jodowych, co w wielu razach może być pożądane, zaleca SABBATTANI ogrzany 5%-wy roztwór wodny tiosiarczanu sodu, w którym macza tampony gazy i przykładą je na 2 minuty na odpowiednie miejsca skóry. Następuje niezwłoczne odbarwienie skóry, która nie na tem nie cierpi.

VAQUEZ i LAUBRY stosują salwarsan w przypadku syfilitycznych zapaleń aorty (*aortitis syphilitica*) w dawkach 0,2 dożylnie (trzykrotnie). Jako przeciwwskazanie do stosowania tego środka V. i L. uważają objawy niedomogi oraz skłonność do obrzęku płuc. W 27% przypadków nastąpiła długotrwała poprawa i obiektywnie stwierdzone polepszenie krążenia. Równie pomyślne rezultaty daje dożylna terapia cyankiem rtęci oraz podskórne stosowanie jodu (lipiodol). Tam, gdzie te środki nie pomagają, salwarsan zawycząj działał pomyślnie.

Nakłucie osierdzia, zdaniem M. CURSCHMANN'a z Moguncyi, jest zabiegiem, którego lekarze niesłusznie się obawiają. Obawa ta jest zazwyczaj nieuzasadniona, zwłaszcza jeżeli chodzi o zebranie się w worku osierdziowym większych ilości płynu. Typowego miejsca dla nakłucia ustalić nie podobna. C. zaleca robić nakłucie zawsze na zewnątrz lewej linii sutkowej na połowie odległości pomiędzy tą linią a l. *axillaris anterior*, w okolicy największego stłumienia w 5-em, 6-em a nawet w 7-em międzyżebrzu.

Dożylne zastrzykiwania strofantyny, zdaniem AGASIZ'a, w przypadkach trzepotania przedsionków sprowadzały skutek pomyślny najczęściej tylko u osób młodych, u których w wywiadach było reumatyczne cierpienie wsierdzia. W tych razach tętno w przeciągu kilku godzin spada ze 180 na 80 na minutę, powstaje w przypadkach obrzęków znaczna diureza i objawy groźne ustępują w bardzo krótkim czasie.

PONGS stwierdził zupełną bezskuteczność johimbiny lub wazotoniny (johimbina + uretan), jako środków obniżających ciśnienie tętnicze. Autor ten stosował 0,5—2 ctm. sz. johimbiny u ludzi, którym bardzo dokładnie mierzył ciśnienie przez czas dłuższy przed i po podaniu tego środka. W żadnym przypadku nie mógł stwierdzić wyraźnego i długotrwałego obniżenia ciśnienia.

Nic z Lyonu dzieli leki diuretyczne na trzy kategorie: środki wodopędne, solopędne („*chloruriques*”) i azotopędne. Do pierwszej grupy należy woda i odwary roślinne, do drugiej pochodne ksantyny (teobromina, diuretyna, teofilina, teocyna, eufilina, naparstnica i środki z grupy *digitalis*), do trzeciej wreszcie—azotopędnej — scilla, kw. mrówkowy, cukier mleczny. Niedokładnie jeszcze ustalone jest działanie takich środków, jak mocznik, kalomel, azotyny.

NOBÉCOURT z Paryża podaje, że 1‰-wy roztwór digitaliny krystalicznej można stosować i u dzieci chorych na serce, należy tylko dawać im małe dawki: jedną kroplę dziennie przez 4 lub 5 dni, u większych dzieci—dwie krople. Skutki są takie same, jak u dorosłych. Wydzielanie chlorków znacznie wzrasta. Teobrominę podawać można do 1 grm. dziennie, wszakże zazwyczaj wystarczają dawki mniejsze (0,3 — 0,4 w miodzie).

K. Rz.

ODCINEK.

Lekarze Polacy na obczyźnie.

Podał

Józef Jaworski.

Stosunek lekarzy Polaków na obczyźnie do nas, do naszych zrzeszeń lekarskich bądź naukowych, bądź zawodowych, a zwłaszcza stosunek ich do czasopism lekarskich polskich, będących u nas poniekąd punktami oparcia rozwoju nauki rodzimej, obchodzi nas zawsze nader żywo, a interesować nas bardzo nigdy nie przestanie. Temu przypisać trzeba, że prasa lekarska polska, w miarę możliwości i okoliczności zajmować się gotowa jak najchętniej wszelkimi objawami ruchu naukowego, pracy naukowej kolegów rodaków na obczyźnie, a nawet skrzętnie odnotowywać wszystko to, co dotyczy ich stosunków zawodowych i bytowych.

Jednocześnie jednakże prasa lekarska polska nie może, jak to mówią, zamykać oczu, na pewne odchylenia od wytycznej, której koledzy nasi rodacy, nawet jak najdalej losem zagnani na obczyźnie, ze stanowiska narodowego trzymać się są obowiązani. Dalecy jesteśmy od zbyt niegostracyzmu w tych razach: rozumiemy dobrze, że wymogi życia wśród wyjątkowych, a nieraz wprost wrogich okoliczności i stosunków, zniewalają kolegów rodaków naszych do kompromisów pomiędzy tem, od czego przyrodzone uczucie powstrzymuje, a czego konieczność prak-

tyczna nieprzeprarcie domaga się. Z drugiej jednakże strony z racji konieczności, wprowadzić nie państwową, ale dla nas nierównie ważną, bo narodową, mamy prawo wymagać, aby koledzy nasi rodacy, na obczyźnie pracujący, godzili te sprzeczności w stosunku do czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego, nie stawiając go w pewnych razach przez swe zamierzenia i poczyniania jako *une quantité négligeable*.

Na to zgodzić się nie możemy, przynigdy się nie zgodzimy.

Chodzi w tej chwili o to, że co raz częściej zauważyć się daje, iż prace lekarzy Polaków nasamprzód, o wiele wcześniej pojawiają się, bywają drukowane, w „Wraczebnój Gazecie“, w „Russkim Wraczu“, ba, nawet w „Balneologiczeskom Wiestniku“, a następnie dopiero nadsyłane do umieszczenia w czasopismach lekarskich polskich. Nie dość na tem, niektórzy koledzy nasi, zamieszkali w Rosyi, na szczęście nieliczni (z uznaniem i skwapliwie to przyznajemy), nadsyłają do Redakcyi wprost rękopisy niepolskie, a w dodatku—i to się nawet zdarzyło—nie koledzy ci nie dodają na usprawiedliwienie swoje takiego, co najmniej dziwnego postępowania.

Cała prasa lekarska polska, a w szczególności „Gazeta Lekarska“, stosunek współudziału w piśmiennictwie naszym lekarzy Polaków na obczyźnie starała się zawsze regulować, gdy chodziło o stronę językową, z możliwą wyrozumiałością i względnością. Grona redakcyjne między innemi i po to istnieją, aby poprawiać, uzupełniać, a nawet w „wyjątkowych razach“ tłómaczyć nadesłane jej prace. „Gazeta Lekarska“ dążyła zawsze do tego, aby jasno i szczerze określić swoje stanowisko i zapatrywania do lekarzy Polaków na obczyźnie, zwłaszcza w Rosyi, na ich stosunek do kraju, a głównie do nauki polskiej, do czasopiśmiennictwa naszego. Chwilę obecną, gdy coraz częściej zdarza się słyszeć o neoslawizmie nawet w nauce, uważamy za odpowiednią do przypomnienia w tem miejscu, co o kwestyi tej sądzimy.

W tym celu musimy się cofnąć nieco wstecz.

Gdy w 7-ym dziesiątku lat ubiegłego stulecia prasa pozytywistyczna podjęła u nas propagandę na rzecz t. zw. pracy organicznej—idei materalnego odrodzenia narodu,—w epoce tej rozpoczyna się wogóle wychództwo dla chleba intelligencji naszej na Wschód, do Cesarstwa Rosyjskiego.

Nadto, młodzież polska z Białorusi, a także z gubernii Północno-Zachodnich, po zamknięciu Szkoły Głównej w Warszawie, skierowywać się poczęła do uniwersytetów rosyjskich, jako lepsze siły naukowe posiadających i bogaciej uposażonych niż Uniwersytet warszawski, który zorganizowany w celach rusyfikacyjnych, nie mógł być ogniskiem nauki niezależnej.

Następnie, po ukończeniu studyów wielu przedstawicieli inteligencji polskiej pozostaje nadal na stanowiskach w Cesarstwie. Niezależnie od tego ruchu emigracyjnego w omawianej epoce, wielu Polaków t. zw. wolnej profesyi z uniwersyteckiem wykształceniem, lubo dla kariery, lubo wypadkami losowymi zagnanych na Wschód, osiada w różnych miejscowościach Rosyi.

Pośród tych emigrantów—a o tych, nie zaś o zamieszkałych na Zachodzie Europy, mówić zamierzam, lekarze Polacy wyróżniają się zawsze nie tylko liczebnie, lecz i jakościowo.

W koloniach polskich w Rosyi, w organizacjach naszych, powstałych w większych środowiskach Cesarstwa, lekarze Polacy prawie zawsze odgrywają rolę najważniejszą, kierowniczą.

Już samo zajęcie, praktyka lekarska, ułatwiała znakomicie nasamprzód zapoznanie się z wszystkimi rodakami, w miejscowości danej osiadłymi; powtórę, lekarz z natury rzeczy łatwiej i snadniej stawać się może łącznikiem pomiędzy oddzielnymi rodzinami polskimi, pośrednikiem w różnych sprawach, a przedewszystkiem — wspólnych wszystkim rodakom, będącym na emigracyi.

Gdy oprócz tego weźmiemy pod uwagę, że lekarze najczęściej posiadają wysoki stopień niezależności od władzy w porównaniu z osobami na innych stanowiskach, często mają też dużo energii i inicjatywy, staje się łatwo zrozumiałem, że głównie lekarze obejmowali kierownictwo w oddzielnych koloniach polskich w Rosyi.

Działalność różnych stowarzyszeń, rozmaitych organizacji polskich, najczęściej dobroczynnych, oświatowych lub kulturalnych w różnych miastach Rosyi najlepiej, najdokładniej nas o tem przekonywa.

W ten sposób lekarze Polacy, wychodźcy do Rosyi, pracując dla chleba, dla siebie na obczyźnie, nie zapominają jednocześnie o ziómkach swoich, z nimi w jednym miejscu osiadłych.

Co ważniejsza, to praca organizacyjna, jednocząca wszystkich, chroni od asymilacji z otoczeniem, od apostazyi, a kierownicy jej spełniają szczytną rolę dobrych i przywiązanych synów kraju i stają się nieraz wyobrazicielami ideałów narodowych swej metropolii.

Pomijam tutaj wybitne zasługi pewnych lekarzy Polaków, jak np. FRANKOWSKIEGO w Charkowie dla ogółu tamtejszego, dla instytucyi tamtejszych, natomiast pragnę zaznaczyć i podnieść stosunek lekarzy Polaków emigrantów do kraju, do piśmiennictwa ojczyznego.

Sledząc od wielu lat nasz ruch naukowo-lekarski, przejawiający się między innemi w pracach, drukowanych w naszych czasopismach lekarskich, stwierdzić musimy z prawdziwem zadowoleniem, że nasi koledzy, w kraju nieobecni, prawie stale, z niesłabnącą pilnością starają się zawsze uważnie badać ten ruch naukowy i nim żywo się interesować, a wedle możliwości nawet brać w nim udział czynny.

Przekonywają nas o tem, między innymi, z jednej strony wykazy prenumeratorów naszych czasopism lekarskich, w których znajdują się nazwiska wielu kolegów naszych, osiadłych w Rosyi, a następnie, wyrazem interesowania się nauką polską są prace, prawie corocznie przez nich ogłaszane w polskiej prasie lekarskiej.

Nie mam zamiaru wymieniać w tem miejscu wszystkich lekarzy Polaków w Rosyi zamieszkałych, tak, jak z drugiej strony staram się z mej pamięci usunąć tych, których nie, prócz imienia, z polskością, a tem samem z piśmiennictwem naszym nie łączy.

Poprzeszanę na przytoczeniu kilku nazwisk, które na razie sobie przypominam.

Prof. DOGIEL z Kazania nie tylko sam od czasu do czasu ogłasza w „Gazecie Lekarskiej“ swe cenne prace z dziedziny fizyologii i farmakologii, lecz za poczynem jego drukowane były w piśmie naszym prace z pracowni jego, jak np. dra NIKOŁAJEWA, dra JEGOROWA, KARENBELA.

J. STRZELBICKI, lekarz ziemstwa w guberni Tulskiej, podawał w „Gazecie Lekarskiej“ ciekawe spostrzeżenia swe z zakresu pedyatrii, prof. ZIEMACKI, docent WĘGLÓWSKI z chirurgii, L. POPIELSKI, obecny profesor farmakologii we Lwowie, docent w Moskwie WŁ. ORŁOWSKI z ginekologii operacyjnej, prof. OPENCHOWSKI z Charkowa, JAN ZALESKI, DZIERZGOWSKI, SOWIŃSKI, M. MICHAŁOWICZ z Petersburga, NOISZEWSKI i HOŁÓWKO z Dynaburga, docent ŻEBROWSKI i J. STUDZIŃSKI z Kijowa, BIAŁOKUR z Jałty i wielu, wielu innych, a którzy co pewien czas ogłaszają drukiem

po polsku swe badania naukowe. Do autorów tych, gorliwie zasilających piśmiennictwo nasze, należał między innymi także, dziś już nieżyjący KAROL SZADEK z Kijowa. Rok rocznie ogłaszał on liczne prace z dziedziny chorób skórnych we wszystkich czasopismach polskich, uczestniczył w zjazdach lekarzy i przyrodników polskich. SZADEK, jako uczony specjalista polski, przez swoje stałe i płodne współpracownictwo w piśmiennictwie lekarskiem niejako reprezentował w dobie obecnej ów „ukrainizm polski“, przypominający nam długie wspólne dzieje Rusi-Ukrainy z Polską.

Nie będę szerzej omawiał zasług pod tym względem pracującego już teraz pośród nas, autora Historii Akademii Wileńskiej, Uniwersytetu Wileńskiego, J. BIELIŃSKIEGO, który nosząc mundur lekarza wojskowego, ostatnio aż na pograniczu Azji, wolny czas od zajęć służbowych poświęcał umiejętnie na odtwarzanie naszej przeszłości naukowo-lekarskiej, o której i obecnie pisze z takim zamiłowaniem.

Jeżeli jednak mam być szczerym, to prototypem dla mnie lekarza Polaka, na obczyźnie osiadłego, będzie, jak dotychczas, dziś już nieżyjący JAN MINKIEWICZ, ur. w r. 1826 w gub. Witebskiej, zmarły w styczniu r. 1898.

JAN MINKIEWICZ nauki odbywał w Witebsku, medycynę kończył w Moskwie, następnie był asystentem kliniki PIROGOWA, później przez całe życie służył jako lekarz wojskowy. Od r. 1856 był naczelnym chirurgiem armii kaukaskiej. Według spisu, zamieszczonego w „Słowniku Lekarzy Polskich“ S. KOŚMIŃSKIEGO, a tem samem niezupełnego, bo tylko do r. 1883 doprowadzonego, J. MINKIEWICZ ogłosił ogółem 98 artykułów i prac naukowych lekarskich. W liczbie tej 8 prac po rosyjsku, nb. w tem 3 sprawozdania; 9 po niemiecku, a 81 po polsku, w tem z górą 20 prac w „Gazecie Lekarskiej“. Lecz prace jego drukowane są stale i w ciągu lat 11-u następnych. Ostatnią pracę J. MINKIEWICZA znalazłem w Przeglądzie Piśmiennictwa Polskiego w r. 1896, a zatem na dwa lata przed śmiercią, p. n. „Porównawcze badania nad henną lub chną, używaną na Kaukazie“. Nowiny Lekarskie 1886.

Pomijam wartość naukową prac tych, nie czuję się bowiem powołanym do wydawania sądu w tym razie, ponieważ są to prace przeważnie, głównie z dziedziny chirurgii operacyjnej. Nadmieniam jednak, że niektóre z nich drukowane były w tak poważnych wydawnictwach zagranicznych, jak: Archiv. p. Pathol. Anatomie Virchow'a, Centralblatt f. Chirurgie, Journal f. Militär-Aertzte.

Nie chodzi mi w tem miejscu o ocenę krytyczną, jak powiadam, działalności naukowej autora tego, lecz o jej charakter, o jej cechy.

Otóż, człowiek, wychowany w szkole i uniwersytecie *par excellence* rosyjskim, uczeń i współpracownik tak wybitnego uczonego rosyjskiego, jakim był PIROGOW, nie zatracił swej indywidualności narodowej, nie zabrała mu jej szkoła, a następnie otoczenie zupełnie obce; nie zniwelował jej urok i wpływ wielkiego profesora.

Co więcej, ani to otoczenie, w jakim całe życie przebywał, ani wysokie stanowisko, które zajmował, ani wielkie zaszczyty, jakie go w służbie spotykały, jednym słowem—nic wpłynąć nie zdołało na jego przywiązanie do kraju, na umiłowanie języka ojczystego, na poczucie obowiązku względem nauki i piśmiennictwa ojczystego.

Po pierwszych jego 36-u pracach naukowych, napisanych w języku polskim, następują 2 sprawozdania po rosyjsku; jedno — sprawozdanie lekarsko-chirurgiczne z wyprawy do gór Lezgińskich odbytej, drugie— z wycieczki naukowej za granicę.

JAN MINKIEWICZ, bądź jako lekarz twierdzy w Dagestanie, bądź jako główny lekarz szpitala wojennego w Sewastopolu, wreszcie, jako naczelny lekarz-chirurg armii kaukaskiej, pracuje tam, na miejscu, gdzie go okoliczności losowe postawiły, wyniki jednakże pracy swojej, spostrzeżeń naukowych ogłasza w czasopismach polskich: „Tygodniku Lekarskim“, „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warsz.“, „Przeglądzie Lekarskim“, w „Gazecie Lekarskiej“. Jednem słowem, dzieli się on swą pracą z polskim ogółem lekarskim. Czyta, śledzi ruch naukowy u nas w Polsce, niekiedy zabiera głos, spiera się, sprzecza, jak np. z A. HELBICHEM, a tem samem, nawet z oddali przyczynia się do budzenia życia naukowego w kraju.

Tam, na obczyźnie spełnia obowiązki służby, obowiązki lekarza praktycznego, tutaj, do kraju śle twory swej myśli, swego ducha, czyniąc przezto zadość swemu przekonaniu, obowiązkowi przyrodzonemu.

Rozpatrując tę olbrzymią produkcję naukowo-lekarską, ujawnioną w ciągu długiego szeregu lat w druku, a mianowicie w słowie polskiem, nie mogę sobie wyobrazić go inaczej, jak tylko stale, z dnia na dzień myślą żyjącego wśród swoich, w kraju, a w znacznej mierze i dla swoich.

Nie wątpię na chwilę, że taki typ lekarza Polaka na emigracji zawsze żywo interesuje się ruchem naukowym, piśmiennictwem polskiem, że pisma w języku rodzinnym, postępy wiedzy w kraju nieraz pochłaniają całą istotę kolegów naszych, zmuszonych pracować na obczyźnie, że mogą być dla nich ostoją wśród obcych, a niekiedy ciężkich warunków życia.

Taki typ lekarza Polaka emigranta pozostać powinien, zdaniem mojem, na zawsze wzorem obowiązku względem nauki polskiej, przykładem przywiązania do piśmiennictwa polskiego.

Lekarze Polacy na obczyźnie zawsze pamiętać winni o zdaniu PASTEUR'a, że o ile nauka nie ma jednej tylko ojczyzny człowiek nauki mieć ją powinien.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 25 b. m. odbyło się uroczyste posiedzenie członków Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, złączone szczęśliwie z obchodem 50-ej rocznicy założenia Szkoły Głównej. Posiedzenie, zagajone przez hr. JÓZEFA POTOCKIEGO, wypełniło sprawozdanie roczne z czynności Towarzystwa, odczytane przez sekretarza generalnego p. FRANCISZKA POLASKIEGO, a następnie odczyt p. BRONISŁAWA CHLEBOWSKIEGO p. t. „Znaczenie Szkoły Głównej Warszawskiej w rozwoju umysłowości i nauki polskiej“. Działalność naukowa Towarzystwa w roku sprawozdawczym we wszystkich wydziałach była ożywiona. O dalszym jego rozwoju najpomyślniej rokuje energiczna organizacja coraz liczniejszych pracowni naukowych Towarzystwa, z których kilka już funkcjonuje prawidłowo. Wyrazem rosnącego zaufania oraz nadziei, jakie łączą społeczeństwo nasze z rozwojem Towarzystwa, są liczne i nieraz wysokie ofiary, złożone na cele Towarzystwa, w ogólnej sumie przekraczające w r. b. 60 tysięcy rb.

— Do licznych już ofiar naszych lekarzy na rzecz Tow. Naukowego Warszawskiego przybywa ostatnio piękny dar kol. WŁADYSŁAWA PALMIRSKIEGO, który przekazał Towarzystwu swoją prosperującą pracownię serologiczną wraz z całym inwentarzem, uodpornionymi końmi, zapasem surowic i t. p. za zwrotem jedynie kosztów inwentarza. Przy dalszem właściwem administrowaniu pracownią stać się ona może dla Towar-

rzystwa poważną ostoją materyalną. Kierownictwo pracowni objąć ma odtąd z ramienia Towarzystwa dotychczasowy współpracownik kol. PALMIRSKIEGO, kol. TEOFIL GRYGLEWICZ. Nie wątpimy, że pod zarządem Tow. Naukowego pracownia serologiczna, poza bezpośredniem swem zadaniem — przygotowywania surowic i szczepionek leczniczych, nie zatraci, owszem rozwinie, dodatkowy charakter swój placówki naukowej.

Przypomnimy pokrótce przy tej okazji dotychczasowe dzieje tej jedynej w Królestwie pracowni serologicznej.

Pierwotnem źródłem jej była dawniejsza, zasłużona już wtedy, pracownia szczepionek przeciwściekliznianych prof. BUJWIDA. Pracę nad uodpornianiem koni przeciw błonicy rozpoczął w r. 1894 kol. PALMIRSKI, wówczas współpracownik prof. BUJWIDA. W tym roku z inicjatywy prof. BUJWIDA szczupłe grono osób, z pp. PFEIFFRAMI na czele, ofiarowało na cel odnośny trzy konie, oraz ich utrzymanie i pomieszczenie dla nich. W r. 1895 rozpoczęto już stosowanie surowicy wyrobu kol. PALMIRSKIEGO w szpitaliku dla dzieci przy ul. Aleksandryi. Dalsze prowadzenie Zakładu objął kol. PALMIRSKI na siebie, deklarując wzajem za złożoną przez wspomnianych ofiarodawców zapomogę — bezpłatne, w miarę możliwości, dostarczanie surowicy dla szpitalika dziecięcego oraz innych zakładów dobroczynnych. Z zobowiązania swego kol. P. wywiązał się tak, że liczba flakonów surowicy, dostarczanych bezpłatnie szpitalom w ciągu lat 17-u, wynosiła rocznie od 500 w pierwszych latach do tysiąca i 1500, w ogólnej zaś sumie przekroczyła 17500 flakonów. Po pokonaniu dużych trudności początkowych kol. P. zdołał rozwijać dział serologiczny swojej pracowni o tyle, że liczba flakonów jej, wypuszczonych do handlu, dosięgała 50 tysięcy i wyżej, a w jednym roku (1906) przekroczyła 78 tysięcy!

W miarę rozwoju pracowni kol. PALMIRSKI (nie szczędząc nakładów, nieraz znacznych), rozszerza zakres jej działania. W r. 1909 wespół z kol. ŻEBROWSKIM opracował i wypuścił do handlu surowicę t. zw. przeciwpłoniczą (na wzór Moserowskiej), w r. 1905 — surowicę przeciwpaciorkowcową (kol. L. KOZICKI), w r. 1910 — przeciwdzteryteczną (kol. GRYGLEWICZ), wreszcie surowicę przeciwężcową oraz surowice i szczepionki, mające zastosowanie w gospodarstwie rolnem. W ciągu 17-u lat istnienia pracowni pod jej nagłówkiem ukazało się ogółem 15 prac laboratoryjnych z zakresu bakterjologii i serologii, wśród nich niojedna o wysokiej wartości naukowej, mianowicie zaś prace W. PALMIRSKIEGO, W. ORŁOWSKIEGO, L. KOZICKIEGO, B. ŻEBROWSKIEGO, T. GRYGLEWICZA. Ostatnia praca z laboratorium kol. P., pióra kol. SASKIEGO, ukaże się wkrótce na łamach Gazety.

Słyszeliśmy, że po ustąpieniu pracowni serologicznej Tow. Naukowemu kol. PALMIRSKI oddać się ma bakterjologii rolnej, tyle u nas zaniedbauej, a zyskującej coraz szersze zastosowanie w nowoczesnem gospodarstwie rolnem.

— Misya bułgarska w Petersburgu otrzymała zawiadomienie, że w Bułgarii jest wielki brak lekarzy. Wszystkie szpitale i punkty opatrunkowe są przepełnione. Bułgarski Krzyż Czerwony ofiaruje lekarzom (mężczyznom i kobietom), którzy natychmiast do Bułgarii przyjadą, po 600 fr. pensyi miesięcznej i kosztu podróży. Zgłaszać się należy osobiście lub listownie, z podaniem opisu życia, do misyi bułgarskiej w Petersburgu.

— W Dreźnie postanowiono, aby we wszystkich szpitalach miejskich ustanowić posady stałych dentyków.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 29-go października do 2-go listopada r. b. do szpitali warszawskich przybyło 132 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, odrą 8, płonicą 38, błonicą 8, różą 7, tyfusem brzuszny 21, tyfusem plamistym 2, grypą 6, zapaleniem płuc 39.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 16 osób, mianowicie: na odrę 1, płonicę 6, błonicę 1, tyfus brzuszny 2 i na zapalenie płuc 8; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 29 osób, mianowicie: na ospę 1, odrę 3, płonicę 17, błonicę 5 i na tyfus brzuszny 3.

W następnym tygodniu od dnia 3-go do 9-go listopada do szpitali miejskich przybyło 121 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 5, odrą 10, płonicą 18, błonicą 9, różą 7, tyfusem brzusznym 16, grypą 13, zapaleniem płuc 42, i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 15 chorych zakaźnych, mianowicie: na odrę 1, płonicę 5, tyfus brzuszny 2 i zapalenie płuc 7; w całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 45 osób, mianowicie: na odrę 15, płonicę 23, błonicę 3, różę 2 i tyfus brzuszny.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 29-go października—3022, 3-go listopada—3044 i 9-go listopada 3119.

— W Łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

od 11-go listopada do 18-go listopada	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	8	1	3	1	5
szkarlatyna	5	1	1	—	5
róża	2	—	1	—	1
dyszenterya	1	—	—	—	1
Ogółem	16	2	5	1	12

PROGRAM PRAC II-go ZJAZDU NEUROLOGÓW, PSYCHOLOGÓW i PSYCHIATRÓW POLSKICH,

mającego się odbyć w dniach 20, 21, 22 i 23 grudnia 1915 r. w Krakowie,
przedstawia się w sposób następujący:

Piątek, 20-go grudnia r. b. O godzinie 9-ej z rana otwarcie Zjazdu i posiedzenie Zjazdu z wykładami i odczytami na temat: „Nowe metody badania narządu przedsionkowego”. O godzinie 3 ej po południu odczyty luźne.

Sobota, 21-go grudnia r. b. O godzinie 9-ej z rana wykłady i odczyty na temat: „Metoda psychoanalityczna”. O godz. 3-ej po południu wykłady i odczyty na temat: „Zjawiska psychoelektryczne”.

Niedziela, 22-go grudnia r. b. O godzinie 9-ej z rana wykłady i odczyty na temat: „Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii”. O godzinie 3-ej po południu odczyty luźne.

Poniedziałek, 23-go grudnia r. b. O godzinie 9-ej z rana odczyty luźne. O godz. 3-ej po południu posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu.

Na temat: „Nowe metody badania narządu przedsionkowego”, wygłoszone zostaną następujące wykłady:

Dr. J. Ber l s t e i n (Lwów): „Badanie i funkcyę błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych” (część otologiczna).

Dr J. Rothfeld (Lwów): „Fizjologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego”.

Dr J. Rothfeld (Lwów), Dr Reich (Wiedeń) i doc. dr B a r a n y i (Wiedeń): „Wpływ wyłączenia pojedynczych części mózdzka na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego”.

Nadto odczyty:

Dr J. Babiński (Paryż) i dr J. Jarkowski (Paryż): „Znaczenie rozpoznawcze próby galwanicznej w sprawach przedsionkowych”. Dr Siengalewicz (Lwów): „Wpływ alkoholu metylowego na ustrój nerwowy ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się odruchów z narządu przedsionkowego”. Dr N. Z y l b e r l a s t ó w

na (Warszawa): „O znaczeniu klinicznym odczynu błędnikowego w cierpieniach mózgowia“.

Na temat: „Metoda psychoanalityczna“ wygłoszone będą następujące wykłady:

Dr S. B o r o w i e c k i (Kraków): „Psychoanaliza i jej kryteria“. Dr L. K a r p i ń s k a (Kraków): „Psychologiczne podstawy Freudyzmu“. Prof. dr B a n d r o w s k i (Lwów): „Psychoanaliza wobec podstawowych teorii psychologicznych“.

Nadto odczyty:

Dr L. J e k e l s (Bystra): „Libido sexualis a charakter i neuroza“. Doc. uniw. genewskiego dr W. R a d e c k i (Kraków): „Pierwiastki psychobiologiczne w psychoanalizie“. Dr K. B e a u r a i n (Zakopane): „Symbol (rozbiór wartości psychologicznej symbolu. Symbol w pierwotnej formie myślenia. Symbole w snach)“. Dr S. B ł a c h o w s k i (Getynga): „Psychoanaliza wobec wyników badań eksperymentalnych nad pamięcią“. Dr J. N e l k e n (Kulparków-Lwów): „Badania psychoanalityczne chorób umysłowych“. Dr H. N u n b e r g (Kraków): „Niespełnione życzenia w nauce F r e u d a“.

Do dyskusyi zapisani są już:

Dr T. J a r o s z y ń s k i (Warszawa). Dr M. B o r n s t e i n (Warszawa): „W sprawie natręctw myślowych i nerwicy lękowej“.

Na temat: „Zjawiska psychoelektryczne“ wygłoszone zostaną następujące wykłady:

Doc. uniw. genewskiego dr W. R a d e c k i (Kraków): „Zjawiska psychoelektryczne“. Dr D u n i n - B o r k o w s k i (Kraków): „Podstawy fizyczne i fizjologiczne t. zw. zjawiska psychoelektrycznego“. Dr L. K a r p i ń s k a (Zakopane): „Przyczynki doświadczalne do t. zw. zjawiska psychoelektrycznego“. Dr A. W i z e l (Warszawa): i dr N. Z y l b e r l a s t ó w n a (Warszawa): „Badanie zjawisk psychogalwanicznych u chorych umysłowych“.

Na temat: „Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii“ wygłoszone zostaną wykłady:

Doc. dr J. H o r n o w s k i (Lwów). „Dane z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wydzielaniem wewnętrznym, mające związek z chorobami nerwowymi i umysłowymi“. Prof. dr L. P o p i e l s k i (Lwów): „Wydzielanie wewnętrzne w świetle eksperymentów“. Doc. dr K. O r z e c h o w s k i (Lwów): „Choroby nerwowe a wydzielanie wewnętrzne“. Dr W. Z i e m b i c k i (Lwów): „Obrazy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej“.

Nadto odczyty:

Dr T. S i m c h o w i c z (Warszawa): „O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną“. Dr W. S t e r l i n g (Warszawa): „Studia kliniczne nad t. zw. eunuchoidami“. Dr J. R o t h f e l d (Lwów): „Wpływ wyciągów z gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu na pęcznienie substancji nerwowej“. Dr J. R o t h f e l d (Lwów): „O przypadkach otluszczenia typu F r o e h l i c h'a bez zmian w przysadce mózgowej“. Do dyskusyi zapisany jest dr. B y c h o w s k i (W a r s z a w a).

Poza wymienionymi tematami głównymi zgłoszone zostały następujące odczyty luźne:

Prof. dr A. B o c h e n e k (Kraków): „Demonstracja modelu ilustrującego przebieg dróg nerwowych“. Dr T. R o g a l s k i (Kraków): „Lokalizacja w jądrze nerwu okółoruchowego u psa“. Dr S. M a c i e s z y n a - J e l e ń s k a (Kraków): „Drogi wychodzące ze wzgórków czworaczych przednich“. Dr M. R o s e (Kraków): „Cytoarchitektonika przedmózdzia ptaków“. Dr W. D z i e r ż y ń s k i (Moskwa): „Histo-, onto- i filogeneza systemu feochromnego“. Dr S. R o s e n t a l (Heidelberg): „Przy-

czynki do badań nad histologią plexus chorioideus". Dr J. Rothstadt (Warszawa): „O cytologii płynu mózgowo rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych". Dr E. Flatau (Warszawa) i dr J. Handelsman (Warszawa): „Badania doświadczalne nad zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych ze specjalnem uwzględnieniem t. zw. drętwicy karku". Dr M. Bornstein (Warszawa): „Badania doświadczalne i anatomiczne nad uciskiem rdzenia". Dr W. Sterling (Warszawa): „Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami, powstającymi w przebiegu szczepień Pasteur'owskich". Prof. dr S. Ciechanowski (Kraków), Dr J. Landau (Kraków): „Meningitis cystica". Dr Z. Bychowski i dr Raum (Warszawa): „Kilka uwag w sprawie rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu (z pokazem preparatów)". Dr J. Landau (Kraków): „O kilku autopsyą stwierdzonych nowotworach mózgu". Doc. dr J. Mazurkiewicz (Kraków): „O afazji giestowej i apraksyi". Dr A. Pański (Łódź): „W kwestyi objawów w przypadkach porażenia połowicznego rzadko spostrzeganych". Dr A. Macieszka (Kraków): „Dalsze badania nad dziedzicznością cech nabytych patologicznych u świnek morskich (z demonstracyami)". Dr J. Feuerstein (Lwów): „Radiculitis". Dr S. Kopezyński (Warszawa): „W sprawie promieniowania bólów". Dr Demianowski (Lwów): „Znaczenie objawu Trousseau w nerwicach". Dr M. Bornstein (Warszawa): „W sprawie asthenia paroxysmalis". Dr W. Dzierżyński (Moskwa): Pochodzenie zaniku mięśni w syringomyelii". Dr Meisels (Lwów): „Hematologia w epilepsyi". Dr Sabat (Lwów): „Promienie Roentgen'a w usługach neurologii". Dr Sabat (Lwów): „Wyniki rentgenologiczne badania epileptyków" (z demonstracyami). Dr J. Zanietowski (Swoszowice-Kraków): „O klinicznych wynikach doświadczeń własnych nad metodą rozładowań w świetle uchwał ostatnich kongresów". „O postępach elektrodiagnostyki (z demonstracją przyrządów własnych)". „O stosunku neurologii do nowoczesnej fizyo-i balneoterapii". Dr W. Chodźko (Kochanówka-Łódź): „Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem i zasadnicze postulaty najbliższej przyszłości". Doc. dr E. Katzenellenbogen (Skillman-Ameryka): „O obecnym stanie psychiatrii w Ameryce". Dr S. Kociński (Warszawa-Tworki): „O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacyi". Doc. dr J. Mazurkiewicz (Kraków-Kobierzyn): „Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicji". Prof. dr J. Piltz (Kraków): „Kilka słów o klinice chorób nerwowych i umysłowych w Krakowie". Dr Mikulski (Kulparków-Lwów). „O alkoholizmie w psychiatrii". Doc. dr Hornowski (Lwów) i doc. dr K. Orzechowski (Lwów). „Mongolizm u idyotyki". Dr T. Simchowicz (Warszawa): „O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie Alzheimera". Dr W. Grzywo-Dąbrowski (Kochanówka-Łódź): „W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (status epilepticus). Dr T. Łapiński (Warszawa): „Epilepsya a psychozy", Dr S. Szuman (Poznań); „Przypadek melancholii periodycznej z wyobrażeniami natrętnymi, jako objawami zwiastującymi i jako powikłaniem w jej przebiegu". Dr S. Szuman (Poznań): „O postaci psychozy maniako-depresyjnej ze stanami mieszanymi, osłupieniem manicznym, błyskawicznymi zmianami nastrojów i równoczesnem (?) ich przeciwieństwem". Dr J. Feuerstein (Lwów): „Cyklotymia". Dr Scharf (Kraków): „Kilka słów o wynikach leczenia paraliżu postępującego iniekcjami tuberkuliny". Dr T. Gepner (Warszawa-Tworki); „O zmniejszonej poczytalności". Dr J. Jaworski (Warszawa): „Badania doświadczalno-psychologiczne sfery nerwowo-psychicznej kobiet podczas menstruacji". Dr W. Sterling (Warszawa): „Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu Korsakowa". Doc. dr E. Katzenellenbogen (Skillman-Ameryka): „Z psychologii epileptyków". Prof. dr J. Piltz (Kraków): „Z psychologii pseudologia phantastica". Dr K. Horwitz (Wiedeń); „O zaburzeniach pamięci najświeższych zdarzeń (Merkfähigkeit) w histeryi i psychopatyi. Dr T. Jaroszyński (Warszawa): „O wpływie wzruszeń na stan nerwowy". Dr A. Cygielstreich (Warszawa). „Wzruszenia a choroby umysłowe". Dr A. Cho-

j e c k i (Warszawa): „Przekształcenie się wzrokowych obrazów pamięciowych“. Dr. A. C h o j e c k i (Warszawa). „Próba obiektywnego mierzenia siły woli“. Dr. K. W i z e (Poznań). „Z dziejów pojęcia wyobraźni“. Dr. K. W i z e (Poznań): „Kategorie logiczne w psychologii“. A. S z y c ó w n a (Warszawa): „O właściwościach słownikowych i gramatycznych mowy dzieci w wieku lat 4—9“. J. Z a j ą c (Kraków): „Badania przestrzenności widzianej“.

Ostateczny porządek dzienny wymienionych odczytów luźnych ułożony zostanie później. Wykład trwać może 30 minut, odczyt od 10—15 minut. Wkładka wynosić będzie: 25 koron, 10 rubli, 20 marek.

K o m i t e t o r g a n i z a c y j n y Z j a z d u: Przewodniczący: Prof. dr J. P i l t z. Sekretarz: Dr S. B o r o w i e c k i. Członkowie Komitetu: Prof. dr W. H e i n r i c h, Dr A. R y d e l.

Adres Komitetu: Kraków, ul. Kopernika L. 46.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) Dr med. BOLESŁAW BĘBIŃSKI. Dyagnostyka gruźlicy. Część I. Metody kliniczno-laboratoryjne. Warszawa. 1912.
- 2) Kalendarz lekarski na rok 1913, wydawnictwo Dr J. POLAKA. Warszawa 1913
- 3) HEINRICH HIGIER. Arteriitis acuta mit intermittierenden Hinken. Odbitka z Neurol. Centr. 1911.
- 4) HEINRICH HIGIER. Zur Diagnose der Hirnembolie. Odb. z Neurol. Centr. 1911.
- 5) HEINRICH HIGIER. Beitrag zur Klinik der psychischen Störungen bei chronischen Kokainismus. Odb. z Münch. med. Woch. 1911.
- 6) Przemowa dra FR. CHŁAPOWSKIEGO: 24-letnie dzieje Nowin Lekarskich.

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny ogłoszenie o hektynie i hektargirze.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGŁĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3,50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2,40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEN: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20 za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Faliek, Sw. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcey, 46. Boulevard Barbés.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.