

czej, jednak w warunkach zwykłych szybko i prawie całkowicie ulegają dalszej przeróbce (GEELMUYDEN ¹⁾, WALDVOGEL ²⁾, SCHWARZ ³⁾, RICHTER ⁴⁾). Co się zaś tyczy acetonu, to nie może on uchodzić za taki sam pośredni produkt, gdyż utlenianie przez ustrój wprowadzonego weń acetonu odbywa się w stopniu stosunkowo nieznacznym (GEELMUYDEN ¹⁾, SCHWARZ ³⁾, J. MÜLLER ⁵⁾). Aceton jest, że tak powiem, formą wydzielniczą dla tej części kwasu acetoctowego, która z tych lub innych przyczyn uniknęła zupełnego spalania do CO₂ i H₂O, tak samo, jak np. w postaci kwasu moczowego wydzielą się mniej utleniona część ciał purynowych, których reszta utlenić się może silniej do mocznika i CO₂. W warunkach normalnych z ciał acetonowych wydzielą się tylko aceton w ilości bardzo nieznacznej (zdrowy człowiek wydzielą z moczem na dobę 0,01—0,02 grm.); w warunkach patologicznych ilość acetonu wzrasta się znacznie, a nadto wystąpić mogą w moczu kwasy β-oksymasłowy i acetoctowy, których normalnie tam nigdy nie spotykamy.

SATTA ⁶⁾ wszystkie ciała, stojące w jakimkolwiek związku z ciałami acetonowymi, podzielił na dwie grupy: 1) ciała ketoplastyczne, stanowiące bezpośrednie źródło ciał acetonowych, i 2) ciała antyketoplastyczne czyli hamujące (Hemmungsstoffe). Pierwszą grupę — ketoplastyczną stanowią przede wszystkim kwasy tłuszczowe (GEELMUYDEN, WALDVOGEL, SCHWARZ l. c., MAGNUS-LEWY ⁷⁾). Na podstawie dopiero co ogłoszonej pracy BORCHARDT'a ⁸⁾ należy do

niej zaliczyć również i niektóre ciała białkowe (histony, protaminy, białko jaja kurzego). Grupa antyketoplastyczna czyli hamująca wpływ swój wywiera nie na wytwarzanie ciał acetonowych, stanowią one bowiem, jak już zaznaczyłem, normalne pośrednie produkty przeróbki kwasów tłuszczowych i niektórych ciał białkowych, lecz działa ona wyłącznie na ich utlenianie. Mechanizm tego działania nie jest jeszcze zupełnie zbadany; istnieje przypuszczenie, iż ciała antyketoplastyczne działają przez kontakt w ten sposób, że powstający przy ich rozpadzie tlen *in statu nascendi* utlenia kwasy acetonowe, GEELMUYDEN zaś (l. c.) twierdzi, iż ciała acetonowe zdolne są do dalszych zmian dopiero po uprzednim połączeniu się z produktami przeróbki ciał hamujących (np. synteza kwasów acetonowych z kwasem glukuronowym).

Najważniejszym przedstawicielem grupy hamującej są, jak tego dowiodły badania HIRSCHFELD'a ⁹⁾, ROSENFELD'a ¹⁰⁾ i wielu innych, węglowodany. Jeżeli ustrój przestanie przetwarzać węglowodany, bądź dlatego, że ich nie wprowadza, np. przy dyecie białkowo-tłuszczowej lub głodzeniu, bądź też wskutek utraty tej zdolności (cukrzyca), wówczas następuje wzmożone wydzielanie przez płuca i nerki ciał acetonowych, których ilość, oczywiście, zależna będzie od stopnia natężenia tych zmian chorobowych w przeróbce materii. Na podstawie swych doświadczeń zalicza SATTA (l. c.) do grupy hamującej jeszcze ciała węglowodanom pokrewne, które wszystkie cechują się obecnością grupy alkoholowej-hydroksylowej i które dają prawdopodobnie te same produkty rozpadu, co i węglowodany. Należą tu: gliceryna, kwas mleczny, winny, cytrynowy i t. d. Widzimy zatem, iż tłuszcze zawierają w sobie prócz ciał ketoplastycznego — kwasów tłuszczowych i hamującą glicerynę. To samo dotyczy i ciał białkowych. Wy-

¹⁾ Geelmuyden. Zeitschrift f. physiol. Chemie. Tom 23 i 41.

²⁾ Waldvogel. Die Acetonkörper. Stuttgart. 1903

³⁾ Schwarz. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Tom 40 i Deut. Arch. f. klin. Med. Tom 76.

⁴⁾ Richter. Stoffwechsel u. Stoffwechselkrankheiten. Berlin. 1906. Str. 69 i nast.

⁵⁾ J. Müller. Arch. f. exper. Pathol. und Pharmak. Tom 40.

⁶⁾ Satta. Hofmeisters Beiträge. Tom VI (Doniesienie I i II).

⁷⁾ Magnus-Lewy. Arch. f. exper. Path. u. Pharmak. Tom 42 i 45.

⁸⁾ Borchardt. Arch. f. exper. Path. und Pharmak. Tom 53.

⁹⁾ Hirschfeld. Zentralblatt f. innere Med. 1895.

¹⁰⁾ Rosenfeld. Zeitschrift f. Klin. Med. Tom 28.

żej już wzmiankowaliśmy, iż do grupy ketoplastycznej należą protaminy (mleczko karpia), histony (grasica) i białko jaja kurzego, wzmagają one bowiem acetonurię przy dyecie białkowo-tłuszczowej. Natomiast inne rodzaje białka, jak białko trzustki lub kazeina, acetonurii w tych warunkach nie tylko nie wzmagają (trzustka), lecz nawet ją zmniejszają (kazeina). To działanie antyketoplastyczne ciał białkowych przypisuje BORCHARDT (l. c.) kwasom amidowym (leucyna, alanina i t. d.). Zdaniem tego autora, im więcej cząsteczka białka zawiera amidokwasów, tem bardziej będzie występowało jej działanie antyketoplastyczne (kazeina); im mniej zaś kwasów amidowych znajduje się w białku, tem silniej działa ono, jako substancja ketoplastyczna. Przy pewnym stosunku obu grup — ketoplastycznej i hamującej białko wpływu na acetonurię nie wywiera (trzustka). Antyketoplastyczne działanie kwasów amidowych stoi najzupełniej w zgodzie z tem, co przypuszczamy o tworzeniu się z nich cukru w ciężkiej cukrzycy.

Z powyższego widzimy, w jakim kierunku obracają się poszukiwania nad ciałami acetonowymi. Skąd one powstają, jakie warunki zapobiegają ich nadmiernemu wydzielaniu — oto są punkty wytyczne prawie wszystkich dotychczasowych badań. W doświadczeniach, których wyniki podaję niżej, usiłowałem z zawartości acetonu w poszczególnych narządach wywnioskować, w jakich narządach powstają i gdzie ulegają spalaniu ciała acetonowe. Pomiąłem przytem zupełnie kwas β oksymasłowy, ograniczyłem się zaś tylko do acetonu i kwasu acetoctowego, który przy destylacji zamienia się, jak wiadomo, w aceton. Niepodobna przytem określić, jaka część otrzymanego acetonu znajdowała się już w narządach i ile go powstało dopiero przy destylacji z kwasu acetoctowego. Badania analogiczne do przeprowadzonych przez nas

dokonane zostały przez GEELMUYDEN'a¹¹⁾, który określał zawartość acetonu we krwi, wziętej z serca, i w narządach osób, zmarłych na cukrzycę (4 przypadki), i w 1 przypadku niecukrzycowym (wada serca). Autor powyższy stwierdził, iż ze wszystkich narządów najmniej acetonu zawiera wątroba, na mocy czego twierdzi, iż ona jest głównem centrum spalania ciał acetonowych po uprzedniej syntezie ich z kwasem glukuronowym lub innymi produktami przeróbki węglowodanów.

Podane na tabl. 1, 2 i 3-ej doświadczenia składają się z 3 seryi: 1) króliki normalne, 2) głodzone i 3) głodzone, u których wywoływaliśmy sztucznie cukrzycę przez podskórne zastrzykiwanie florydzyiny. Głodziliśmy króliki zazwyczaj w ciągu 5—6 dni, florydzyinę otrzymywały one w ilości 1,0—1,5 grm. na dobę, rozpuszczoną w 20 ctm. sz. ciepłego 1% roztworu węglanu sodu. Ażeby usunąć ewentualny wpływ wprowadzanego Na_2CO_3 na utlenianie ciał acetonowych, wlewaliśmy królikom codziennie do żołądka 60 ctm. sz. 0,25% kwasu solnego, które są mniej więcej równoważne ilości zastrzykiwanej pod skórę sody. Zawartość cukru w moczu u królików florydzynowych wahała się od 0,5% do 2%. Krew była brana od królików żywych, nie poddawanych narkozie, wprost z tętnicy szyjowej (w ilości 60—100 grm.), narządy zaś były rozdrabniane w maszynie (mięśnie i wątroba) lub też bardzo drobno posiekane nożem (nerki i płuca), gdyż skutek niedużej wagi tych ostatnich nie można było posilkować się maszyną. Mięśnie brane były w ilości 60—70 grm., wątroba zależnie od jej wagi — 35—50 grm., waga nerek wynosiła od kilkunastu do dwudziestu kilku grm., płuca zaś — zazwyczaj około 10 grm.. Krew i narządy rozcieńczaliśmy 10—20 krotną ilością wody i po dodaniu kwasu siarcza-

¹¹⁾ Geelmuyden. Zeitschr. f. physiol. Chemie. T. 41

nego (GEELMUYDEN)¹²⁾ i talku (dla uniknięcia piany) poddawaliśmy destylacji, dopóki do destylatu nie przeszło mniej więcej $\frac{2}{3}$ wody. Zawartość acetonu w destylacie była oznaczana miareczkowo metodą MESSINGER-HUPPERT'a.

Winienem w tem miejscu zwrócić uwagę na niezupełną ścisłość tej metody w zastosowaniu do naszych badań, wykazuje ona bowiem w destylatach zawartość nie tyle acetonu, ile wogóle substancji, wiążącej jod. Ilość zużytego $\frac{1}{10}$ N jodu obliczałem jednak na miligramy acetonu, wychodząc z założenia, iż różnice w zawartości wiążącej J substancji w naszych doświadczeniach złożyć należy na karb acetonu, jakkolwiek danych, otrzymanych przy pomocy metody MESSINGER-HUPPERT'a nie trzeba brać dosłownie. Wreszcie zaznaczę jeszcze, że w naszych doświadczeniach, zarówno jak i u GEELMUYDEN'a, nie zawsze przy miareczkowaniu destylatów widoczny był osad jodoformu, jest to jednak rzeczą zupełnie zrozumiałą, jeżeli uprzedzić sobie, iż destylaty dochodziły nieraz do kilkuset ctm. sz., a ilość wiążącej J substancji, obliczona na aceton, rzadko kiedy przewyższała kilka miligramów.

(D. n.).

**Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego
przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.**

**Nieco ze statystyki
ropni mózgu pochodzenia usznego.**

Napisał

D-r Teodor Heiman.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 2).

Stosunek częstości ropni mózgu do ropni mózdzku tyczy się wszelako tylko ogólnej cyfry przypadków. W rozmaitych latach życia stosunek ten nie jest jednakowy. Już TOYNBER

zrobił to spostrzeżenie, że ropnie mózdzku przytrafiają się względnie częściej u dorosłych, niż u dzieci; ROBIN pogląd ten stwierdził. KÖRNER znalazł w pierwszym dziesięcioleciu 82% ropni mózgu i 18% ropni mózdzku; w późniejszych latach 63% ropni mózgu i 37% ropni mózdzku. W późniejszej pracy swojej KÖRNER stwierdził, że ropnie mózdzku w pierwszym dziesięcioleciu są wogóle daleko radsze, aniżeli cyfry, otrzymane przez innych autorów. Autor ten znalazł: (Patrz tabl. 1).

Tabl. 1.

w wieku	ropni mózgu	ropni mózdzku
0 — 10 lat	18 = 23% (w cyfrze okrągłej)	4 = 10% (w cyfrze okrągłej)
11 — 20	17	14
21 — 30	23 = 77%	12 = 90%
powyżej 30	21	10
	79	40

Tabl. 2.

Wiek	Ropnie mózgu (HAMMERSCHLAG)	Ropnie mózdzku (OKADA)
0 — 10 lat	27 = 16% (w cyfrze okrągłej)	17 = 11% (w cyfrze okrągłej)
11 — 20	47	56
21 — 30	51 = 84%	45 = 89%
ponad 30	44	28
	169	146

¹²⁾ Geelmuyden. L. c. i Zeitschr. f. Klin. Med. Tom 58, str. 8.

W ostatniej pracy swojej wypowiada KÖRNER zdanie, że różnica ta nie jest tak znaczna, jak mu wykazały poprzednie statystyki; o tem przekonywa porównanie statystyki wieku dla ropni mózgu, podanej przez HAMMERSCHLAG'a, i takież statystyki dla ropni mózdzku, podanej przez OKADA'ę:

(Patrz tabl. 2).

RÖPKE otrzymał na 123 ropnie mózgu:

w wieku 0 — 10 lat	24 = 19,51%
11 — 20	33 = 26,83%
21 — 30	36 = 29,26%
ponad 30	30 = 24,40%
	123

KOCH znalazł następujące cyfry ropni mózdzku w różnych latach życia.

od 0 — 10 lat	11 = 11,33%
11 — 20	33 = 33,46%
21 — 30	35 = 35,82%
ponad 30	19 = 19,39%

Na zasadzie tych cyfr wypowiada KOCH zdanie, że ropnie mózdzku są dość rzadkie w pierwszym dziesięcioleciu, najczęstsze są w drugim i trzecim, a po trzydziestym roku życia są najrzadsze. OKADA jest zdania, że cyfry te nie upoważniają do wyprowadzenia wniosku o stosunku liczbowym ropni mózgu do ropni mózdzku w rozmaitych okresach życia, gdyż przypadki ropni mózdzku, zebrane przez KOCH'a nie odpowiadają liczbie przypadków ropni mózgu, zebranym przez KÖRNER'a.

HESSLER, przeszukawszy wszystkie opisane w literaturze przypadki ropni mózgu, otrzymał pod względem wieku chorych cyfry następujące:

od 0 — 10 lat	13 przypadków.
11 — 20	38
21 — 30	50
31 — 40	23
41 — 50	9
51 — 60	7
61 — 70	5
Razem	145

Z pomiędzy 13 przypadków u dzieci było 8 ropni mózgu i 5 ropni mózdzku. Opierając się na tych cyfrach, zwrócił HESSLER uwagę, że cyfry te obalają pogląd KÖRNER'a o rzadkości ropni mózdzku u dzieci, jeżeli porównamy cyfrę ogólną wszystkich przypadków ropni mózgowych i różnicę między ropniami mózgu i mózdzku w wieku dziecięcym.

Wobec tak niezgodnych wyników OKADA, chcąc się przekonać o prawdziwym stanie rzeczy, zestawił statystycznie wszystkie przez siebie zebrane przypadki z literatury ropni mózdzku i otrzymał następujący wynik:

od 1 — 10 lat	17 = 11,65%
11 — 20	56 = 38,35%
21 — 30	40 = 30,82%
31 — 40	18
41 — 50	7
51 — 60	3
	19%

Opierając się na tej tablicy, OKADA sądzi się być w prawie przyjąć, że ropnie mózdzku są najrzadsze w wieku dziecięcym poniżej dziesięciu lat, lecz że ta względna rzadkość ropni mózdzku u małych dzieci nie jest ani tak wybitna, ani nie może być tak ważna, jak sądzi KÖRNER. OKADA przytacza 2 przypadki ropni mózdzku u dzieci, mających mniej, niż cztery lata, a powyżej czterech lat — cztery przypadki. Podług OKADA'y odsetka ropni mózdzku u małych dzieci jest daleko większa, aniżeli jak to podaje KÖRNER, jest też daleko większa od odsetki wszystkich form mieszanych ropni mózgowych pochodzenia usznego, podanej przez HESSLER'a; wreszcie za wielka jest odsetka ropni mózgu u dzieci, podana przez KÖRNER'a.

Wiek	OKADA (mózdzek)	KÖRNER (mózdzek)	HESSLER (formy mieszane)	KÖRNER (mózg)
0 — 10 lat	11,65%	10%	8,96%	22,78%
11 — 20	38,35%	35%	26,20%	21,51%
21 — 30	30,82%	30%	34,48%	29,11%
ponad 30	19,15%	25%	30,34%	26,58%

OKADA jest przeto zdania, że ropnie mózdzku są jednakowo rzadkie u dzieci, jak u dorosłych (ponad 40 = 0,68%), i że są najczęstsze w drugim i trzecim dziesięcioleciu (69,17%) a raczej do końca czwartego dziesiątka. Z tego powodu nie zgadza się OKADA z KÖRNER'em, jakoby rzadkość ropni mózdzku była dla dzieci typowa, i dlatego moment ten nie posiada wartości rozpoznawczej.

Mój materiał statystyczny składa się z 535 przypadków, gdzie podany jest wiek chorego, i przedstawia następujący stosunek:

wiek nie podany	Wiek	Ropień mózgu	Ropień mózdzku	Razem
	0 — 5 lat	14 = 2,62%	6 = 1,12%	20 = 3,74%
	6 — 10	41 = 7,66%	10 = 1,88%	51 = 9,54%
	11 — 15	53 = 9,91%	29 = 5,42%	82 = 15,33%
	16 — 20	55 = 10,28%	28 = 5,23%	83 = 15,51%
	21 — 30	129 = 24,11%	38 = 7,10%	167 = 31,21%
	31 — 40	54 = 10,09%	13 = 2,43%	67 = 12,52%
	41 — 50	30 = 5,61%	8 = 1,50%	38 = 7,11%
	51 — 60	19 = 3,55%	3 = 0,56%	22 = 4,11%
	61 i wyżej	3 = 0,56%	2 = 0,37%	5 = 0,93%
	Razem	398 = 74,39%	137 = 25,61%	535 = 100%
		59	51	110

Cyfry te przekonywają nas, że po latach sześćdziesięciu ropnie mózgu przytrafiają się wogóle najrzadziej, OKADA znalazł ten stosunek już po czwartym dziesięcioleciu. Drugie miejsce zajmują pod tym względem pierwsze pięć lat życia, lecz dotyczy to jednakowo tak ropni mózgu, jak i ropni mózdzku. Największa częstość tak ropni mózgu, jak i ropni mózdzku przypada na trzecie, ewent. na drugie i trzecie dziesięciolecie. W statystyce tej cyfra ropni mózdzku u dzieci od 6 do 10 go roku jest stosunkowo daleko mniejsza, niż ropni mózgu, nie można tego wszelako uważać za właściwość wieku. Statystyka ta poucza nas nadto, że po trzecim dziesięcioleciu cyfra ropni mózdzku w stosunku do ropni mózgu znakomicie spada. Jeżeli zatem wyżej uczyniona była wzmianka, że przecięciowo ropnie mózgu przytrafiają się 2—2½—3 razy częściej, aniżeli ropnie mózdzku, to z przytoczonych cyfr, odnoszących się do wieku chorych, stosunek ten ma wartość tylko w trzech pierwszych dziesięcioleciach.

Poglądy TOYNBEE'ego, ROBIN'a i dawniejsze KÖRNER'a o rzadkości ropni mózdzku w pierwszym dziesięcioleciu, jak widzimy z tego wszystkiego, nie dadzą się utrzymać, i wiekowi dziecęcemu nie można przypisywać pewnej odporności przeciw ropniom mózdzku, jak i przeciw ropniom mózgu wogóle.

Stosunek ropni mógu pochodzenia usznego u rozmaitej płci wypada mniej więcej jednako-
wy u wszystkich autorów. Wszyscy się przekonali, że ropnie mózgu u mężczyzn są dwa razy tak częste, jak u kobiet. KÖRNER znalazł na 61 ropni mózgu 43 u mężczyzn i 18 u kobiet, zaś na 30 przypadków ropni mózdzku 18 u mężczyzn i 12 u kobiet.

GRUBER (J. POLLACK) podaje czystych ropni mózgu 32 z czego u mężczyzn 26 u kobiet 6

powikłanych „ 7 „ „ 6 „ 1

czystych rop. mózdz. 13 „ „ 8 „ 5

powikłanych „ 6 „ „ 4 „ 2

HESSLER znalazł na 151 przypadków ropni mózgowych „ 93 „ 58

KOCH „ 102 „ „ mózdzku „ 66 „ 36

Tenże autor znalazł u dzieci w pierwszym dziesięcioleciu „ 4 „ 6

OKADA spostrzegł 165 przypadków ropni mózdzku „ 107 „ 22

W 22 przypadkach płeć nie była podana.

U RÖPKE'go było na 124 przypadki ropni mózgu „ 83 „ 41

PITT notuje „ 11 „ 7

PIQUÉ podaje „ 21 „ 1

Moja statystyka przedstawia następujące cyfry.

Umiejscowienie ropnia	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Płeć niewiadoma
Zraz skroniowy	258	91	11	35
„ i potylicowy	14	4	—	1
„ i czołowy	3	—	—	—
„ i mózdzek	1	7	—	2
Ropień mózgu (wogóle)	7	3	—	3
Zraz potyliczny	6	1	—	2
„ czołowy	1	1	—	1
Mózdzek	117	33	4	32
„ i zraz potyliczny	—	—	—	1
„ i most	—	1	—	—
Most	1	—	—	—
Bródka ROLAND'a	1	—	—	—
Wzgórek wzrokowy	1	—	—	1
Razem	410	141	15	79

Cyfry te dowodzą, że tak ropnie mózgu, jak i mózdzku przytrafiają się u kobiet trzy razy rzadziej, aniżeli u mężczyzn.

Pod względem wieku stosunek mężczyzn do kobiet jest następujący:

Wiek	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci
0 — 5 lat	8	7	5
6 — 10	21	26	4
11 — 15	58	23	1
16 — 20	57	26	
21 — 30	132	35	
31 — 40	52	15	

Wiek	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci
41 — 50	32	6	
51 — 60	21	1	
ponad 60	4	1	
Razem	385	140	10

Z tych cyfr widać, że w pierwszym dziesięcioleciu przeważa płeć żeńska nad męską. Największą różnicę między obydwiema płciami napotykamy w drugim i trzecim dziesięcioleciu. Po 40 latach ropnie mózgu stają się u kobiet coraz radsze.

(C. d. u.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

1. GEELMUYDEN. Poszukiwania nad zdolnością optyczną i redukcją moczu przy glikozurii cukrzycowej i niecukrzycowej.

W badaniach swoich nad kwasem β -oksymasłowym autor przypadkowo zauważył, iż mocz chorego cukrzycowego, który w stanie świeżym odczynu na cukier nie dawał (TROMMER) i skręcał w polarymetrze na lewo (kwas β -oksymasłowy), po parotygodniowym staniu z chloroformem zaczął redukować miedź i skręcać płaszczyznę światła polaryzowanego na prawo, czyli że mocz zawierał cukier, powstały prawdopodobnie z rozpadu glukozydu albo jakiegoś innego złożonego węglowodanu. Po dokładniejszym zbadaniu moczu tego chorego (24-letniego dziecka) autor przekonał się, iż polarymetr wykazuje większą zawartość cukru, niż to wynika z badania miareczkowego, co dowodziłoby, iż mocz prócz cukru gronowego zawiera jeszcze inne gatunki węglowodanów, których zdolność optyczna jest większa od posiadanej przez cukier gronowy. Zachęcony tem odkryciem, GEELMUYDEN przeprowadził szereg badań nad moczem, zawierającym cukier, w 13 przypadkach cukrzycy i 3 niecukrzycowych. Metodyka badań powyższych była następująca: autor określał zawartość cukru miareczkowo metodą KNAPP'a (wartości te oznaczył autor literą T), polaryzował mocz w stanie świeżym (P) i poddany fermentacji drożdżowej (G), dopóki nie znikła próba TROMMER'a. Mocz sfermentowany skręcał zazwyczaj na lewo wskutek obecności kwasu β -oksymasłowego. Porównywał on następnie P—G z T: przypadki, kiedy dane te były równe, czyli kiedy polaryzacja i miareczkowanie dawały jednakowe rezultaty, nazwał G. równozwrotnością (Aequirotation), podzwrotnością zaś (Subrotation), jeżeli P—G było mniejsze od T, nadzwrotnością (Superrotation), kiedy P—G było większe od T. Jakże substancje powodują nad- i podzwrotność? Prze-

dewszystkiem, co się tyczy ich natury chemicznej, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż mamy do czynienia z węglowodanami, gdyż niezmienne łatwo znikają one z moczu przy fermentacji drożdżowej. W przypadkach nadzwrotności możnaby przypuścić obecność silnej skręcającej na prawo maltozy; zaznaczyć jednak należy, iż już przed laty HOPPE-SEYLER spostrzegł przypadek takiej nadzwrotności i stwierdził, że zawarta w badanym przez niego moczu substancja prawozwrotna nie była maltosą. Podzwrotność zaś ze znanych nam ciał węglowodanowych powodować mogą lewozwrotna fruktoza, lewozwrotna arabinoza lub wreszcie kwas glukuronowy. W rzeczy samej, w niektórych przypadkach podzwrotności zjawisko to złożone należy na karb lewulozy, jakkolwiek zdarzyć się może niewątpliwa podzwrotność z ujemnym odczynem SELIWANOW'a (mocz + kwas solny dyumiący + rezorcyna dają zabarwienie wiśniowe — odczyn na lewulozę). L — arabinozę i kwas glukuronowy, jako przyczynę podzwrotności, należy zdaniem G. stanowczo wyłączyć, we wszystkich bowiem badanych przez autora przypadkach mocz nie dawał nigdy odczynu z orcyną lub floroglucyną (mocz + kwas solny dyumiący + orcyna lub floroglucyna, zabarwienie zielone lub czerwone — odczyn na pentozy i kwas glukuronowy). Z wyjątkiem zatem jedynie fruktozy nie jest nam obecnie znana budowa chemiczna tych gatunków cukru, które powodują nad- i podzwrotność. Zazwyczaj zjawiska powyższe spostrzegać się dają w moczu dzieci chorych na cukrzycę, a u osób starszych li tylko w przypadkach nieleczonych. Przy leczeniu, czyli po przejściu chorego na dietę ścisłą, bezwęglowodanową istniejąca dotąd nad- lub podzwrotność znika zupełnie, ustępując miejsce równozwrotności.

(Zeitschr. f. klin. Med. Tom 58. Zeszyt 1 i 2).

Anastazy Landau.

2. TINTEMANN. Przemiana materii w przypadku pentozuryi.

Przypadki pentozuryi, odkrytej przez SAL-KOWSKIEGO i JASTROWITZ'a, wyróżniają się, jak wiadomo, obecnością w moczu węglowodanów o pięciu atomach C, a mianowicie optycznie nieczynnej i - arabinozy; dotychczas znany jest dopiero jeden opisany przez LUCCATO przypadek, kiedy mocz zawierał czynną, prawozrotną pentozę. Pentozurya jest swoistem zaburzeniem przemiany materii, które w przeciwieństwie do moczoówki cukrowej nie sprawia osobnikowi, niem dotkniętemu, żadnych większych dolegliwości, a szkodliwą się staje dopiero wówczas, kiedy lekarz wskutek niedokładnego zbadania moczu przyjmie pentozuryka za prawdziwego dyabetyka i zupełnie niepotrzebnie zastosuje kurację mało- lub bezwęglowodanową, co odbija się, oczywiście, na sprawności zarówno fizycznej, jak i duchowej danego osobnika.

Opisany przez autora przypadek pentozuryi dotyczy 21-letniej służącej, izraelitki, dobrze odżywianej, którą zapisana została do kliniki z powodu prawostronnego nerwobólu kulszowego. Badanie moczu, którego ilość dobową wahała się od 800 do 1500 ctm. sz., a ciężar właściwy od 1010 do 1025, wykazało obecność w nim substancji, redukującej płyn FÉLING'a. Próba z miedzią występowała z opóźnieniem i nagle, mocz z drożdżami nie fermentował, płaszczyny światła polaryzowanego nie skręcał, z fenyl-hydrazyną i kwasem octowym dawał ozazon o punkcie topliwości 156—159° C., i wreszcie próba z oreyną i floroglucyną wypadła dodatnio. Reakcje powyższe decydują stanowczo, iż zawarta w moczu substancja redukująca jest pentozą. Można by jeszcze myśleć, czy nie mamy przypadkiem do czynienia z kwasem glukuronowym, ale ten ostatni w stanie zarówno wolnym, jak i związanym jest zawsze optycznie czynny. Ilość wydzielanej przez chorą na dobę pentozy, określona przy pomocy płynu FÉLING'a, wynosiła 3,0 — 3,5 grm. z odsetką 0,3 — 0,4.

Przeprowadzone w omawianym przypadku badania nad tolerancją cukrów sześć- i pięciowęglowych stwierdziły, iż chora spala do szczególnie 50 grm. cukru gronowego i lewulozy, podanych naczecz, bez wydzielania z moczem

ciała optycznie czynnego lub fermentującego z drożdżami i bez wzmożenia pentozuryi, natomiast po podaniu 50 grm. galaktozy mocz dobowy zawierał 3,2 grm. tego węglowodanu, a ilość pentozy wzrosła do 5 grm. Chora nasza reaguje zatem na heksozy zupełnie normalnie, spala bowiem całkowicie glukozę i lewulozę, galaktozy zaś wydziela z moczem bardzo drobną cząstkę. Zwrócić należy uwagę na okoliczność, iż wzmożenia pentozuryi po podaniu galaktozy nie można jeszcze uważać za fakt stwierdzony, gdyż ilościowe wyodrębnienie w moczu i - arabinozy i galaktozy nie daje się przeprowadzić z całą ścisłością. Po dwukrotnym spożyciu 20 grm. ksylozy chora wydzielała za każdym razem więcej o 8 grm. czyli 40%, wprowadzonej pentozy, a więc mniej więcej tyle, ile wydziela człowiek normalny po podaniu wolnej pentozy. Co się tyczy pentoz związanych, jakie w ustroju znajdujemy w trzustce, grasicy i innych narządach, to BLUMENTAL i BIAL po wprowadzeniu 500 grm. grasicy cielęcej stwierdzili podobno wzmożone wydzielanie pentoz z moczem; TINTEMANN, podając chorej, o jakiej mowa, 1000 grm. rosółu cielęcego, zauważył również podniesienie zdolności redukcyjnej moczu, słusznie jednak zastrzega się, iż na razie nie można jeszcze rostrzygnąć, czy ta wzmożona redukcja zależna jest od pentoz, czy też tylko od nadmiaru kwasu moczowego.

(Zeitschr. f. klin. Med. Tom 58, Zesz. 1 i 2).

Anastazy Landau.

3. F. HIRSCHFELD. O cierpieniach trzustki w przebiegu moczoówki cukrowej.

Miedzy cierpieniami trzustki i moczoówką cukrową istnieje zależność, której istnienie pierwszy przypuścił LANCEREAUX na podstawie badań klinicznych i pośmiertnych, a doświadczałnie w sposób nie ulegający żadnej wątpliwości stwierdzili MERING i MINKOWSKI. Rozstrzygać w każdym poszczególnym przypadku moczoówki, czy należy on do kategorii trzustkowych, na mocy badania wyłącznie klinicznego jest niemiernie trudno. Autor ostatnimi czasy obserwował między innemi 14 przypadków dyabetu pochodzenia przypuszczalnie trzustkowego i podaje cechy rozpoznawcze tej postaci cukrzycy. Zaburzenia ze strony trawienia kiskowego, dotyczące zarówno ciał białkowych, jak i tłuszczów, przemawiają niezbicie za trzustkowem po-

chodzeniem cukrzycy. Jest to objaw rozstrzygający, ale spotykany względnie rzadko, wszystkie zaś inne są już, że tak powiem, mniej kategoryczne. Za najważniejszy z nich uważa HIRSCHFELD bóle w górnej okolicy brzucha, zlokalizowane więcej na lewo, w miejscu, odpowiadającym mniej więcej położeniu trzustki. Bóle te przez pomyłkę łatwo uznać można za zależne od kamicy żółciowej lub cierpienia żołądka; występują one bądź w postaci ostrych napadów i wtedy zazwyczaj są dość silnego natężenia, bądź też są one więcej stałe, mniej intensywne i o trwaniu nawet paromiesięcznym. Za tem, iż bóle omawiane spowodowane są cierpieniem trzustki (kamienie, stany zapalne), przemawia okoliczność, iż cukrzyca po każdym takim napadzie pogarsza się przez wzmaganie się nie tylko cukromoczu, lecz i acetonuryi. Za cechę charakterystyczną cukrzycy trzustkowej uważa dalej HIRSCHFELD zaburzenia ze strony krążenia, które ujawniać się mają w nieznacznej wydajności moczu i obrzękach. Chorzy, o jakich mowa, pomimo znacznej niekiedy odsetki cukru, wydzielają na dobę nie więcej, niż litr, najwyżej półtora litra moczu, i, co najciekawsze, ilości tej nie jesteśmy w stanie wzmóżyć nawet przez podawanie dużych ilości płynu (1½ litra wody karlsbadzkiej); wyższy stopień tych zaburzeń stanowią obrzęki. Przyczyny obu tych zjawisk są dotychczas niewytłomaczone; ponieważ serce u osobników omawianych funkcjonuje całkiem sprawnie, więc zaburzenia te w krążeniu (mała wydajność moczu i obrzęki) powstają prawdopodobnie na drodze odruchowo nerwowej wskutek cierpienia trzustki.

Napady bólów, o jakich powyżej mówiliśmy, ustępują zazwyczaj po dłuższym lub krótszym trwaniu, posiadają one jednak dużą tendencję do ponawiania się, przyczem recydywy wybuchają z przerwami ½—2 letniemi. Wspomnieliśmy już, iż po każdym takim napadzie stan cukrzycy zazwyczaj się pogarsza, zdarzyć się nawet może, iż silny napad trzustkowy doprowadza do śpiączki przypadek o stosunkowo łagodnym dotychczas przebiegu. Ostrem zaburzeniom ze strony trzustki gotów jest autor przypisać winę wybuchu śpiączki nawet w tych przypadkach cukrzycy, których przebieg nie prze-

małwał bynajmniej za ich pochodzeniem trzustkowym.

(Berlin. klin. Wochensch. N. 52. 1905).

Anastazy Landau.

4. G. GROSS i L. SENCERT. Mięśnienie (masaż) serca.

Spostrzeżenia fizyologów, które wykazały, że czynność poszczególnych narządów *resp.* ich życie trwa jeszcze przez pewien nawet dość długi czas po śmierci indywidualnej, t. j. w okresie między tą śmiercią a chwilą nastąpienia rozpadu cząsteczkowego, skłoniły do przedsięwzięcia szeregu badań i prób klinicznych, czy w przypadkach śmierci domniemanej, zwłaszcza przy chloroformowaniu, nie uda się drogą przywrócenia syntezy wszystkich tych czynności życiowych poszczególnych narządów wskrzesić życia rzeczywistego (w razach, gdzie brak takich zmian organicznych, które wogóle czyniłyby życie już niemożliwym).

Według BICHAT'a trzy są narządy, których czynność niezbędna jest dla życia osobniczego: mózg — albo raczej zdaniem d'HALLUIN'a, opuszka (*bulbus*), płuca i serce (tak zw. trójnóg życia).

Wybitną rolę odgrywa tu opuszka; w jej to substancji szarej znajdują się ośrodki nerwów ruchowych koniecznych dla życia, w niej to znajdują się owe ośrodki, stanowiące t. zw. węzeł życiowy (*noeud vital*) FLOURENS'a — których sprawność jest nieodzownym warunkiem życia osobniczego, *resp.* których destrukcja pociąga za sobą śmierć. Pomimo to jednak, z fizjologicznego punktu widzenia, śmierć, że tak rzec, zupełna nie jest natychmiastowym wynikiem destrukcji opuszkowej. Za dowód tego może służyć to, że jeśli u psa, któremu przecięto mlecz przedłużony, stosować sztuczne oddechanie, to wszystkie narządy jego w dalszym ciągu czynności dokonywują: odnośne gruczoły wydzielają ślinę, glikogen, pepsynę, mięśnie zachowują zdolność kurczenia się odruchowego, układ krwionośny ujawnia dalej swoją sprawność i t. d. Nadto WERTHEIMER wykazał, że niższe ośrodki oddechowe medularne zaczynają z wolna zastępować w czynności ośrodek górny, i że po kilkogodzinnem podtrzymywaniu sztucznego oddechania u tak okaleczonego zwierzęcia

powraca zdolność do oddechania samoistnego *resp.* zdolność do życia osobniczego.

Środkami znieczulającymi w dużych dawkach, jak np. chloralem, można zupełnie zniwieczyć sprawność opuszki *resp.* przerwać oddechanie i jej czynność naczynioruchową; jeśli jednak w przypadkach takich podtrzymywać życie narządów sztucznem oddechaniem, to stwierdzić się daje, że już po kilku godzinach, wraz z wydzielaniem się (eliminacją) z ustroju trucizny, opuszka sprawność swą odzyskuje. Tak więc pomimo niemiernego znaczenia swojego fizjologicznego nie zdaje się ona być absolutnie niezbędną dla życia osobniczego.

Toż samo da się powiedzieć o płucach. Niemal codziennie dokonywane bywają próby insuflacyi płuc — gdzie drogą wprost mechaniczną, bez współudziału elastyczności mięszu ich, udaje się utrzymać hematozę *resp.* życie poszczególnych narządów.

Inaczej jest z sercem. Skoro czynność jego ustaje, ustaje również i obieg krwi, a więc i wszystkie przejawy asymilacyi i dysasymilacyi, *resp.* życie danego narządu czy też tkanki. Ustanie czynności serca niweczy czynność opuszki, przerywa hematozę i wogóle kładzie kres metabolizmowi. Tak więc kres życiu kładzie dopiero ustanie czynności serca — a czynności tej już nieчем zastąpić się nie daje.

Chociaż jednak ustanie czynności serca stanowi najwybitniejszą oznakę śmierci indywidualnej, to jednakże życie poszczególnych tkanek i narządów nie kończy się jeszcze wraz z ostatecznem uderzeniem serca. Życie ich zwolna, stopniowo dopiero wygasa — to też między ostatecznem skurczem sercowym a ostateczną śmiercią wszystkich tkanek istnieje jeszcze pewien okres przejściowy, utajony, w czasie którego wykazać się jeszcze dają w tkankach przejawy czynnościowe. Tem to objaśnia się wydzielanie się śliny za podrażnieniem struny bębenkowej (*chorda tympani*), ruchy robaczkowe kiszek, nie kiedy nawet bardzo silne, już po ustaniu czynności serca, przetwarzanie przez komórkę nerkową bilirubiny w urobilinę (GILBERT), tem też objaśnia się, że mięśnie — jeszcze przez wiele minut po ustaniu czynności serca, zachowują swoją drażliwość i odpowiadają skurczem na podrażnienie prądem elektrycznym; stwierdzono istnienie odruchów po ucięciu głowy (ROBIN,

BARBÉ); wreszcie przypadki porodu po śmierci stanowią znakomity dowód „przeżycia“ narządów.

Metoda sztucznej cyrkulacyi, zapoczątkowana przez LUDWIG'a w r. 1868, pozwoliła wykazać we krwi żyły nerkowej obecność kwasu hipurowego, wyrabianego przez komórkę nerkową na koszt glikolu i kwasu będzwinowego krwi tętnicy nerkowej, w żyłach zaś wątrobowych obecność mocznika, wytwarzanego przez komórkę wątrobową na koszt węglanu ammonowego żyły wrotnej (CYON, van SCHRÖDER).

Z powyższych danych wynika, że podczas pierwszych kilku godzin po nastąpięj jakoby śmierci, *resp.* ustaniu bicia serca, nie jest jeszcze rzeczą niemożliwą drogą sztucznej cyrkulacyi krwi pobudzić niejako do życia każdy poszczególny narząd, a tem samem urzeczywistnić syntezę wszystkich tych żyć poszczególnych, których ogólnym wyrazem jest życie indywidualne. Gdyby więc możliwem było w jakibądź sposób ożywić serce — to wzbudzona znów tą drogą cyrkulacya krwi przywróciłaby życie poszczególnym narządom, *resp.* dany osobnik powróciłby do życia. Ponieważ zaś mięsień sercowy jest bardzo odporny — jak poucza bowiem fizyologia, można przywrócić bicie serca jeszcze w ciągu długiego czasu po ustaniu jego — rzeczą więc jest bardzo naturalną, że lekarze, naśladując fizyologów, starają się w przypadkach śmierci domniemanej drogą oddziaływania wprost na mięsień sercowy przywrócić krążenie krwi, a tem samem niejako wskrzesić życie indywidualne. Zabiegi, cel ten mające na widoku, stanowią właśnie omawiane tu mięsienie (masaż) serca.

Zaznaczywszy pokrótce, że mięsienie serca zapoczątkowane już było celem badań fizjologicznych w r. 1874 (SCHIFF), oraz przytoczywszy wyniki badań takich (u zwierząt) (PRUSS, BOTELLI, ARABIAN, BOURCART i in.), które wykazały, że czynność serca może być przywrócona w ciągu 30 minut, godziny a nawet i więcej po jej ustaniu, że HALLUIN'owi udawało się nawet wywoływać za pośrednictwem mięsienia kurczenie się uszek sercowych (*auriculae*) w 24 godziny po śmierci u psów, uśmiercanych w ten lub ów sposób, a także skurcze (bicie) komór sercowych, dające się wywoływać w okresie od 24 do 42 godzin u dzieci zmarłych tuż po poro-

dzie lub w parę dni po nim — autor notuje tu 17 przypadków, w których mięśnienie serca było stosowane u ludzi *ex re syncope* przy chloroformowaniu. Z 17 owych przypadków w 14, w których stosowany był bezpośredni masaż serca, udawało się w części czynność jego *resp.* zdolność do życia przywrócić, lecz na krótki czas tylko, w części zaś zabieg zostawał zupełnie bez skutku. Tylko 3 z omawianych przypadków, w których mięśnienie dokonywane było pośrednio poprzez przeponę, zakończyły się pomyślnie. Godnem też jest zaznaczenia, że w jednym przypadku w dwie godziny nawet po śmierci, wskutek powieszenia — jeśli nie dało się życia przywrócić, to jednak ruchy serca mięśnieniem tegoż wzbudzić się dały; dowodzi to ważnego faktu, że w dwie godziny po śmierci serce ludzkie zachowało jeszcze swoją pobudzalność, *resp.* że zdolne jest do ożycia. Bądź jak bądź, przypadki powyższe dowodzą, że, jeśli w razach *syncope* w czasie chloroformowania masaż serca nie zawsze uwieńczyć się daje tak pomyślnym skutkiem, jak w 3 wspomnianych powyżej przypadkach (z tych 1 autora), tem nie mniej jednak daje on możliwość na razie uratowania chorego ze stanu *syncope*, a więc względnie, o ile przypadków sam przez się nie jest zbyt ciężki lub nie następuje groźne powikłanie — daje szansę uratowania życia.

Najprostszy sposób mięśnienia serca polega na rytmicznym uciskaniu klatki piersiowej, schodzi się więc on z podtrzymywaniem sztucznego oddechania w przypadkach, w których chory przestał oddychać, lecz w których serce bić jeszcze nie przestało. Zwykle w przypadkach *syncope* chloroformowego tę metodę stosuje się naprzód, i dopiero, kiedy nie daje ona pożądanego skutku, przystępuje się do jednej z trzech innych, jak: bezpośredniego masażu serca, masażu wskroś przeponowego lub wreszcie pod- (przez) przeponowego.

Celem mięśnienia bezpośredniego, podobnie jak i dla leczenia ran serca, rezekuje się w ścianie lewej połowy klatki piersiowej — okienko, otwierające się na zewnątrz i obejmujące w granicach swoich 4-te, 5, 6, a niekiedy nawet 3, 4, 5 żebra. Odsłoniwszy w ten sposób serce, masuje się je albo bezpośrednio po nacięciu worka osierdziowego, albo też poprzez ten ostatni,

gdyż worek zazwyczaj nie stanowi przeszkody dla dokładnego mięśnienia. Sposób ten jednak odsłonięcia serca, dający tak dobre wyniki w leczeniu ran tegoż — ze względu na wyniki mięśnienia jego okazał się zawodnym — boć jeśli nie brać pod uwagę chwilowego lub nawet kilkogodzinnego ożycia serca (w 2 przypadkach), to wszystkie tą metodą traktowane przypadki *syncope* chloroformowego (12) zakończyły się niepomyślnie. Zdaniem autora, wyniki te nie świadczą wcale na niekorzyść mięśnienia, a raczej na niekorzyść metody. Mięśnienie sprzyja opróżnianiu serca z krwi, pobudza je mechanicznie i urzeczywistnia krwiobieg sztuczny w ustroju, *resp.* i w tętnicach wieńcowych. Lecz żeby krew, w ten sposób w bieg wprowadzona, mogła wzniecić pracę mięśnia sercowego (skurcze), musi koniecznie być utleniona — a dlatego przy mięśnieniu serca konieczną jest rzeczą wprowadzać do płuc tlen *resp.* stosować jednocześnie sztuczne oddechanie. Otóż tego ostatniego ze względu na ranę klatki piersiowej dokonywać tu nie można. Proponowane więc tu ze względu na niemożliwość sztucznego oddechania drogą rytmicznego ucisku klatki piersiowej tracheotomia, intubacja, insuflacja płuc — jakimi się z dobrym skutkiem posługują fizyologowie w doświadczeniach swoich na zwierzętach w przypadkach *syncope* podczas chloroformowania, u ludzi okazują się w danej chwili zabiegami trudno lub wcale dla łatwo zrozumiałych powodów niewykonalnymi. Nadto otwarcie klatki piersiowej, po za temi niedogodnościami i poza odmą piersiową czy też osierdziową, budzi też wprost grozę, przeraża — w przypadkach *syncope*.

Metoda wskrośprzeponowa — po dokonanej laparotomii rozszczepia się palcami wprowadzonej ręki włókna przepony i tą drogą dostaje się do serca — zapoczątkowana przez Poirrier'a, stosowana była dwa razy bez pożądanego skutku; dla wyrokowania więc o niej konieczne są jeszcze dalsze badania. Bądź jak bądź, ma ona wyższość nad poprzednią ze względu na to, że podczas masażu nie przeszkadza dokonywaniu sztucznego oddechania, że jest łatwa, szybko dająca się zastosować, zwłaszcza w przypadkach *syncope* podczas laparotomii. Niedogodną jednak okazuje się poniekąd z tego względu, że wraz „z ożyciem“ chorego nasuwają się

tu pewne trudności co do zaszcucia przepony, a zwłaszcza osierdzia.

Wszystkich owych niedogodności i stron ujemnych unika się przy stosowaniu trzeciej metody — masażu podprzeponowego. Zapoczątkował ją STARLING, następnie stosował COHEN, aczkolwiek co do powzięcia pierwszej co do niej idei, roszczę są sobie pretensye BOURCART i WERTHEIMER. Autor, nie wiedząc nic jeszcze o niej, sam wpadł na myśl posłużenia się tym sposobem w przypadku *syncope* podczas chloroformowania przy operacji (*cholelithiasis*). Zdaje się, że metodzie tej pięknie należy rokować nadzieje, jak dotąd bowiem przynajmniej wszystkie trzy z owych 17 przypadków, w których stosowana ona była, zakończyły się pomyślnie. Nadto HALLUIN i BOURCART w doświadczeniach swoich na zwierzętach skuteczność jej wykazali w przypadkach, w których po zatruciu chloroformem wszelkie ruchy oddechowe i sercowe ustaly.

Technika jest łatwa. Robi się laparotomię środkową nadpępkową (o ile, rozumie się, sama operacja dokonywana nie jest już połączona z uprzednią laparotomią), odgarnia się lewy płat wątroby na prawo, żołądek na lewo i doprowadza się rękę aż pod sklepienie przepony. Ponieważ jednak ta w stanie *syncope* osobnika traci swe napięcie i przedstawia się jako zupełnie wiotka, łatwo podatna tkanka, która na palce naciskające układa się niby rękawiczka, przeto łatwo temiż koniec serca i całą jego część komorową pochwycić pomiędzy palec wielki od przodu a pozostałe od tyłu — i część uchwyconą ugniatać rytmicznie. Można również mięsienie takie uskuteczniać, wsuwając całą rękę poza tylną powierzchnię serca i naciskając je ku tylnej powierzchni mostka. Pierwszy jednak sposób zdaje się być skuteczniejszym.

Aczkolwiek ciśnienie krwi przy tem sposobie mniej energicznie się wzmacnia, aniżeli przy metodzie bezpośredniego mięsienia serca, to jednak różnica pod tym względem — jak wykazują badania d'HALLUIN'a kimografem, jest nieznaczna; nadto zaletą tej metody jest, że można przy niej jednocześnie stosować bez żadnej przeszkody oddechanie sztuczne drogą rytmicznego ucisku klatki piersiowej, i że w skutkach okazała się ona tak pomyślną, a w zastosowaniu o wiele mniej brutalną od bezpośredniego masa-

żu serca. Wszystko to są zalety, które — zdaniem autora — powinny zapewnić szerokie jej stosowanie w przypadkach *syncope* przy chloroformowaniu.

(Archives gener. de Medecine. N. 36. 1905 r.).

F. Gr.

5. BOINET. Gruźlica starcza, jej częstość i niebezpieczeństwo, jakim zagraża.

Wbrew utartemu niejako mniemaniu, że po 45-ym lub 50-ym roku życia dla danego osobnika staje się niejako sprawą obojętną, czy jest, czy też nie jest on tuberkulikiem (Fonssagrives), fakty mówią, że rzecz ma się wręcz przeciwnie. To też w ciągu ostatnich lat trzech autor robił 36 oględzin pośmiertnych tuberkulików w wieku powyżej lat 50, zmarłych w owym okresie czasu jedynie tylko w oddziale jego w szpitalu Hôtel-Dieu. Wielu z osobników takich nędza i gruźlica czynią w wieku tym już rzeczywistymi starcami, nadto wielu ze starców, których cierpienie mylnie rozpoznano, jako względnie nieszkodliwy chroniczny nieżyt oskrzelowy, w istocie rzeczy okazało się tuberkulikami, których płwocina, zawierająca laseczniczki gruźlicze, tem łatwiej przyczynia się do szerzenia zakażenia, że zazwyczaj nie ocenia się należycie właściwego jej charakteru i że z tego względu uważa się ją za nieszkodliwą.

Gruźlica starcza przybiera najczęściej postać, że tak rzec, drętwą i bywa maskowana rozedmą, marskością płuc, nieżytem oskrzelowym; wykazać się daje bądź to na zasadzie niezbyt wyraźnych objawów wysłuchowych, bądź też innych, wogóle w gruźlicy starczej łagodniej się zarysowujących (gorączka nie częsta, niezbyt wysoka, krwioplucia nie częste i nieobfite, kaszel wilgotny, niekiedy z obfitą płwociną, chudnienie, brak apetytu).

Gruźlica starcza płuc w klasycznej swej postaci przedstawia się jako *phthisis fibrosa*, znamionuje się więc sklerozą tkanki płucnej — nadto spostrzegać się tu dają złogi serowato-wapienne, jamy, bądź to próżne, bądź to zabliźnione, o ścianach twardych, włóknistych, wogóle zmiany właściwe zwyrodnieniu sklerotycznemu i przemianom serowato-wapiennym, powikłanym często rozedmą płuc i rozstrzenią oskrzeli. Gruźlica starcza najczęściej stanowi niejako przebudzenie się sprawy gruźliczej już dawniej (w wieku młodszym) istniejącej, lecz może ona

też pojawiać się samoistnie, okazując przytem dążność do wytwarzania jam lub przybierając charakter sprawy o bardzo szybkim przebiegu (*phthisis galopante*) lub postać prosówkową (*t. miliaris*).

Z kazuistyki (ogłędzin pośmiertnych) tu przytoczonej, autor do kategorii gruźlicy starczej typu sklerotycznego zalicza przypadków 7 (3 przypadki po lat 56, 1 lat 59, 2 po lat 62); do kategorii postaci jamowej przypadków 14 (2 przypadki po lat 51, 1 lat 52, 1 lat 55, 3 po lat 56, 1 lat 59, 2 po lat 60, 1 lat 63, 1 lat 65, 1 lat 68, 1 lat 69). Wreszcie do kategorii gruźlicy, starczej o postaci ostrej zalicza przypadków 15 (3 przypadki po lat 50, 1 lat 51, 1 lat 52, 2 po lat 53, 3 po lat 54, 2 po lat 56, 1 lat 57, 1 lat 67 i 1 lat 73).

W myśl nagłówka pracy omawianej zwraca tu autor uwagę, że 1) wielu starczych tuberkulików, których stan zdrowia pod wpływem odpowiedniego leczenia w szpitalu się poprawił, po powrocie do domu staje się rozsądnymi zakażeniami gruźliczego śród swej rodziny lub też śród osób, z którymi zamieszkują; 2) że szczerą postaci *phthisis fibrosae* w oddziale była rzadkością, a zazwyczaj łączyła się ze zmianami gruźliczemi innego typu i później powstałymi, jak z ogniskami rozmiękczenia serowatego, świeżo powstałymi jamami, młodymi gruzelkami i t. d., 3) że niebezpieczeństwo, zagrażające ze strony przeniesienia zakażenia za pośrednictwem płwociny, zwiększa się w gruźlicy starczej ze względu na pewne trudności przy rozpoznawaniu sprawy gruźliczej starczej od przewlekłego nieżyty oskrzeli, rozstrzeni oskrzelowej, rozedmy płuc, sklerozy płuc zwyczajnej lub wikłającej się zaburzeniami ze strony serca, zawałem (*infarctus*) krwotocznym płuc, resp. krwiopluciem.

O ile Boinet sądzić może z obserwowanych przez się przypadków, krwioplucie w gruźlicy starczej zdarza się rzadko i bywa mało obfite. Wyjątki jednak pod tym względem się zdarzają, tak np. u jednego takiego chorego, lat 61 letniego, krwioplucie, które po raz pierwszy się pokazało, gdy tenże liczył lat 20 — po dziś dzień rok rocznie się powtarza. Takżę przypadek obfitego krwioplucia autor notuje u 56-letniej kobiety, która zmarła na ostro przebiegającą gruźlicę (suchoty galopujące) płuc.

Barie zaś wprost kładzie nacisk na częstotę krwioplucia w gruźlicy u starców, a nawet opisuje oddzielną krwotoczną postać gruźlicy starczej. Trzeba się tu jednak wystrzegać pomyłek ze względu na raka płuc a także ze względu na objawy ze strony oskrzeli, zależne od cierpienia (niedostateczności) nerek. Nadto nie należy też zapominać, że niektóre ostre, zwłaszcza o nader szybkim przebiegu (*phthisis galopantes*) postaci gruźlicy u ludzi starych, pod względem przebiegu klinicznego naśladują nieraz gorączkę tyfusową, zapalenie opłucny, płuc, i t. p.

W razach wątpliwych należy się doszukiwać w płwocinie lasecznika Koch'a, którego obecność usunie wątpliwości i zarazem — po wskazaniach leczniczych — ważne da wskazówki co do ochrony otaczających od zakażenia. (Archives gener. de Medecine. N. 37. 1905 r.).

F. Gr.

6. J. FEJÉR. O obustronnym wylewie krwawym do ciała szklatego.

Autor podaje opis przypadku obustronnego krwotoku do ciała szklatego, ciekawego z kilku względów. Na zasadzie braku wszelkiej miejscowej przyczyny, jednoczesnego wystąpienia choroby w obu oczach, na zasadzie przypuszczanego, ale nie dowiedzonego istnienia w anamnezie przymiotu, autor zalicza przypadek ten do grupy powracających krwotoków, pomimo, że chory ma już 33 lata. Wiadomo, że nawrotne krwotoki do ciała szklatego występują prawie zawsze między 15 a 20 rokiem życia. Charakterystyczną cechą w przebiegu tej choroby jest częsta recydywa krwotoków i ztąd bardzo złe rokowanie *quo ad visum*. Zazwyczaj zdarzają się one u ludzi skądinąd zupełnie zdrowych. Za czynnik jedynie sprzyjający uważają choroby ogólne, które powodują znaczne zmiany w ścianach naczyń, czego następstwem bywają wynaczynienia. Do chorób tych, oprócz wyżej wspomnianego przymiotu, zaliczyć należy *anaemiam perniciosam*, *malaciam* i *tuberkulozę*. Rozmaite zaburzenia w obiegu krwi również się przyczyniają do krwotoków do ciała szklatego.

Rozpoczyna się zwykle choroba od krwotoku do siatkówki, później dopiero występujące krwotoki w ciele szklistem ulegają bardzo wolno wessaniu. Często też przed wessaniem po-

jawia się nowy krwotok, który doprowadza do zupełnej ślepoty.

Chory, który u autora szukał pomocy, był to silnie zbudowany majtek 33-letni. Skarży się na duże upośledzenie wzroku od kilku tygodni. Badanie ogólne nie daje żadnej wskazówki. Serce i płuca zupełnie normalne. Analiza moczu nie wykazuje żadnej nieprawidłowości. Przed 8 laty chory brał wcierania z powodu jakiejś choroby w jamie ustnej. Dokładnych szczegółów chory nie podaje. Przemawiałoby to za przymiotem. Lecz podczas pobytu obecnego w szpitalu autor znalazł u chorego wżgięciukolanowem i na szyi kilka powiększonych gruczołów limfatycznych w stanie zapalnym, które próbował leczyć wcieraniami, ale bezskutecznie. Śladów na ciele nie ma.

Badanie oczu wykazuje obustronne duże, nieprzezroczyste, wolno pływające męty w ciele szklistem. V = chory widzi ruchy ręki w odległości jednej stopy. Projekcyja w obu oczach prawidłowa. Stan pomimo bardzo starannego leczenia nie poprawiał się. W oku lewem ponawiały się krwotoki kilka razy. Z początku robił autor zastrzykiwania podłacznicowe z 2% roztworu soli kuchennej. Po 9 iniekcjach, które nie dały żadnego wyniku, chory otrzymał duże dawki jodu i 90 grm. rtęci, ale również bez pożytku. I stara metoda, polegająca na wstrzykiwaniu pilokarpiny, nie wiele pomogła. Wobec tego porzucił autor leczenie miejscowe i zalecił głównie kurację pokrzepiającą, między innemi brał chory przez długi czas syrop Fellowi.

Autor wspomina w swoim artykule o pracy FRIEDENWALD'a i FEHR'a a także SCHEFFEL'a i PRESSEL'a. Pierwszy z nich konstatował w takich przypadkach *perivasculitis*, drugi za pomocą badań mikroskopowych wykazał zwyrodnienie szkliste w naczyniach siatkówki. Dwaj ostatni uważają *lues hereditaria* za główny moment etiologiczny.

(Centralbl. für pr. Aug. 1905. N. 1).

F.

7. BRIEGER. Hidroterapia w chorobach żołądka.

Według dzisiejszych pojęć główną rolę w leczeniu chorób żołądka odgrywa dyetetyka, podczas kiedy wodolecznictwo, które w wielu

przypadkach pozwoliłoby pominąć w leczeniu dyetę lub tak niemiłe dla pacjenta zgłębnikowanie, nie zyskało sobie dotąd należnego uznania — temi słowy rozpoczyna autor swój artykuł.

Procedury hidroterapeutyczne dzielą się na: ogólne i miejscowe. We wszystkich niezbędne jest ściśle dozowanie oraz zapobieganie poważniejszej utracie ciepła ze względu na notoryczną nadwrażliwość osób, dotkniętych chorobami narządów trawienia.

Ogólne zabiegi, a mianowicie nacierania, krótkie półkąpiele, natryski, zawijania, stosuje się w przypadkach, gdzie:

1) choroba żołądka jest wtórnym objawem neurastenii;

2) gdzie cierpienie żołądka jest pierwotne, pociąga jednak za sobą tak niesłychanie w tych przypadkach częstą depresję i rozdrażnienie (zabiegi wodolecznicze nie tylko zwalczają te ostatnie, lecz pobudzają sekrecję i sprawność ruchową;

3) dla zwalczania objawów ściśle lokalnych, jak np. przypadki sokotoku okresowego z wymiotami i boleściami.

Że ogólne zabiegi wpływają bezpośrednio na żołądek, dowiódł tego PRINZOLDT, który zdołał wykazać, że pływanie w zimnej wodzie powoduje dłuższe pozostawanie pokarmów w żołądku, późniejsze występowanie odczynu na kwas solny oraz późniejsze znikanie tegoż; całkowite ciepłe kąpiele mają działać wręcz odwrotnie. Tyle co do ogólnych procedur.

Większe jeszcze znaczenie mają zabiegi miejscowe. Zbawienne działanie kompresów, termoforów, kataplazmów, wilgotnych zawijań gorących zbyt jest znane, aby warto było o niem wspominać. Bezwarunkowo niedoceniony i nie dość znany jest, zdaniem autora, zabieg WINTERNITZ'a. Polega on na następującem: tułów chorego owija się wilgotnem płótnem, pomiędzy płótno wkłada się zwiniętą na kształt ślimaka rurkę gumową, przez którą się przepuszcza gorącą wodę. Znakomite jest działanie tego sposobu przy bólach żołądkowych, pochodzących z okrągłego wrzodu. W razie krwotoków bierze się zamiast rurki płaską butelkę, przez którą przepływa zimna woda. Ten ostatni sposób ma przewagę nad okładami z lodu,

albowiem, oziębiając powoli wodę, unika się wstrząsu.

Tę samą metodę stosuje WINTERNITZ i cała jego szkoła w przypadkach wymiotów nerwowego pochodzenia, *hyperemesis gravidarum*, *anorexia phthisicorum*, gastralgiach i t. d.

Z innych lokalnych zabiegów wylicza autor wprowadzanie kawałków lodu do odbytnicy przy świeżych krwotokach z okrągłego wrzodu (WINTERNITZ), zimną stałą ławatywą oraz zimne okłady płócienne z suchem zawijaniem dla łagodzenia bólów (PRIESSNITZ) — te ostatnie mogą być suche tylko wtedy, kiedy mają działać pobudzająco.

Dalej mówi autor o wachlarzowatych przyszniciach na okolicę żołądka w przypadkach atonii i przewlekłego nieżytu i o kąpielach nasiadowych w celu oddziaływania na kiszkę. Wreszcie systematyczne picie zimnych wód zdro-

jowych ma pobudzać wydzielanie się soku, żółci oraz perystaltykę, ciepłych zaś i gorących — zwalczać nadkwaśność.

Ciekawe jest, że teoretyczne podstawy dla tych zabiegów, z wyjątkiem kilku hipotez, nie istnieją wcale. Na drodze doświadczalnej stwierdzono jakoby, że pod działaniem ciepła wcześniej występuje reakcja kwaśna i żywsza jest perystaltyka, o czym świadczy szybkie opróżnienie żołądka.

Co do tego ostatniego uważa MATHES, że przyczyny wczesnego opróżnienia żołądka należy szukać w żywszem przerabianiu zawartości na miazgę drogą wzmożenia nie ruchowej, lecz wydzielniczej czynności żołądka.

(Berl. kl. Woch. 30 paźdz. jubileuszowy numer EWALD'a)

St. Org.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu wydziału dn. 11. V. 1905 r. wobec krążących pogłosek o projektowanych dla Królestwa ziemstwach, wyłącznie jakoby tylko gubernialnych, z pominięciem ziemstw powiatowych i z kuryalnym systemem wyborczym (kurya wielkiej własności ponad 10 włók, kurya małej własności poniżej 10 włók, kurya miejska i kurya robotnicza), powrócono raz jeszcze do rozpraw nad tymi punktami.

Pominięcie ziemstw powiatowych byłoby 1) usunięciem z samorządu Królestwa tego, co stanowi istotę samorządu. Wyższość samorządu nad centralizacją właśnie polega na tem, że ludzie miejscowi znają najlepiej potrzeby miejscowe; że, odczuwając je osobiście, bio-

rają je daleko goręcej do serca, i że dzięki temu potrafią wyszukać środki zaradcze tam nawet, gdzie administracja byłaby w położeniu bez wyjścia. Wszystkie te względy istnieją w ziemstwach powiatowych, a w gubernialnych już znikają.

2) Zaniechanie rad ziemskich powiatowych usunęłoby mnóstwo ludzi od zajęcia się sprawami ogólnymi, i to ludzi z warstw świeżych, wnoszących z sobą ciaśniejszy może horyzont widzenia, ale za to głęboką znajomość życia praktycznego. Ziemstwo gubernialne to daleko mniejsza garstka ludzi dawnego typu o szerszym horyzoncie myślowym, ale za to powierzchowniej obeznanych ze sprawami miejscowymi. Ten sam człowiek, który w ziemstwie powiatowym

byłby nieocenioną siłą, w gubernialnem — gdyby się tam dostał, stałby się balastem.

3) Przy wyborach do rady powiatowej każdy wyborca głosowałby na ludzi dobrze sobie znanych, czego oczywiście nie byłoby w razie istnienia samych tylko ziemstw gubernialnych.

4) Ziemstwa powiatowe konieczne są, jeżeli ludność ma się solidaryzować z nałożonymi podatkami i zamierzonymi zakładami. Decyzje ziemstw gubernialnych w tym względzie miałyby charakter jakby zzewnątrz narzucony, obcy i mniej przychylnie byłyby przez ludność przyjmowane.

5) 10 ziemstw gubernialnych na całe Królestwo dawałoby daleko mniej punktów zetknięcia z samorządem miejskim, niż znacznie większa liczba ziemstw powiatowych. Tymczasem jaknajwiększa liczba punktów zetknięcia obu samorządów konieczna jest dla prawidłowego ułożenia stosunków i rozgraniczenia sfer ich działalności.

6) W razie utworzenia tylko ziemstw gubernialnych w Królestwie, mielibyśmy na 10 instytucyj samorządnych — tyleż instytucyj, hamujących ich działalność w postaci urzędów gubernialnych do spraw ziemskich i miejskich. Jak na początkujący samorząd, byłby to stosunek może zbyt uciążliwy.

Przytoczone motywy dostatecznie dowodzą konieczności ziemstw jedno- lub dwupowiatowych w Królestwie.

P. radca Dzierzbicki, potępiając także samorząd, pozbawiony ziemstw powiatowych, sądzi jednak, że i ziemstwa gubernialne są potrzebne. Należałoby zmniejszyć liczbę i powiatów i gubernii, których obecnie Królestwo ma nad potrzebę. Zamiast centralnego ziemstwa krajowego, o ile to nie miałyby władzy prawodawczej, p. Dz. wołałby zjazdy ziemskie obwodowe na wzór tych, o które dopominają się ziemstwa rosyjskie.

Co się tyczy kurji wyborczych, to w Królestwie prócz przytoczonych już poprzednio względów przemawia przeciwko nim daleko większa w porównaniu z Cesarstwem zmienność stosunków zarówno wiejskich, jak i miejskich. Stosunek małej własności do wielkiej może się pod wpływem parcelacji zupełnie zmienić w

bardzo krótkim czasie w danej okolicy. Wskutek założenia jakiejś fabryki miejscowość czysto wiejska przeistacza się w osadę fabryczną — czasem w wielkie ognisko przemysłowe (Zagłębie Dąbrowskie).

Istnienie kurji wyborczych ze stałym ustosunkowaniem głosów staje się w tych warunkach niemożliwem, wymagałoby zbyt częstych zmian Kurje wyborcze miałyby i tę stronę ujemną, że dawałyby pole do niechęci i walk klasowych.

Z powodu kurji wyborczych wrócono raz jeszcze do cenzusu wyborczego. PP. radca DZIERZBICKI, adw. SULIGOWSKI, d-r POLAK przemawiali za potrzebą u nas jakiegoś cenzusu bodajby wykształceniowego. Dzisiaj możnaby się jeszcze obawiać u nas, by w ziemstwie nie zdobyły przewagi żywioły ciemne, nazbyt oszczędne, niechętne wszelkiemu postępowi, połączone mu z nakładami. Warstwom inteligentniejszym, bądź co bądź, należy zapewnić pewne znaczenie. Głosowanie powszechne nie byłoby nawet sprawiedliwe — gdyż ci, co nic nie mają, rozporządzaliby majątkiem posiadających.

Za powszechnem prawem wyborczem przemawiali pp. ŁYPACEWICZ, MĘCZKOWSKI, WERNIC, przewodniczący i inni. Wszak istnieje ono już w innych krajach bez owych skutków ujemnych. W Galicyi istotnie z początku wybory wprowadziły do samorządu ciemne żywioły ludowe pod hasłem: „lisy i pasowyrka”, ale to wkrótce minęło. U nas w ciągu 40 lat ostatnich lud zdążył się już wykształcić i przekonać o konieczności inteligentniejszych przedstawicieli. Lud zawsze będzie wybierał tych, którzy dbają o jego dobro. Analfabeci właśnie najgoręcej zajmą się usunięciem analfabetyzmu. Najbiedniejsi płacą stosunkowo więcej nawet podatków, niż zamożniejsi.

Kompetencja ziemstw w Królestwie powinnyby objąć wiele spraw, których Cesarstwo jeszcze nie zna, albo które tam nie są tak palącemi. Taką np. jest u nas wychodźstwo za pracę: dla naszych wychodźców konieczna jest rozumna pomoc i opieka przez cały czas ich wędrówki od umowy z agentami i przekradania się przez granicę aż do powrotu do kraju. Konieczne jest u nas szerzej pomyślane pośrednictwo w stręczeniu pracy, pomoc przy parcelacji

i komasacyi gruntów, rozszerzenie i ześrodkowanie wzajemnych ubezpieczeń.

Ze względu na zastraszający upadek oświaty w Królestwie, samorząd u nas winien mieć na tem polu jaknajszerszą swobodę działania. Między innemi powinienby on przejąć sprawy i instytucje, powstałe przy kuratoryach trzeźwości. Inną bolączką Królestwa stanowią sprawy drogowe, lądowe i wodne, niekorzystne taryfy kolejowe; i w tem pożądane są dla przyszłych ziemstw jaknajszersze atrybucje. Z palących potrzeb naszych możnaby przytoczyć jeszcze policyę wiejską i miejską. Obok tego wszystkiego ziemstwa u nas powinny mieć możność powoływania do życia i zespolenia stowarzyszeń, pożądanych dla kraju: tworzenie np. towarzystw higienicznych, dobroczynnych, straży ogniowych — ułatwiałoby niezmiernie działalność ziemstw i zapewniało wielkie oszczędności.

Na posiedzeniu wydziału dn. 17. V 1905 omawiano przede wszystkim stosunek samorządu ziemskiego do miejskiego. Jeden i drugi mają mnóstwo spraw wspólnych. Z każdej np. nowej drogi będą korzystały nie tylko wsie, ale i miasta, które nawet będą bardziej zainteresowane jej kierunkiem. Przy wyborze miejsca pod jakąś nową instytucję ziemską wchodzić będzie w grę i interes miast, ubiegających się o jej posiadanie. Każdy nowy szpital będzie służył i ziemstwom i miastom. Istniejące już zakłady dobroczynne trzeba będzie rozdzielić pomiędzy ziemstwa i miasta. Wkrótce wypłyne sprawa szpitali i zakładów dobroczynnych wyznaniowych (żydowskich). Wszystkie te przykłady wskazują na konieczność u nas jaknajliczniejszych punktów zetknięcia ze sobą samorządów ziemskiego i miejskiego. Oczywiście byłoby to możliwe tylko przy zachowaniu ziemstw powiatowych. Przykłady powyższe dowodzą również i konieczności udziału przedstawicieli miast w centralnem ziemstwie krajowem, gdzie najłatwiej dałoby się ułożyć rozgraniczenie sfer działalności jednego i drugiego samorządu, słuszny rozkład ich praw i obowiązków, udział w nakładach na zamierzone przedsięwzięcia.

O stosunku ziemstw do władz administracyjnych mówiono mało. Pożądana jest jaknajszersza autonomia ziemstw. Konieczne jest określenie pewnego *minimum* obowiązków ziemstw, dyrektywa i nadzór nad ich wykonaniem (zwłaszcza w sprawach sanitarno-lekarskich); wszystko to jednak powinno wychodzić z Warszawy, a nie z Petersburga. Pożądane jest jaknajzgodniejsze spółdziałanie władz samorządnych i administracyjnych. Wskazywano, jakie np. zachodzą trudności w rozgraniczaniu obowiązków lekarza powiatowego a lekarzy ziemskich, ile złego pociąga za sobą dla spraw sanitarnych i policyjno-lekarskich taka dwoistość urzędników lekarskich. Wspomniano o konieczności istnienia w Warszawie naczelnego organu do spraw lekarskich, szpitalnych, sanitarnych i policyjno-lekarskich — Urzędu Zdrowia.

Przy odczytywaniu wniosków wydziału w sprawie samorządu ziemskiego gorąco obstawano za tem, by ważniejsze sprawy w gminie mogły być rozstrzygane przez zebranie gminne, a nie przez samą tylko radę gminną (d-r POLAK, JAWORSKI, WERNIC.)

Wnioski uchwalono następujące.¹⁾

1) Przy wprowadzaniu do Królestwa Polskiego samorządu ziemskiego konieczne jest przystosowanie go do warunków miejscowych. Wypowiedzenie przez społeczeństwo swych pragnień w tym względzie leży zarówno w interesie społeczeństwa, jak i przyszłej reformy ziemstw, których ustawa musi się przystosować do zupełnie odmiennych warunków przyrodzonych i społecznych, panujących w różnych prowincjach państwa Rosyjskiego.

2) Samorząd ziemski bez ograniczeń, oparty na wyborach, z językiem obradowym polskim, byłby potężnym środkiem do poprawy dzisiejszego opłakanego stanu Królestwa Polskiego pod względem higieniczno-sanitarnym.

3) Konieczne jest utrzymanie w Królestwie Polskiem dzisiejszej gminy terytoryalnej wszechstanowej, wszakże po usunięciu obecnych jej wadliwości. A więc: po przywróceniu gminie praw, nadanych jej ustawą z r. 1864, po

¹⁾ Rada Tow. Hig. zaakceptowała uchwały na posiedz. d. 20 maja 1905 r.

usunięciu nadmiernej zależności gminy i wójta od władz administracyjnych, po zmianie systemu podatkowego gminnego, dotyczącego dziś wyłącznie ziemi, po dopuszczeniu do gminy inteligencji bezrolnej, po utworzeniu wybieranych na zgromadzeniu gminnym: rady gminnej i zarządu gminy, złożonego z wójta i pełnomocników.

4) Celem zapewnienia czynnościom poszczególnych jednostek samorządnych w Królestwie Polskim jednolitości, ciągłości i określonego planu tudzież celem osiągnięcia możliwej oszczędności w ich nakładach, konieczne jest utworzenie centralnego ziemstwa krajowego, mającego charakter zwierzchniczy i kierowniczy względem jednostek samorządnych niższych oraz zdolność wydawania obowiązujących przepisów i instrukcji.

5) Wobec bardzo małej rozległości powiatów i gubernii Królestwa w porównaniu z powiatami i guberniami Cesarstwa i wobec konieczności dążenia do tego, aby koszty samorządu w Królestwie nie przewyższyły jego siły płatniczej, możliwe byłoby zmniejszenie liczby pośrednich jednostek samorządnych pomiędzy gminami a centralnem ziemstwem krajowem, t. j. ziemstw powiatowych i gubernialnych. W wielu okolicach Królestwa, stojących gorzej pod względem kultury i gęstości zaludnienia, możnaby łączyć po dwa, a może nawet i po trzy powiaty w jedno ziemstwo. Ziemstwa gubernialne, jako mniej nieodzowne dla zaspakajania potrzeb miejscowych przez siły miejscowe, możnaby nawet całkiem usunąć z samorządu ziemskiego Królestwa, pozostawiając w ten sposób w niem 1288 jednostek samorządnych gminnych, około 50 ziemstw jedno- i więcej powiatowych i jedno centralne ziemstwo krajowe.

6) W Królestwie pożądanę jest tajne powszechne prawo wyborcze, czynne i bierne, do rad gminnych i powiatowych. O żadnych ograniczeniach stanowych lub wyznaniowych nie może być mowy. Wprowadzanie kuryi wyborczych, jako budzące niechęci i walki klasowe, byłoby szkodliwe. W razie konieczności jakiegoś tymczasowego cenzusu wyborczego — od cenzusu wykształcenia byłby pożądanjszy najniższy cenzus podatkowy, połączony z opodatkowaniem

pogłównem ludności na potrzeby gminne, szkolne, drogowe lub inne.

Do ziemstwa centralnego pożądanę są wybory z łona rad ziemskich powiatowych.

7) Pożądanę jest w Królestwie rozszerzenie kompetencji ziemstw w zakresie potrzeb miejscowych najbardziej palących i najbardziej zaniedbanych. A więc szerokie uwzględnienie potrzeb Królestwa w zakresie spraw szkolnych, drogowych w najszerszym znaczeniu tego słowa, ogniowych, wzajemnych ubezpieczeń, w zakresie wychodźstwa zagranicę, pośrednictwa w stręczeniu pracy, parcelacji i komasacji gruntów, w zakresie policyi wiejskiej i miejskiej, w udzielaniu inicjatywy i poparcia w sprawach społecznych.

Pożądanę jest przejęcie przez jednostki samorządne instytucji, powstałych przy kuratoriach trzeźwości.

8) Konieczna jest jaknajwiększa liczba punktów zetknięcia pomiędzy jednostkami samorządными ziemskimi a miejskimi, a to celem sprawiedliwszego rozdziału praw i obowiązków we wspólnych sprawach oraz skutecznego zaspakajania wspólnych potrzeb. Konieczny jest w centralnem ziemstwie krajowem udział przedstawicieli samorządów miejskich w liczbie, odpowiadającej zaludnieniu miast.

9) Pożądanę jest jaknajszersze wyzwole nie ziemstw z pod wpływów hamujących administracyjnych i zapewnienie jaknajbardziej harmonijnego współdziałania władz samorządnych i administracyjnych.

10) Pod względem sanitarno-lekarskim byłoby naszym ziemstwom do polecenia:

a) wysunąć na pierwszy plan higienę szkolną — zaspokoić potrzeby kraju pod względem liczby i jakości budynków szkolnych;

b) narówni z działalnością lekarską dbać o zapobieganie chorobom, o utworzenie obwodów i komitetów sanitarnych o odpowiednią dla Królestwa ustawę budowlaną, o dobrą wodę, osuszanie bagien, szczepienie ospy, umiejętną pomoc położniczą.

Co się zaś tyczy działalności lekarskiej, to:

c) zrezygnować z zapewniania bezpłatnej lub taniej pomocy lekarskiej dla całej ludności, ograniczając ją tylko do ubogich,

d) wysunąć, na pierwszy plan poprawę stanu szpitali, zakładanie nowych, otworzenie potrzebnej liczby specjalnych szpitali i oddziałów, uwolnienie szpitali od balastu nieuleczalnych i starców.

e) zastosować system posterunków lekarskich osiadłych, a nie rozjazdowych, zakładać

punkty pomocy ambulatoryjnej tylko w miejscu zamieszkania lekarza, zapewniać lekarzom ziemskim od ziemstwa tylko część ich utrzymania, starać się zapewnić ludności możliwość wyboru lekarza;

f) dążyć do zastąpienia felerów lekarzami i sanitaryuszami.

Wiadomości bieżące.

— Zaczęli już powracać z Dalekiego Wschodu nasi lekarze. Wielu z nich poszukuje pracy. Natomiast wiele miast, osad, fabryk i t. p. pozbawione jest dziś lekarzy. Dla ułatwienia wzajemnego porozumienia kancelarya Towarzystwa Higienicznego (Krak. Przedm. 66, otwarta od 10½ do 3 we wszystkie dni powszednie) przyjmuje adresy zarówno miast i instytucji, potrzebujących lekarzy, jak i lekarzy, poszukujących pracy. Pożądane są od miast i instytucji: oznaczenie wysokości pensji i stałych dochodów; wiadomość, czy lekarze będą korzystali z bezpłatnego mieszkania, opału, światła; podanie odległości od najbliższej stacji kolejowej i najbliższych lekarzy; nazwisko poprzedniego lekarza; liczba recept, wydawanych rocznie przez miejscową aptekę. Od lekarzy pożądane są wiadomości: w którym roku i uniwersy-

tecie ukończył nauki lekarskie; gdzie i w jakiej specjalności poprzednio pracował; czy jest żonaty, czy też bezżenny (ze względu na mieszkanie.)

Uprasza się inne pisma o powtórzenie tego zawiadomienia.

— ZMARLI. W dniu 17 b. m. zmarł w Warszawie d-r Józef STRZESZEWSKI w 46 roku życia. Urodził się w gub. Płockiej, gimnazjum ukończył w Warszawie, wydział zaś lekarski tutejszy w r. 1883. Będąc studentem napisał rozprawę „O wartości odżywezej roślin strączkowych“, za którą otrzymał medal złoty. W czasie asystenty swej w klinice ś. p. prof. LAMBLA w szpit. św. Ducha w Warszawie napisał monografię „O zwapnieniu osierdzia“. Pokój Jego pamięci!

Od Redakcyi.

Posiedzenie ogólne członków-współwłaścicieli wydawnictwa „Medycyna“ odbędzie się w 2-im terminie (prawomocne niezależnie od liczby członków obecnych) dnia 29 stycznia r. b. o godzinie 8-iej wieczorem w lokalu posiedzeń redakcyjnych (Zakład leczniczy d-ra Guranowskiego Nowy-Świat 41).

PORZĄDEK DZIENNY.

- 1) Odczytanie protokołu ostatniego posiedzenia.
- 2) Projekt budżetu na rok 1906.
- 3) Wybór przewodniczącego na posiedzeniach redakcyjnych.
- 4) Sprawozdanie skarbnika i sprawa wkładów zaległych.

Do numeru dzisiejszego dołącza się tablicę do pracy d-ra GROSLIKA, ukończonej w N. 2 „Medycyny“.