

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYCZYNEK do statystyki chorych na raka.

Napisał

Mikołaj Rejchman.

Ogłoszone w ostatnich latach dane statystyczne, zebrane przez różnych badaczy w rozmaitych krajach, przemawiają za tem, że choroba, rakiem zwana, wydarza się u ludzi coraz częściej i że ulega jej z każdym rokiem coraz więcej osób młodszych, mniej niż 40 lat wieku liczących. Na wzrost liczby osób, chorych na raka, ma zwłaszcza wpływać zwiększenie się liczby osób, dotkniętych rakiem narządu trawienia. Wielu jednakże autorów mniema, że liczba chorych na raka narządu trawienia w rzeczywistości w ostatnich czasach nie zwiększyła się, że jest to wzrost tylko pozorny, zależny od udoskonalenia metod rozpoznawczych, że przeto wzrosła nie liczba chorych na raka narządu trawienia, lecz liczba rozpoznanych, jako rak, przypadków.

W trudnej tej do rozstrzygnięcia sprawie pozwalam sobie tutaj głos zabrać, ponieważ mogę przedstawić statystykę z dość względnie dużego okresu czasu, mianowicie z ostatnich lat dwudziestu i ponieważ przez ten cały okres czasu, od pierwszego do ostatniego roku, zawsze posiłkowałem się do rozpoznania raka narządu trawienia metodami, o ile możności, dokładnemi.

Zaznaczyć tutaj musimy, że wogóle ułożenie dokładnej statystyki chorych na raka należy do zadań bardzo trudnych, a nawet, jak obecnie, do niemożliwych.

Najdokładniejszą statystykę możnaby zestawić w szpitalach z przypadków, w których rozpoznanie stwierdzone zostało albo podczas operacji, albo, po śmierci chorych, na stole sekcyjnym. W tych razach rozpoznanie nie ulegałoby żadnej wątpliwości. Ale statystyka taka ma tylko względne znaczenie. Przedewszystkiem nie obejmuje ona ogółu chorych na raka w danej miejscowości, lecz tylko mniejszą prawdopodobnie ich część, zdaje się bowiem,

że ludzie z warstw zamożniejszych częściej na raka zapadają, niż ludzie biedni, pomocy w szpitalu szukający. Powtóre, statystyka taka, opierająca się na sprawdzaniu pośmiertnem rozpoznania, nie może nawet obejmować wszystkich chorych szpitalnych, ponieważ wobec przewlekłości cierpienia i nieskuteczności leczenia, wielu z pomiędzy tych chorych ze szpitali się wypisuje. Statystyka więc szpitalna może dać odpowiedź jedynie tylko na pytanie: ilu chorych w danym okresie czasu w szpitalu na raka umiera. Taka statystyka ma tylko względne, ale tem nie mniej bardzo ważne znaczenie, poucza bowiem, ilu na daną liczbę zgonów w szpitalu wypada zmarłych na raka, jakie organy najczęściej zwyrodnieniu rakowemu ulegają, w jakim wieku najczęściej ludzie na tę chorobę zapadają, czy w szpitalach wzrasta liczba chorych dotkniętych rakiem, czy też nie i t. p.

Daleko mniejsze znaczenie ma statystyka chorych na raka, spostrzeganych w praktyce prywatnej. Taka statystyka, nie oparta na stwierdzeniu rozpoznania zapomocą badań pośmiertnych, nie może być zgodną z rzeczywistością, musi liczne posiadać błędy. Wiadomą jest rzeczą, jak trudne jest nieraz rozpoznanie w początkowych okresach raka organów wewnętrznych. Widzimy nieraz, jak jeden lekarz rozpoznaje raka u danego chorego, a inny temu przeczy, jak najprawniejszy nawet klinicysta nie może w danej chwili rozstrzygnąć, czy ma do czynienia z rakiem, czy z inną jakąś chorobą. Mogłaby tutaj nam nieraz przyjść w pomoc dłuższa obserwacja, ale w danej sprawie niewiele na nią w praktyce prywatnej liczyć możemy, ponieważ chorzy na raka, lub na inną, przedstawiającą podobne objawy, przewlekłą chorobę nie pozostają zazwyczaj przez czas dłuższy pod obserwacją jednego i tego samego lekarza.

Prócz tego statystyka, oparta na praktyce prywatnej, przedstawia tę bardzo ważną niedokładność, że jeden i ten sam chory przez kilku do statystyki może być podany lekarzy. Dla uniknięcia tej ostatniej ewentualności wprowadzono jednodniowe spisy chorych. U nas do zebrania statystyki raka taki jednodniowy spis wprowadzili w wykonanie MAYBAUM i SERKOWSKI. Jednakże taki spis jednodniowy prócz zalety, o której powyżej wspomniałem, musi posiadać wady, wspólne wszystkim statystykom opartym wyłącznie, lub przeważnie, na danych z praktyki prywatnej. Prócz tego spis jednodniowy chorych na raka posiadać musi jeszcze jedną bardzo ważną specjalną niedokładność, wynikającą z trudności rozpoznania danego przypadku chorobowego po jednokrotnem zbadaniu, albowiem w dniu spisowym zjawiać się do lekarzy musieli nie tylko dawniejsi, przez czas dłuższy obserwowani chorzy, ale i nowi pacjenci, u których doraźne rozpoznanie choroby, rakiem zwanej, szczególnie zaś usadowionej w narządach wewnętrznych, nie zawsze należy do łatwych zadań dyagnostyki. Tutaj nawiasowo tylko o tem wspomnę, że wybór dnia, uczyniony przez MAYBAUMA i SERKOWSKIEGO na spis jednodniowy, niezupełnie był dla danej sprawy odpowiedni. W dniu tym bowiem, t. j. w piątek, pewna część naszej ludności, mianowicie żydowska ma najmniej czasu i możności na zasięgnięcie porad u lekarzy. Tem nie mniej jednak możemy się z tego spisu jednodniowego dowiedzieć pewnych ciekawych rzeczy w kwestyi dziedziczności, zaraźliwości raka i t. p., jeżeli tylko zacie to przedsięwzięcie MAYBAUMA i SERKOWSKIEGO,

na które koledzy ci poświęcili dużo pracy i kosztów, znalazło należyte poparcie u lekarzy naszego kraju.

Względnie pewne dane dla statystyki z praktyki prywatnej mogłyby dostarczyć doniesienia o osobach zmarłych na raka, składane przez lekarzy, w urzędach miejskich. Chociaż bowiem i w tych razach rozpoznanie nie zostaje też potwierdzone przez badanie pośmiertne, to jednakże dłuższa obserwacja chorego, większa wyrazistość objawów w późniejszym przebiegu choroby mniej więcej gwarantują dokładność rozpoznania. Z takiej statystyki mogłaby nauka dość znaczne ciągnąć korzyści, gdyby nie pewne względy, które na przeszkodzie temu stoją. Najpierw, nie wszędzie u nas [jedynie tylko w wielkich miastach] akty zejść śmiertelnych podpisywane bywają przez lekarzy, powtóre, taki akt zejścia niezawsze podpisanym bywa przez lekarza, który chorego przez czas dłuższy obserwował, i po trzecie, podpisywane przez lekarzy akty zejścia nie zawierają danych niezbędnych dla zupełnej statystyki w kwestyi umiejscowienia raka, czasu trwania choroby, dzieziczności, zaraźliwości i t. p.

Jeżeli po tem wszystkim, com powyżej powiedział o złych stronach, o błędach statystyki chorych z praktyki prywatnej, podaję swoją statystykę, opartą właśnie na materyale z takiejże praktyki prywatnej, to czynię to dlatego, iż jestem przekonany, że moje dane statystyczne mogą tylko minimalne zawierać błędy. Nadmienić muszę, że statystyka moja nie jest zupełną, to jest nie obejmuje wszystkich moich chorych, lecz tylko chorych ambulatoryjnych, których do ksiąg zapisywałem i obserwacje nad nimi czynione ściśle odnotowywałem. Statystyka moja nie odnosi się do chorych danej określonej miejscowości, danego miasta lub prowincyi, lecz z bardzo małymi wyjątkami obejmuje chorych z Królestwa Polskiego i prowincyi sąsiednich, t. j. z Litwy, Wołynia, Podola i Ukrainy. Pomimo znacznej przestrzeni, jaką te prowincye zajmują, materyał statystyczny uważać należy za dość jednolity, ponieważ klimat, sposób odżywiania, zajęcia, sposób życia i inne warunki etnograficzne różnych warstw ludności, z których pochodzą chorzy, ten materyał statystyczny stanowiący, są mniej więcej w tych prowincyach jednakowe.

Rozpoznanie raka u chorych, objętych moją statystyką, nigdy nie opierałem na wynikach jednorazowego badania. Każdy podejrzany o raka chory przynajmniej dwa razy był badany, a przeważna większość tych chorych przez dłuższy czas była pod moją obserwacją. U pewnej liczby chorych rozpoznanie sprawdzone zostało podczas operacyi.

Rozpoznanie raka w tym lub owym organie opierało się na symptomatologii, na badaniu chorego wszelkimi sposobami, jakie nam obecnie dyagnostyka dostarcza, na danych anamnestycznych, jako też na obserwowaniu dalszego przebiegu choroby. Wieloletnie doświadczenie mię nauczyło, że posilkując się powyżej wskazanymi metodami, w wyjątkowych tylko razach nie udało mi się rozstrzygnąć kwestyi, czy mam do czynienia z rakiem, czy z inną jakąś chorobą. W przypadkach wątpliwych dalszy przebieg choroby rozstrzygał kwestyę rozpoznania.

Ze statystyki mojej wynika, że na 22,549 chorych, których miałem możność zapisać w dwudziestoletnim okresie czasu, t. j. od roku 1884-go do 1903-go,

Rok	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891
Liczba chorych	376	518	885	1071	1126	1237	1050	989
Liczba dotkniętych rakiem	14	13	25	34	43	35	19	34
mianowicie: rakiem przełyku	1	3	6	13	16	13	7	13
rakiem żołądka	13	9	15	12	20	18	10	17
rakiem wątr. i pęch. żół.			3	3	3	1	1	
rakiem kiszek			1	3		2		2
rakiem odbytnicy		1		2			1	2
rakiem przełyku i żołądka					3			
rakiem żołądka i wątroby					1	1		
rakiem przeł. i wątr.								
rakiem innych organ.				1				
Procent dotkniętych rakiem	3,72	2,50	2,82	3,17	3,81	2,82	1,80	3,43
w tem mężczyzn	13	9	20	26	37	26	13	19
procent	92,86	69,24	80	76,48	86,05	74,29	68,43	55,89
w tem kobiet	1	4	5	8	6	9	6	15
procent	7,14	30,76	20	23,52	13,95	25,71	31,57	44,11
W i e k:								
do 30-go roku życia					1			
procent ogóln. liczby chor. rak.					2,32			
od 30 — 40	2	1		2	1	2	2	2
procent	14,28	7,69		5,88	2,32	5,71	10,52	5,88
od 40 — 50	4	5	4	7	8	7	2	8
procent	28,57	38,46	16	20,58	18,60	20	10,52	23,52
po 50-ym roku życia	8	7	21	25	33	26	15	24
procent	57,14	53,84	84	73,52	76,74	74,28	78,94	70,58
Najmłodszy chory	30	35	41	32	27	31	35	33
Najstarszy chory	65	64	71	87	88	77	65	67

1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	razem
1097	1142	1202	1243	1273	1307	1321	1382	1308	1244	1316	1462	22549
39	43	47	44	54	63	58	60	61	52	65	65	868
13	9	15	14	14	13	14	18	9	16	7	7	— 221
21	27	21	25	32	43	34	-31	41	30	39	33	— 491
1		2	2	2		4	3	5	1	7	5	— 43
	3	3	1	3	4	3	3	5	2	6	9	— 50
2	2	1	1	1	1	2	3	1	2	3	3	— 28
	1	2		1	1	1				1	1	— 11
1	1	2		1					1	2	2	— 12
			1									— 1
1		1			1		2				5	— 11
3 55	3,76	3,91	3,54	4,24	4,82	4,39	4,34	4,66	4,18	4,93	4,44	
33	33	36	32	47	44	43	49	42	43	49	47	— 661
84,62	76,75	76,60	72,73	87,04	69,85	74,14	81,67	68,86	82,70	75,39	72,31	
6	10	11	12	7	19	15	11	19	9	16	18	— 207
15,38	23,25	23,40	27,27	12,96	30,15	25,86	18,33	31,14	17,30	24,61	27,69	
1	1				1		1			1	3	— 9
2,56	2,32				1,58		1,66			1,53	4,61	
4	4	3	2	3	9	2	5	5	3	5	2	— 59
10,25	9,30	6,38	4,54	5,55	14,28	3,44	8,33	8,19	5,76	7,69	3,07	
12	9	7	9	11	14	10	10	15	15	18	14	— 189
30,76	20,93	14,89	20,45	20,37	22,22	17,24	16,66	24,59	28,84	27,69	21,53	
22	29	37	33	40	39	46	44	41	34	41	46	— 611
56,41	67,44	78,72	75	74,07	61,9	79,31	73,33	67,21	65,38	63,07	70,76	
19	25	31	30	30	12	35	24	30	31	26	25	
72	70	70	70	77	70	70	84	70	68	74	81	

było chorych na raka 868, t. j. 3,85%; w tem mężczyzn 661 = 76,15%, kobiet 207 = 23,85%, wszystkich chorych na raka. Co się tyczy wieku, to do 30-go roku życia było chorych na raka organów trawienia 9 = 1,04%; od 30-go do 40-go roku 59 = 6,80%; od 40-go do 50-go roku 189 = 21,78%; powyżej 50-go roku życia 611 = 70,39%. Najstarszy chory na raka miał lat 88, najmłodszy lat 12. Poniżej 30-go roku życia było chorych 9-u: jeden miał lat 28 [kobieta—*carc. intestin.*], dwóch—27 [mężczyzna—*carc. ventriculi* i kobieta—*carc. intestin.*], jeden — 26 [kobieta — *carc. coeci*], dwóch po 25 [mężczyźni — *carc. recti*, *carc. ventric.*], jeden — 24 [mężczyzna—*carc. recti*], jeden 19 [kobieta— *carc. ventric.*], jeden — 12 [dziewczyna — *carc. recti*]. Poniżej 20-go roku życia obserwowaliśmy dwóch chorych, jeden miał lat 19 [kobieta — *carc. ventric.*], a drugi 12 [dziewczyna — *carc. recti*]. Oba przypadki poniżej lat 20-u były obserwowane u kobiet.

Co do umiejscowienia raka w organach trawienia, to najczęściej spotykaliśmy go w żołądku, mianowicie w 491+11+12=514 przypadkach = 59,68%. Następnie idzie przełyk, w którym napotkaliśmy raka 221+11+1 = 233 razy = 26,84% wszystkich chorych, dotkniętych rakiem organów trawienia.

Co się zaś tyczy rozpowszechnienia raka organów trawienia, to z tablicy mojej [p. str. 936 i 937] widzimy, że to rozpowszechnienie, z małemi wahaniami, wprawdzie nieznacznie, lecz tem nie mniej z czasem wzrasta. Jeżeli cały 20-letni okres czasu, przez który notowałem moje spostrzeżenia, podzielimy na dwa dziesięcioletnie okresy, to się okaże, że w pierwszym dziesięcioleciu było dotkniętych rakiem organów trawienia 3,14%, a w drugim dziesięcioleciu 4,35% wszystkich zanotowanych chorych.

Co się wreszcie tyczy rozpowszechnienia raka organów trawienia wśród ludzi rozmaitego wieku, to statystyczna moja tablica nie wykazuje wzrostu liczby przypadków tej choroby u ludzi młodszych, poniżej 30-go lub 40-go roku życia [p. tablicę].

Wnioski, do jakich upoważniają nas powyżej wzmiankowane dane statystyczne, są następujące:

1) Rak organów trawienia napotyka się przeszło 3 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet.

2) Rak organów trawienia, podobnie jak raki innych organów, napotyka się najczęściej u ludzi powyżej 50-go roku życia.

3) Poniżej 30-go roku życia liczba kobiet, chorujących na raka organów trawienia jest prawie równą liczbie mężczyzn, dotkniętych tą samą chorobą [3:4].

4) Poniżej 30-go roku życia rak organów trawienia najczęściej umiejscawia się w odbytnicy [na 7 przypadków 3].

5) Z organów trawienia najczęściej rakowi ulega żołądek, a potem przełyk.

6) Liczba chorych na raka organów trawienia, obserwowanych w mojem ambulatoryum, wzrosła w ostatnim dziesięcioleciu o 38,53%, w porównaniu z dziesięcioleciem poprzednim.

7) Większego z biegiem czasu rozpowszechnienia się raka organów trawienia wśród ludzi młodych zauważyć się nie daje.

II. Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH DRA E. FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

BADANIA NAD CZUCIEM WIBRACYJNEM I JEGO ZNACZENIEM KLINICZNEM.

Podał

Władysław Sterling.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 37].

Przypadek XIII. Faj. Rot., lat 43. Od roku bóle w okolicy żołądka, w krzyżu, w górnych i dolnych kończynach.

St. praes. Źrenice jednakowej wielkości, lecz o silnie nieprawidłowych konturach, reagują bardzo leniwo na światło. Ataksyi niema. PR z prawej strony — bardzo słaby, z lewej = 0. AR z obu stron = 0. *Retentio urinae.* Wszystkie rodzaje czucia zachowane.

Brak wyraźnych zaburzeń czucia wibracyjnego.

Przypadek XIV. Iz. Lang., lat 53. Od 7-u miesięcy bóle napaadowe w kończynach dolnych, oraz stałe w lewym boku i w krzyżu. *Retentio alvi.*

St. praes. Źrenice obie bardzo wąskie, prawa o nieprawidłowych konturach, obie reagują bardzo leniwo na światło. Prawostronny PR silniejszy od lewego. Prawy AR = 0, lewy odruch brzucha = 0.

Wszystkie rodzaje czucia — bez zmian.

Brak wyraźnych zaburzeń czucia wibracyjnego.

Przypadek XV. Fis. Rab., lat 58. Od 6-u tygodni strzelające bóle w nogach, oraz bolesne parestezye w dłoniach, palcach ręki, lewym boku, uczucie poduszki pod nogami. *Insomnia. Retentio urinae.*

St. praes. Źrenice bardzo wąskie, lewa węższa, reagują bardzo leniwo na światło. Prawy AR = 0, lewy — bardzo słaby. Oba PR = 0. Chód powolny, lecz bez wyraźnej ataksyi. Kontraktura DUPUYTREN'a w 5-ym palcu prawej ręki rozpoczynająca się w 4-y i 5-ym palcu lewej dłoni. Czucie nie wykazuje nigdzie zmian wybitnych, lecz chory odczuwa ukłucie, jako dotknięcie w górnych kończynach, głównie na dłoniach, następnie bezpośrednio pod obiema sutkami, na udach i na palcach nóg.

Czucie temperatury — bez zmian.

Czucie mięśniowe na górnych kończynach bez zmian, na nogach nieznaczne osłabienie w palcach z wyjątkiem dużego palca.

Z m i a n y w i b r a c y i. Znaczna rozbieżność pomiędzy zmianami czucia dotyku, bólu, a zaburzeniami czucia wibracyjnego. Zmiany wibracyjne ustępują zmianom czucia skórniego pod względem rozległości, lecz przewyższają je znacznie natężeniem, gdyż zaburzenia dotykowe i bólowe zaledwie są zaznaczone, natomiast zmiany wibracyjne na udach i goleniach są dość wybitne. Na kończynach górnych zaś, gdzie zmiany czucia skórniego wyrażone są jeszcze najwyraźniej, nie spotykamy ani śladu zaburzeń wibracyjnych. Ciekawa jest w przypadku niniejszym lekka hypestezya wibracyjna w 3-iej i 4-iej żebrze lewej strony, co odpowiada zaburzeniom czuciowym w okolicy lewej sutki; hypestezyi tej z prawej strony nie spotykamy, jakkolwiek zaburzenia czucia dotyku i bólu w tych okolicach są obustronne.

Natężenie zaburzeń czucia wibracyjnego w palcach nóg zgadza się mniej więcej z stopniem zmian czucia mięśniowego w stawach tych palców, uderza tylko zupełnie zachowane czucie mięśniowe w dużym palcu obu stóp, podczas gdy zmiany wibracyjne na wszystkich palcach są jednakowe.

P r z y p a d e k X V I. Mosz. Szul., lat 52. Od 4-ech tygodni ból wzdłuż tylnej powierzchni prawej kończyny dolnej. Od roku *incontinentia urinae*.

St. praes. Prawa źrenica węższa od lewej, prawa reaguje bardzo słabo na światło, lewa zupełnie nie reaguje. Nieznaczne osłabienie siły mięśniowej w obu kończynach dolnych. Bolesność punktów na przebiegu nerwu kulszowego prawego. Prawostronny objaw LASEGUE'a. Oba PR żywe, AR jednakowe z obu stron.

Wszystkie rodzaje czucia włącznie z mięśniowym zachowane.

Z m i a n y w i b r a c y i. Przedewszystkiem zaznaczam dwa fakty: 1) że zmiany czucia wibracyjnego istnieją przy braku jakichkolwiek zmian innych kategorii czuciowych i 2) że są one zupełnie symetryczne. Jeden i drugi fakt wskazuje na to, że zmiany wibracji są w przypadku niniejszym pochodzenia wyłącznie rdzeniowego (*tabes dorsalis*) i że prawostronny *ischias* nie odbił się zupełnie na zmianach tego czucia [zazwyczaj po stronie *ischias* znajdujemy lekką hypestezyę wibracyjną]. Co się tyczy zmian wibracyjnych, to ograniczają się one wyłącznie do obu stóp i wszystkich palców nóg, gdzie wyrażone są bardzo wybitnie i na wszystkich palcach w jednakowym stopniu. Zaznaczam, że zmianom tym nie towarzyszą najłżejsze nawet zaburzenia czucia mięśniowego w palcach nóg. Jest to jedyny z badanych przeze mnie przypadków, w którym zaburzenia wibracyjne występują przy braku najłżejszych nawet zmian w czuciu dotykowym i bólowym.

P r z y p a d e k X V I I. Iz. Leb., lat 31. Od 1½ roku bóle napadowe w nogach i w krzyżu, oraz przemijająca *diplopia*. Od 1½ roku *incontinentia urinae*.

St. praes. Źrenice jednakowej szerokości, obie duże, wąskie. Objaw ARGYLL-ROBERTSON'a. Oba PR jednakowe, lewy AR = 0. Brak ataksyi.

Lekkie zaburzenia czucia dotykowego i bólowego na goleniach i stopach (*Nachdauerempfindung*).

Czucie mięśniowe = norma.

Brak wyraźnych zaburzeń czucia wibracyjnego.

Przypadek XVIII. M. Maj., lat 40. *Lues* przed 20 u laty. Od 5-ju miesięcy strzelające bóle w nogach. 3 miesiące temu atak, po którym porażona była lewa połowa ciała, porażenie to przeszło po kuracji specyficznej. 6 tygodni temu powtórny atak, po którym znów wystąpiła lewostronna hemiplegia.

St. praes. Lewa źrenica nieco szersza od prawej. Objaw ARGYLL · ROBERTSON'a. Lekkie osłabienie *m-i orbicularis oculi sinistri*. Widoczne przekrzywienie całej twarzy na prawo z opuszczeniem lewego kąta ust. Lewa ręka lekko zgięta w łokciu, palce w lekkiej fleksyi, ruchy prócz podnoszenia w stawie barkowym = 0.

Przy ruchach biernych zwiększenie napięcia w stawie łokciowym i promieniowo - napięstkowym. Lewa kończyna dolna *in toto* słabsza od prawej; hypotonii niema. Cała kończyna górna lewa, oraz lewa stopa jest chłodniejsza, niż prawa i zlekka cyanotyczna. Wzmoczenie odruchów ścięgniastych po stronie lewej. BABIŃSKI *abest*.

C z u c i e. Lekka hypestezya całej lewej połowy twarzy. Chory nie odczuwa ani dotknięć, ani ukłuć na całej lewej kończynie górnej, bardzo rzadko tylko odczuwa ukłucie na ramieniu i przedramieniu. Chłód—zdaje się— odczuwa. Ciepło jest obojętne.

Na obu goleniach dolnych hypalgezya i *Nachdauerempfindung* głównie na goleni i na stopach i na zewnętrznej powierzchni uda. Zaburzenia czucia wyrażone są wogóle silniej z lewej, aniżeli z prawej strony.

Zupełne zniesienie czucia mięśniowego we wszystkich stawach lewej ręki. Lekkie zaburzenia czucia mięśniowego w palcach obu nóg [być może z lewej strony nieco silniejszej]; lekki stopień tych zaburzeń w lewej stopie.

Z m i a n y w i b r a c y i. Jak widzimy, mamy w przypadku tym kombinację zaburzeń czucia skórniego pochodzenia mózgowego i rdzeniowego [hemiplegia + *tabes dorsalis*]; ciekawe jest, że zmiany czucia skórniego ustępują w przypadku tym na drugi plan przed zaburzeniami czucia mięśniowego, które lokalizują się głównie na kończynie lewej górnej, najbardziej upośledzonej pod względem ruchowym. Jeżeli porównamy teraz zmiany wibracyjne z zaburzeniami czucia mięśniowego na lewej kończynie górnej, to przekonamy się, że w przypadku tym zaburzenia wibracyjne umiejscowiły się wyłącznie w okolicach stawowych, a więc dokoła stawu łokciowego, promieniowo-napięstkowego, oraz wszystkich stawów palców lewej dłoni. Jest to jedyny z badanych przeze mnie przypadków wiądu rdzenia, w którym kongruencya zaburzeń czucia mięśniowego ze zmianami wibracyjnymi jest tak wyraźna; ponieważ jednak na prawej kończynie górnej nie znajdujemy żadnych zmian wibracji — należy zaburzenia wibracyjne lewostronne odnieść na karb ogniska korowego.

Co się tyczy zmian wibracyjnych na dolnych kończynach, to znajdujemy lekką hypestezyę wibracyjną na prawem udzie i nieco silniejszą na lewym, różnice te oczywiście zależą od hemiplegii; ten sam stosunek widzimy i na go-

leniach. Natomiast w okolicy obu stawów skokowych, na obu stopach i na wszystkich palcach nóg zmiany są bardzo silne i zupełnie symetryczne [pochodzenie rdzeniowe]. Zmiany te najzupełniej zgadzają się z zaburzeniami czucia dotyku i bólu oraz czucia mięśniowego w tych samych terytoryach, wyłączwszy tylko prawy staw skokowy, w którym czucie mięśniowe jest zupełnie zachowane, pomimo znacznych zaburzeń wibracyjnych dookoła tego stawu.

Rozpatrując całkowity mój materiał tabetyczny, muszę zadać sobie dwa pytania: w jakim stosunku są zmiany czucia wibracyjnego do zaburzeń innych kategorii czucia i czy stwierdzenie zmian tych posiada znaczenie wyraźne rozpoznawczo-kliniczne w przebiegu władu rdzenia. Przedewszystkiem należy stwierdzić fakt, że w większości badanych przeze mnie przypadków zmiany wibracyjne przewyższają intensywnością, a częstokroć i ekstensywnością zaburzenia pozostałych kategorii czucia. Na 8 przypadków władu rdzenia zaledwie w dwu zaburzenia wibracyjne ustępowały na plan drugi przed zmianami dotykowymi, bólowymi i cieplikowymi, a mianowicie w przypadku IV-ym i IX-ym, w czterech przypadkach były mniej więcej jednakowe, w pozostałych zaś przewyższały wszystkie inne rodzaje czucia [z wyjątkiem przypadków XIII-go, XIV-go i XVII-go, których pomówię osobno].

Jeżeli porównamy wyniki badań naszych z badaniami RYDLA i SEIFFER'a, to przekonamy się, że są one niemal równoznaczne pod tym względem: na 22 przypadki tych autorów w 2-ch zmiany wibracyjne były mniejsze, aniżeli zmiany innych kategorii czucia, w 4-ch mniej więcej jednakowe pod względem rozległości, w 13-u zaś znacznie rozleglejsze. Zauważę tu, że to, co RYDEL i SEIFFER mówią o rozległości zmian wibracyjnych w zestawieniu do zmian innych kategorii czuciowych, da się z drobnymi zastrzeżeniami zastosować i do natężenia tych zmian, co ma znaczenie daleko ważniejsze. Zdawałoby się więc, że skoro zaburzenia wibracyjne stopniem swego natężenia i rozległości przewyższają inne zaburzenia czuciowe, stanowić powinny dyagnostycznie daleko czulszy sprawdzian, aniżeli dotychczasowo kontrolowane zmiany czuciowe. Tymczasem doświadczenie przekonywa nas, że w rzeczywistości tak nie jest: zmiany wibracyjne dominują poniekąd w obrazie chorobowym władu rdzenia symptomatycznie nad innymi zmianami czuciowymi, lecz genetycznie, rozwojowo nie poprzedzają ich nigdy. Pod tym względem miarodajne mogą być tylko zupełnie początkowe postaci władu rdzenia, a takich przypadków obserwacja moja obejmuje kilkanaście. W takich to właśnie zaledwie rozpoczynających się okresach choroby, kiedy niema jeszcze ataksji, lecz mamy już niewątpliwe stygmaty tabetyczne w postaci objawów żrenicowych i lekkiej hepalgizji w okolicy sutek lub goleni lub w postaci „*Nachdauerempfindung*“, zmiany wibracyjne najczęściej nas zawiodzą, a cóż dopiero mówić o okresach jeszcze wcześniejszych, kiedy żadnych stygmatów czuciowych jeszcze niemal. Powiadam najczęściej, gdyż zdarzyć się może, że zmiany wibracji poprzedzają zaburzenia innych rodzajów czucia, jak to wykazuje przypadek XVI-ty, gdzie przy braku jakichkolwiek zaburzeń czuciowych znajdujemy na wszystkich palcach stóp wyraźną hypestezyę wibracyjną. Ale przy-

padki takie należą do rzadkości — i zdaje się, że do dyagnostyki początkowych okresów władu rdzenia badanie czucia wibracyjnego przyczyni się niewiele.

Zanim opuścimy materiał tabetyczny i przejdziemy do innych organicznych cierpień układu nerwowego, zatrzymamy się jeszcze nad stosunkiem zaburzeń wibracyjnych w przebiegu władu rdzenia do zaburzeń czucia położenia i czucia ruchów czynnych i biernych — zjawisk niefortunnie od czasów BELL'a określanym wspólnym mianem czucia mięśniowego. Nie wdając się na razie w dociekanie nad istotą czucia wibracyjnego, zaznaczmy odrazu fakt rzucający się w oczy, że chodzi tutaj o t. zw. „czucie głębokie“ i że jeżeli badamy czucie wibracyjne w okolicy stawu, to tem samym badamy czucie głębokie tkanek, wchodzących w skład stawu, a więc okostnowych powierzchni stawowych, ich otoczek, mięśni, ich powięzi, ścięgien itd. Otóż ponieważ według teorii LEYDEN-GOLDSCHIEDER'a ataksya polega na zaburzeniach czucia stawowego, według słów zaś GOLDSCHIEDER'a „jest rzeczą dowiedzioną, że zależy ona w y ł ą c z n i e od głębokiego czucia stawu“ — nasuwało się więc *a priori* przypuszczenie, że zaburzenia czucia wibracyjnego będą miały ścisłą łączność ze zmianami t. zw. „czucia mięśniowego“, a więc w ten sposób i z ataksją. I rzeczywiście, jedyna dotąd praca kliniczna RYDLA i SEIFFER'a o czuciu wibracyjnym, oparta na dużym materiale klinicznym, zdawała się potwierdzać to przypuszczenie. Według autorów tych, istnieje bardzo ścisły związek pomiędzy zaburzeniami czucia położenia i ataksją z jednej strony, a zmianami czucia wibracyjnego z drugiej. Otóż na 22 przypadki władu rdzenia znaleźli oni aż 16, przemawiających za powyższem przypuszczeniem, a tylko 1 przeciwko niemu, w 3-ch zaś przypadkach istniały zmiany wibracyjne bez zaburzeń czucia głębokiego. „Ponieważ właśnie to czucie głębokie — mówią oni — jest tak wielkiej wagi dla zrozumienia ataksyi, nie jest to więc przypadkiem, że badania nasze pomiędzy innymi doprowadziły do wyniku, że zaburzenia czucia wibracyjnego często idą ręką w rękę z ataksją i zaburzeniami czucia położenia członków. Ponieważ, jak wiadomo, klinicznie niezawsze dają się stwierdzić zgodne dane stosunkowe pomiędzy ataksją a zaburzeniami czucia głębokiego, jakkolwiek związek ten jest niewątpliwy, a więc i myśmy znajdowali często, pomimo istniejących zaburzeń czucia wibracyjnego, brak ataksyi. Widocznie czasem poprzedzają one ataksję, w każdym razie, jeżeli są rozwinięte silnie, z w i a s t u j ą z d u ż ą p e w n o ś c i ą w y s t ą p i e n i e a t a k s y i“.

Należy żałować, że autorowie ci, wprowadziwszy do kliniki metodę liczbową badania czucia wibracyjnego, ograniczyli się ogólnikowem podawaniem w tablicach wyników badania tego czucia, nie oznaczając go szczegółowo, a przynajmniej nie opisując dokładnie, w jakich terytoryach zaburzenia tego czucia były najznaczniejsze. Jeżeli bowiem obwodowa teoria ataksyi opierać się ma, jak twierdzi GOLDSCHIEDER, w y ł ą c z n i e n a z a b u r z e n i a c h g ł ę b o k i e g o c z u c i a s t a w ó w, to i klinicznie zaburzenia czucia wibracyjnego powinny być najwyraźniejsze w okolicach stawowych, a przynajmniej powinny z całą jaskrawością występować tam, gdzie czucie stawowe uległo zaburzeniom, a pod tym względem praca RYDLA i SEIFFER'a nie daje „nam żadnych wyjaśnień.

Przy badaniach moich uwzględniałem okolice stawowe jaknajdokładniej, przykładając kamerton do jak najznaczniejszej liczby miejsc, otaczających okolice stawowe; przy badaniu zaś okolic stawowych drobnych palców rąk i nóg, zginałem palce w stawach pomiędzyfalangowych i do wytworzonego w ten sposób ostrego kąta pomiędzy kośćmi przykładalem podstawę kamertonu. A oto krótkie zestawienie porównawcze badania zmian czucia wibracyjnego z ataksją i czuciem mięśniowem.

W p r z y p a d k u I-ym: duże zmiany czucia wibracyjnego dookoła stawów palcowych nóg—przy zupełnie zachowaniem czuciu mięśniowem.

W p r z y p a d k u III-im: ataksya i zmiany czucia mięśniowego wyrażone znacznie silniej po stronie lewej, podczas gdy zaburzenia czucia wibracyjnego są znacznie większe po stronie prawej.

W p r z y p a d k u IV-ym: duże zmiany czucia mięśniowego na II-im, III-imi IV-ym palcu prawej stopy, przy bardzo drobnych zaburzeniach czucia wibracyjnego, natomiast zupełnie zachowane czucie mięśniowe w wszystkich palcach lewej stopy przy ogromnych zmianach czucia wibracyjnego.

W p r z y p a d k u VII-ym: zmiany czucia mięśniowego tylko w piątym palcach obu dłoni i tylko w czwartym palcach obu stóp, zupełny brak ataksyi przy prawie zupełnej anestezji wibracyjnej od dołu aż do linii, przechodzącej przez obie sutki.

W p r z y p a d k u IX-ym: zmiany czucia wibracyjnego najsilniej występują na lewej stopie i palcach, zmiany zaś czucia mięśniowego najsilniejsze są na palcach prawej stopy.

W p r z y p a d k u X-ym: zmiany wibracji w okolicy obu stawów biodrowych i lewego kolanowego, zmiany ataktyczne zaś tylko po stronie prawej, na palcach lewej stopy zmiany czucia wibracyjnego minimalne, zmiany zaś czucia mięśniowego bardzo silne.

W p r z y p a d k u XII-ym: ataksya lewostronna bez większych zmian czucia wibracyjnego.

W p r z y p a d k u XVI-ym: duże zmiany wibracyjne na stopach i wszystkich palcach, przy zupełnym braku ataksyi i zaburzeń czucia mięśniowego.

Zestawienia niniejsze są tak wymowne, że nie wymagają wielu komentarzy. Jeżeli więc od 18-u badanych przypadków wiądu rdzenia odliczymy 4-y, w których nie było ani zaburzeń wibracyjnych, ani ataktycznych, pozostanie 14, z których w 8-u zaburzenia ataktyczne a wibracyjne idą zupełnie rozbieżnie.

Z pozostałych 6-u—w 4-ch znajdujemy istotnie pewną kongruencję pomiędzy zmianami czucia mięśniowego i wibracyjnego. A więc:

W p r z y p a d k u VI-ym: zmiany wibracyjne najmniejsze w okolicy stawów biodrowych, co odpowiada brakowi zmian czucia położenia w tych stawach.

W p r z y p a d k u VIII-ym: ugrupowanie najwybitniejszych zmian czucia wibracyjnego w okolicy stawów kolanowych i skokowych, gdzie spotykamy także największe zmiany czucia mięśniowego, natomiast w tym samym

przypadku spotykamy prawie normalne czucie wibracyjne w okolicy stawów biodrowych, gdzie jest wyraźna ataksya.

W p r z y p a d k u XV-ym: zbieżność zmian czucia wibracyjnego i mięśniowego na palcach nóg.

W p r z y p a d k u XVIII-ym: zaburzenia czucia położenia w wszystkich stawach lewej ręki, w okolicy tych samych stawów znaczne zaburzenie wibracyjne.

Z tych 4-ch przypadków w przypadku VI-ym kongruencya jest raczej natury negatywnej, w przypadku VIII-ym jest ona niezupełna, pozostaje więc tylko 2, z których w ostatnim i zmiany ataktyczne i zaburzenia czucia wibracyjnego w lewej kończynie położyć należy niewątpliwie nie na karb wiądu rdzenia, lecz na karb równoległej hemaplegii.

Pozostają więc jeszcze przypadki II-gi i V-ty, w których przy braku ataksyi i jakichkolwiek zmian czucia mięśniowego lub też przy zmianach minimalnych, spotykamy wyraźne zaburzenia czucia wibracyjnego w okolicach stawów biodrowych i kolanowych. Wydaje mi się bardzo wątpliwem, ażeby można było tego rodzaju zmiany, jak twierdzą RYDL i SEIFFER, uważać za nieomyłne zwiastuny ataksyi.

Podane przypadki wiądu rdzenia nie były bynajmniej wybierane, lecz badane były w miarę tego, jak nastęrczał je materiał oddziałowy. Sądę, że są one dość przekonujące, jak dalece luźny jest związek pomiędzy zmianami czucia wibracyjnego, a zjawiskami ataktycznymi i że wbrew twierdzeniu RYDLA i SEIFFER'a mniej lub więcej częste występowanie tych zjawisk współrzędnie uważać należy za rzecz p r z y p a d k u.

[C. d. n.].

III. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek.

Napisał

Mieczysław Halpern.

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 37]

Przechodzę obecnie do opisu przypadków patologicznych, które dotyczyły rozmaitych postaci zapalenia nerek.

P r z y p. II. Sow. P., lat 50, skarżył się po przybyciu na oddział na ogólne osłabienie i obrzęki prawie całego ciała. Bólów głowy nie miewa. Apetyt niezły; moczu niewiele. Stan taki trwa od 2 tygodni. Poprzednio dwukrotnie przebywał już podobne stany. Ostatnio wypisał się ze szpitala dopiero 3 tygodnie temu ze znaczną poprawą, lecz po tygodniowym pobycie w domu poprzednie objawy wróciły.

Status praesens. Pacjent jest małego wzrostu, prawidłowo zbudowany i miernie odżywiony. Niegorączkuje. Skóra i błony śluzowe bardzo blade. Na nogach, rękach, twarzy i krzyżu wyraźne obrzęki. *Hydrothorax duplex*, większy z prawej strony. Tętno 78 małe, twarde, miarowe. Granice serca normalne, tony czyste. 2 gi ton aorty cokolwiek wzmożony. W moczu przy dobowej ilości około 1000 ctm.³ duże ilości białka [10⁰/₀₀ i więcej]; w osadzie czerwone krążki krwi, leukocyty, cylindry szkliste i ziarniste, komórki nabłonkowe stłuszczone [nerkowe].

Diagnosis: *Nephritis parenchymatosa chronica.*

Do chwili, kiedym rozpoczął badanie, stan chorego znacznie już się był poprawił; obrzęki wybitnie zmalały, *hydrothorax* znikło; ilość moczu powiększyła się — wszystko to pod wpływem leżenia w łóżku i kofeiny.

Wyniki badania tego przypadku zestawione są w tablicy II [p. str. 948].

Badanie, jak widać z tej tablicy, trwało 36 dni i obejmowało pięć rozmaitych okresów w porządku następującym:

Okres I-y trwał jeden dzień; chory był na mieszanej, obfitującej w sól kuchenną dyecie i wydelał dużą ilość [2340 ctm. sz.] moczu o normalnym ciężarze gatunkowym z normalną mniej więcej zawartością procentową i dobową zarówno popiołu, jak i chlorków; stosunek wydalanego z moczem chlorku sodu

do popiołu moczu był również prawie normalny. Nadmienię tu, iż chory znajdował się podczas badania w okresie znikania obrzęków.

Okres II-gi trwał 21 dni. W ciągu całego tego okresu chory pozostawał na stałej dyecie o małej zawartości chlorków. Jak widać z tablicy, otrzymywał on stale 5—6 grm. soli kuchennej na dobę. Zmiany w moczu zaszły wtedy następujące: 1) przedewszystkiem ilość moczu zmniejszyła się wybitnie i to zaraz od pierwszego dnia dyety; wynosiła ona w ciągu całego okresu około 1,5 litra na dobę z wahaniami od 1200 do 1730 ctm. sz.: ciężar gatunkowy moczu, nieco wyższy niż przy dyecie obfitującej w chlorki, również małym ulegał wahaniom w granicach od 1017 do 1020; ilość zaś białka pierwszego dnia po zastosowaniu dyety małosolnej spadła raptownie z 9% do 1% , lecz zaraz nazajutrz podniosła się znowu do 10% , aby potem stopniowo już opadać do 3 — 4% ; tylko w końcu tego okresu mamy znowu nieco wyższe liczby, a mianowicie: 5 — 6% . 2) procentowa zawartość popiołu w ciągu całego okresu utrzymuje się na jednakowej mniej więcej wysokości, wahając się około 1% w granicach od $0,96\%$ do $1,15\%$, czyli wynosiła ona prawie tyleż, co i w okresie I-ym, a może nawet cokolwiek więcej. Zawartość jednak dobową popiołu jest znacznie mniejsza w tym okresie, aniżeli w poprzednim o dyecie mieszanej, i również jak procentowa ulega nieznacznym tylko wahaniami w granicach od 12,2 grm. do 16,6 grm. Umyslnie zwracam tu uwagę na tę stałość w wydzielaniu popiołu a to z tego względu, iż stan chorego w ciągu tego okresu wybitnie się zmienił, gdyż w ostatnim tygodniu tego okresu chory, zupełnie pozbawiony już był obrzęków. 3) Procentowa zawartość chlorku sodu w moczu w początku tego drugiego z kolei okresu utrzymuje się na tej samej wysokości, co i przy dyecie mieszanej zwykłej z nieznacznymi bardzo wahaniami w ciągu 12-u dni, t. j. prawie do zupełnego zniknięcia obrzęków, poczem dopiero zauważyć można wybitniejszy spadek procentowej zawartości chlorków w moczu do $0,5\%$. Prawie analogicznie zachowuje się również dobową ilość wydzielanych z moczem chlorków; wprawdzie znaczne zmniejszenie tej ilości w porównaniu do okresu poprzedniego wystąpiło już pierwszego dnia po zastosowaniu dyety o małej zawartości soli kuchennej, w drugiej jednak połowie tegoż okresu, czyli po zniknięciu obrzęków, zmniejszenie to posunęło się jeszcze dalej z wyjątkiem jedynie ostatnich dwóch dni, kiedy ilość dobową chlorków moczu znowu była nieco wyższą. 4) Zachowanie się składników niechlorowych popiołu nazwać można wręcz przeciwnem w porównaniu do zachowania się chlorków: zarówno procentowa, jak i dobową ich ilość wykazują w ciągu tego okresu stałe, acz powolne powiększenie. Wreszcie 5) stosunek chlorku sodu do popiołu moczu zmienia się w ciągu tego okresu również stałe, choć powoli, wykazuje stałe powiększanie się niechlorowych składników popiołu w stosunku do chlorku sodu; zmienia on się mianowicie od 1 : 1,28 do 1 : 2,00.

Wybitną cechą wszystkich prawie omówionych tu zmian jest właśnie powolność ich występowania.

Porównyując ilość wprowadzanych i wydalanych codziennie chlorków w ciągu omawianego okresu, zauważyć możemy, iż nie tylko w początkowej jego części, kiedy chory miał jeszcze obrzęki, lecz i w ostatnim tygodniu, kiedy

obrzęków już zupełnie nie było, ilość wydalonych z moczem chlorków stale znacznie przewyższała ilość wprowadzoną. Nadmiar wydalonego chlorku sodu nie znikł nawet, powtarzam, w tydzień po zniknięciu obrzęków, wobec czego w końcu tego okresu równowaga chlorowa nie wystąpiła. Ogółem, po wliczeniu chlorków wydalonych z kałem, a wynoszących podobnie jak w przypadku normalnym 0,15 grm. na dobę, chory ten w ciągu 21 dnia diety o małej zawartości soli kuchennej wydzielił nadmiar chlorków, wynoszący, jak widać z tablicy II A, 76,8604 grm. Równoległe do tej utraty chlorków mogłem stwierdzić utratę na wadze, wynoszącą do chwili zniknięcia obrzęków 3,1 kilogram. a zależną oczywiście od utraty wody obrzękowej.

T a b l i c a II A.

Okres	Wprowadz. NaCl	Wydal. NaCl z mocz.	Wydal. NaCl z kał.	Wydal. NaCl razem	NaCl—bilans	Waga ciała
II	116,555	190,1625	3,2529	193,4154	-76,8604	-2,5
III	72,7325	67,5192	0,476	67,9952	+ 4,7373	+0,9
IV	32,37	44,9245	0,6324	45,5569	-13,1869	+0,7

Okres III trwał dni 7. Dyeta pozostała w tym okresie bez zmiany, lecz chory przyjmował ponadto w ciągu pierwszych dwóch dni po 10 grm. soli kuchennej dziennie, a w ciągu ostatnich 4-ch dni po 4 grm. tejże na dobę. Ilość podawanej soli zmuszony byłem znacznie zmniejszyć z tego powodu, iż większe dawki wywoływały u chorego bardzo nioprijemne uczucia i dolegliwości, przeważnie żołądkowe, dochodzące nawet do mdłości; wobec tego chory podawanych mu proszków soli kuchennej przyjmować więcej nie chciał; szczęśliwym zbiegiem okoliczności ani wymioty, ani biegunka w tym przypadku nie wystąpiły.

Pod wpływem dodanej soli kuchennej mogłem zauważyć następujące zachowanie się moczu i jego składników: 1) ilość moczu prawie nie uległa zmianie; w każdym razie może być mowa jedynie o bardzo nieznacznym jej powiększeniu; ciężar gatunkowy moczu również się prawie nie zmienił; ilość białka spadła jeszcze bardziej w porównaniu do okresu poprzedniego; nadmiar więc podanej soli kuchennej w danym przypadku nie wywołał podrażnienia nerek, czego się według STRAUS'a (l. c.) w niektórych przypadkach słusznie obawiać należy.

Specjalne badania w tym kierunku przeprowadzili CASTAIGNE i RATHERY¹⁾. Zauważyli oni przedewszystkiem w doświadczeniach *in vitro*, iż rozczyny soli kuchennej o pewnym stężeniu, a mianowicie o punkcie zamarzania —

1) CASTAIGNE et RATHERY. Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorures de sodium sur l'épithélium rénale. La Sem. méd. 1903. N. 28.

0,78° nie uszkadzają nabłonka nerkowego, specjalnie nabłonka kanalików krętych. Nazywają oni te roztwory konserwującymi nerki (*reno-conservatrices*). Wszystkie inne, zarówno słabsze, jak i silniejsze zmieniają anatomicznie nabłonek nerkowy; nadają im przeto autorowie nazwę nefrolitycznych. Działanie chlorku sodu na wspomniany nabłonek jest przeto, ich zdaniem wbrew pojęciu innych badaczy, czysto osmotycznego pochodzenia, nie zaś toksycznego. Analogiczny wpływ soli kuchennej na nerki można zauważyć i *in vivo*. Jeżeli królikom, pozbawionym białkomoczu, podawać strawę, zawierającą bardzo mało chlorku sodu, to prawie natychmiastowo występuje białkomocz; przy badaniu zaś drobnowidzowem nerek takich zwierząt stwierdzić możemy takie same zmiany, jakie otrzymano w poprzednich doświadczeniach *in vitro* pod wpływ roztworów hypotonicznych. Analogiczne działania obserwowali COSTAIGNE i RATHERY w jednym przypadku u człowieka. Przy zapaleniu nerek jednak stwierdzali przy podawaniu diety małosolnej narówni z WIDAL'em (l. c.) zmniejszenie białkomoczu i znikanie obrzęków. Co się tyczy roztworów hipertonicznych soli kuchennej, to są one w stanie wywołać białkomocz zarówno przy wprowadzeniu *per os* i pod skórę dopiero po dłuższym ich stosowaniu w dawkach, jakich używawy zazwyczaj przy badaniu chlorku potasowego (10—15 grm. *pro die*). Przy *nephritis experimentalis* białkomocz powiększał się w tych warunkach kilkakrotnie, a przy postaciach zapalenia nerek śródmiąższowego bez białkomoczu takie podawanie soli kuchennej jest w stanie wywołać albuminurię, trwającą do 8 dni.

HALLION i CARRION ¹⁾, nie odrzucając w zasadzie możności takiego wpływu osmotycznego, wywieranego przez chlorek sodu na nabłonek nerkowy, zwracają jeszcze uwagę na to, iż wprowadzanie w nadmiarze soli kuchennej do ustroju, wywołuje pewne zmiany fizykalno-chemicznych własności białka (temperatury ścinania się), co im się udało stwierdzić doświadczalnie. Sądzą przeto, iż analogiczne wpływy odgrywać mogą pewną rolę i przy retencji soli u nefrytyków.

Ostatnio ACHARD i PAISSEAU ²⁾ również stwierdzili zmiany nabłonka nerkowego *in vivo* przy wstrzykiwaniu do żył roztworów solnych zarówno hypotonicznych (o punkcie zamarzania — 0,20 — 0,25), jak i hipertonicznych (o punkcie zamarzania — 1,50).

2) Procentowa zawartość popiołu w moczu w okresie III nie zmieniła się zupełnie, pozostając w granicach 0,99% do 1,08%; dobową ilość popiołu wykazuje pewne minimalne podniesienie w pierwszych dniach omawianego okresu, przy podawaniu 10 grm. soli kuchennej dziennie; później atoli przy mniejszym dodatku soli nie przewyższała liczb poprzedniego okresu; 3) procentowa zawartość chlorku sodu podniosła się wyraźnie, szczególnie w pierwszej połowie

¹⁾ HALLION et CARRION. Influence de chlorurémie sur l'albuminurie. Soc. de biol. 1933. 14 novembre.

²⁾ ACHARD et PAISSEAU. Altérations cellulaires produites par les grandes injections de solutions hypotoniques et hypertoniques. C. r. de la Soc. de Biol. 1904. 26 mars.

tego okresu przy większej ilości soli w pokarmach: zupełnie to sa no da się powiedzieć o doborowej ilości soli kuchennej; 4) w przeciwieństwie do tego procentowa i dobowa zawartość składników niechlorowych popiołu opadła w tym okresie a jednocześnie 5) zmienił się stosunek NaCl do popiołu, zbliżając się znowu do liczb, obserwowanych w okresie I przy zwykłej dyecie mieszanej.

Porównywając codzienne ilości wydalanego i wprowadzanego chlorku sodu, dochodzimy do wniosku, iż przeważnie ilość wydalanych w tym okresie chlorków była mniejsza od ilości wprowadzanej: w końcu okresu wobec bardzo nieznacznego dodatku soli kuchennej przewaga chlorków w pokarmach jest bardzo niewielka. W rezultacie, jak wykazuje tablica II A chory zatrzymał w tym okresie 4,3373 grm. soli kuchennej, przybrawszy jednocześnie na wadze 0,9 kilo.

Okres IV trwał dni 6, a dyeta była w tym okresie zupełnie taka sama, jak w okresie II. Zmiany w moczu są tu przeto zupełnie analogiczne do tych, jakieśmy stwierdzili przy przejściu od okresu pierwszego do drugiego, czyli również od diety z większą zawartością soli kuchennej do diety małosolnej. 1) Ilość moczu i ciężar gatunkowy prawie nie uległy zmianie w dalszym ciągu; ilość białka spadła jeszcze cokolwiek; 2) procentowa zawartość popiołu może nieco spaść, dobowo również; 3) procentowa zawartość chlorków w moczu, zarówno jak i dobowo zmniejszyły się wyraźnie, a 4) procentowa i dobowo zawartość składników niechlorowych popiołu prawie nie uległy zmianie; 5) stosunek chloru sodu do popiołu znowu się zmienił w tym samym kierunku, co w okresie II, dochodząc stopniowo do 1 : 2,16.

Porównywając w tym okresie ilość wprowadzanych i wydalanych chlorków, widzimy, iż tak samo, jak w okresie II przewaga znajduje się po stronie wydal. To też w rezultacie i w tym okresie pomimo zupełnego braku obrzęków, chory wydzielił nadmiar chloru sodu, wynoszący 13,1869 grm. (p. Tabl. II A). Pomimo tego jednak chory w tym okresie nie stracił na wadze, lecz przybrał nawet 0,7 kilo, co prawdopodobnie odnieść należy na koszt ogólnej poprawy odżywiania.

Jeżeli zmiany w moczu w omawianym okresie wyrażone były mniej wybitnie w porównaniu do okresu II, to niewątpliwie należy sobie to tłumaczyć w ten sposób, iż przejście od okresu I do II pod względem zawartości chlorku sodu w pokarmach było bardziej raptowne, aniżeli przejście od okresu III do IV w ostatnich bowiem dniach okresu III chory przyjmował niewielki nadmiar soli kuchennej.

Zawartość soli kuchennej w kale zarówno w okresie III, jak IV były normalne, mniejsze jednak nieco niż w okresie II: szczególnie małą ilość chloru sodu zawierał kał w okresie III-im.

Okres V, końcowy obejmował jeden dzień o zwykłej dyecie mieszanej. Zawartość popiołu i chlorków w tym okresie, jako też ich wzajemny stosunek zupełnie przypominają okres I-y o takiej samej dyecie.

Jeżeli porównamy obecnie wyniki tego przypadku do powyższego przypadku normalnego, to zauważymy, iż zmiany, jakie wywołane zostały w moczu zarówno przez zmianę diety, zawierającej dużo chlorków na dietę małosolną,

jako też odwrotnie nierzadko przypominają także zmiany u osobnika ze zdrowymi nerkami. Jeżeli jednak możemy nazwać te zmiany analogicznymi, to nie jesteśmy w stanie traktować je jako identyczne. Różnice są dość wybitne, a polegają na tem, iż 1) zmiany te nie występowały tak raptownie, jak przy nerkach zdrowych; 2) nie były one, absolutnie wzięwszy, tak wybitne, nie osiągały normalnego maximum; 3) małosolna dyeta zarówno w czasie znikania obrzęków, jak i po zupełnem ich usunięciu wywołała znaczną dechlorurację ustroju, wynoszącą w okresie II i IV, razem wzięwszy, przeszło 90 gm. chlorku sodu; 4) pomimo tak znacznej dechloruracji, nie udało się doprowadzić chorego do zupełnej równowagi chlorowej, której początek zaczyna się może ujawniać ostatniego dnia okresu IV.

I w tym przypadku, dokonałem dwukrotnego badania krwi, tak samo jak w powyższym przypadku normalnym na zawartość suchej substancji, popiołu i chlorków we krwi całkowitej i w surowicy. Pierwsze badanie przypada na okres, kiedy chory miał jeszcze obrzęki, drugie wykonane było po zupełnem zniknięciu obrzęków. Wyniki tych badań zestawione są w tablicy II B.

T a b l i c a II B.

Data		Sucha subst. ‰	Popiół ‰	NaCl ‰
18.I	Krew	16,44	0,93	0,53
	Surowica	6,43	0,93	0,62
1.II	Krew	17,89	0,88	
	Surowica	8,03	0,89	0,65

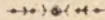
Widzimy tu przedewszystkiem, iż sucha substancja zarówno krwi całkowitej, jak i surowicy przy pierwszym badaniu wypadła bardzo mała; mieliśmy tu zatem rozwodnienie krwi, które wielokrotnie już przez rozmaitych autorów stwierdzane było właśnie przy zapaleniu nerek. Przy powtórnem badaniu rozwodnienie to zmniejszyło się dość znacznie, bo o 1½‰ dla krwi całkowitej i surowicy, co jest zupełnie zrozumiałe z tego względu, iż stan chorego przy drugim badaniu był znacznie lepszy, a obrzęki, jak zaznaczyłem powyżej, znikły już były zupełnie. Rozwodnienie, o którym mowa, dotyczy atoli jedynie białka, gdyż ilość składników mineralnych w postaci popiołu krwi i surowicy, jako też w szczególności zawartość chlorku sodu przy obydwu badaniach były normalne, a bodaj że znajdowały się na górnej granicy normy lub ją nieco przekraczały. Właściwie wobec stwierdzonego przez powyżej cytowanych autorów zatrzymania soli kuchennej w ustroju przy zapaleniu nerek, mogliśmy względem chlorku sodu, a *eo ipso* i względem popiołu oczekiwać w naszym przypadku właśnie nadmiernej ich zawartości we krwi. Przytoczone tu badania

wykazują jednak, iż ewentualne zatrzymanie chlorków na składzie samej krwi *resp.* surowicy odbiło się w danym razie bardzo nieznacznie. Wynik taki odpowiada zresztą w zupełności rezultatom badań innych autorów, że przytoczę tu STRAUSS'a ¹⁾ na przykład. Podaje on kilka liczb dla popiołu surowicy przy zapaleniu nerek mięszzowem pomiędzy 0,66% i 0,86%, a przy śródmięszzowem pomiędzy 0,6% a 0,94%; co się tyczy zawartości NaCl we krwi, to STRAUSS znajdował przy chronicznem zapaleniu nerek śródmięszzowem od 0,507% do 0,682% — liczby, które w zupełności odpowiadają otrzymanym w omawianym przeze mnie przypadku. Cytowani przez STRAUSS'a i inni badacze, jako to SCHMIDT, JARISCH, LIMBECK, RUNDBERG, KORANYI, BIERNACKI, SENATOR i inni otrzymywali analogiczne wyniki.

Taki wynik nie przeczy jednak zupełnie faktowi samej retencji, gdyż chlorek sodu, nie zatrzymując się w samej krwi, zatrzymuje się w tkankach i płynach międzytkankowych, jak to zobaczymy poniżej; a przesieki według badań RUNEBERG'a, SENATOR'a i STRAUSS'a często zawierają więcej chlorku sodu, aniżeli krew. Że retencya chlorków miała miejsce i w naszym przypadku, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, gdyż dowodem jej może być ta kolosalna dechloruracja, jaka wystąpiła w czasie badania pod wpływem diety małosolnej, o czem zresztą poniżej pomówię jeszcze obszernie.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



67. Leyden. Dalsze poszukiwania nad kwestyą pasożytów raka.

L. broni teorii pasożytniczej raka. Opisane przezeń „*Vogelauge - Einschüsse*“ stanowczo są organizmami pasożytniczymi, przedstawiającymi typ współżycia (*symbiosis*) z komórką nabłonkową. Najważniejszymi dowodami, przemawiającymi na korzyść hipotezy są: 1) przeszczepialność raka z ludzi na zwierzęta, 2) przypadki przenoszenia się raka z jednej okolicy błony śluzowej na drugą przez zetknięcie. Trudność zarażania i przeszczepiania L. objaśnia własnościami biologicznymi pasożyta, wyrażając zdanie, że wogóle te pasożyty, które trudno się w ustroju przyjmują, są najbardziej odporne do usunięcia. Niemożność wyhodowania pasożytów raka na sztucznych podłożach nie jest dowodem przeciwnym, znamy bowiem mnóstwo pełzaków i pierwotniaków, których nie udaje się sztucznie hodować.

Swoistego sposobu barwienia „ptasich oczek“ niema. Eozyna-hematoksyliną zabarwia ciało centralne na czerwono. Barwnik Van GIESON'a—zaródź i „*Einschüsse*“ na żółto, jądra i ciała jądrowe na brązowo. Stosując hematoksylinę HEIDENHAIN'a [sole żelazne], można otrzymać czarne zabarwienie ciała centralnego „ptasich oczek“. MICHAELIS radzi barwić preparaty kwaśnym roztworem octowym czerwieni Kongo, następnie dobarwiać hematoksyliną. W ten

¹⁾ STRAUSS. Die chronischen Nierentzündungen in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit und deren Behandlung. Berlin, 1902.

sposób udaje się niekiedy osiągnąć wyraźnie niebieskie zabarwienie ciała centralnego „ptasich oczek“, brunatne—zarodzi komórek, mieszane czerwone i niebieskie jąder.

(*Ztschr. f. Krebsforsch.* I. 4. 1904).

Br. Bartkiewicz.

68. C. Posner. Rak narządów mocz - płciowych i jego znaczenie dla zagadnień z dziedziny raka.

Narząd moczowo-płciowy przyczynił się już niejednokrotnie do wyświetlenia ciemnych dziedzin patologii dzięki swym specjalnym warunkom anatomicznym i fizyologicznym. Kwestya zarażenia się rakiem przez stosunek płciowy nasuwa duże wątpliwości. Na 2330 przypadków raka w narządach płciowych kobiecych i 107 męskich tylko u 38-u kobiet i 4-ch mężczyzn można było przypuścić zarażenie przez małżonka. CZERNY zwraca słuszną uwagę na rzadkość stosunku płciowego z kobietami rakowatymi. W każdym razie niezbędnem jest uprzednie zranienie, pozbawienie nabłonka i t. p. Nadzwyczaj bogatym jest piśmiennictwo w spostrzeżenia zarażenia przez zetknięcie i przeszczepienie [u jednej i tej samej osoby]. Tak np. przy raku szyjki macicznej rozwija się często owrzodzenie na błonie śluzowej pochwy; analogiczne przypadki w pęcherzu opisał ALBARRAN. Nieco rzadsze jest przeszczepienie na narządy bardziej oddalone, jak to miało miejsce w przypadku ISRAEL'a [rak miedniczki nerkowej, wtórne rozrosty w pęcherzu]. Przeszczepienia pooperacyjne są znane i częste.

Teorya COHNHEIM'a nie znajduje punktów oparcia w narządach moczopłciowych. Nowotwory o złośliwym charakterze, wydarzające się w wieku dziecięcym, nawet podczas okresu wewnątrzmacicznego, należą właściwie do typu: „*endothelioma*“, „*hypernephroma*“, „*teratoma*“, „*adenoma malignum*“ i t. d. Interesującym jest spostrzeżenie EHRLICH'a, który widział na wypadłej błonie pęcherza moczowego (*ectopia*) rozwój raka galaretowatego, posiadającego wszystkie cechy raka grubej kiszki, co można jedynie objaśnić obecnością rzeczywistego nabłonka kiszkiowego.

Przewlekłe drażnienie odgrywa pewną rolę. P. zwraca uwagę na zwężenia rzeżączkowe cewki i przetoki moczowe. T. zw. „*leucoplasia*“ często jest poprzedniczką raka. Co się tyczy kamieni w drogach moczowych, to dotąd nie udało mi się stwierdzić ich wpływu. Wpływ czynników chemicznych jest znany od dawna [rak kominiarzy na moszniej]. Do tej samej kategorii zaliczyć trzeba guzy pęcherza u pracujących w fabrykach aniliny [REHN], oraz spostrzegany przez autora przypadek raka pęcherza u robotnika, mającego do czynienia z naftolem [brat chorego, mający też samo zajęcie, cierpiał na kamienie pęcherza].

Ze świata pasożytów przypisywano pewien wpływ typowi „Bilharzia“ i różnym kokcydyom. Dotąd jednak związku patogenetycznego nie ustalono.

Bezpośredni wpływ urazu można przyjąć chyba dla raka prącia. Niektórzy autorzy upatrują związek raka macicy z urazem porodowym. Wyrosty dookoła cewki, które niekiedy pojawiają się po częstem cewnikowaniu, mogą również po pewnym czasie uleść zwyrodnieniu rakowatemu.

Interesującym jest fakt, że guzy pęcherza rzadko dają przerzuty.

(*Zeitschr. f. Krebsforschung.* 1903. I. 1).

Br. Bartkiewicz.

69. A. Braunstein. O wykazywaniu urobiliny i wydzielaniu się jej przy raku.

Jak wiadomo urobilina w moczu normalnym znajduje się w bardzo nieznacznych ilościach. Większe jej ilości pojawiają się w niektórych chorobach wątroby i dróg żółciowych, przy wysaniu się dużych wylewów krwi i w chorobach zakaźnych. Co się tyczy raka, wyniki były dotąd bardzo sprzeczne.

B. poddał obserwacji 22 przypadki [10 przyp. raka żołądka, 5 — raka przełyku, 3 — raka wątroby i pęcherzyka żółciowego, 1 — raka pochwy i prostaty, 1 — raka macicy, 1 — raka otrzewnej, 1 — raka płuc]. Okazało się, że obfite wydzielanie urobiliny można było zauważyć tylko w tych przypadkach, gdzie występował rozpad guza, wysoka ciepota, ropne zapalenie oskrzeli i t. d. Rak wątroby wywoływał wybitną urobilinurę dopóty, dopóki żółć mogła przedostawać się do kiszki. Z chwilą uciśnięcia przewodów żółciowych, urobilina z moczu znikała, a na jej miejscu pojawiała się silna bilirubinuria.

(*Ztschr. f. Krebsforsch.* I. 1. 1903).

Br. Bartkiewicz.

70. Braunstein. Spostrzeżenia nad wydzielaniem chlorków, soli fosforowych, azotu i amoniaku przy raku.

Badanie przemiany materii przy raku gra dużą rolę wobec stwierdzonych zaburzeń ogólnych w przebiegu raka i wycieńczenia, utraty tłuszczu, rozwodnienia krwi i zwyrodnienia krążków czerwonych, wreszcie śpiączki. Dotychczasowe badania przeważnie nad zachowaniem się azotu dały rezultaty sprzeczne. VOGEL, ROMMELAIRE, THIRIAR, GREGOIRE zauważyli zatrzymanie się azotu w organizmie; inne zaś, ROBIN, DUJARDIN-BAUMETZ, JACOBY, MÜLLER, KLEMPERER, LAERTIG, SCHOEP — przeciwnie: zwiększenie się azotu, przewyższające dowóz. Podobne różnice w poglądach panują co do chlorków.

BRAUNSTEIN poddał badaniu 12 przypadków, przebiegających bez powikłań (*ascites, pleuritis, oedema*). W pięciu przypadkach mierzono starannie zawartość azotu i chlorków w pokarmach; w 5-u innych porównywano przemianę materii z chorymi nierakowatymi, pozostającymi na takiej samej diecie.

Tylko u trzech chorych udało się stwierdzić odstępstwo od normy, polegające na wybitnym rozpadzie białka organicznego (zwiększone wydalanie azotu). W jednym zjawisko to przewyższało znacznie rozpad białka, jaki bywa u głodzących się, dochodząc do utraty 14,757 g. azotu dziennie, co w porównaniu z 3—5 g. (u głodomorów) jest cyfrą olbrzymią.

Zachowanie się chlorków nie przedstawiało nic charakterystycznego; ilość soli fosforowych (P_2O_5) była mniej więcej równoległa z azotem, przyczem stosunek był mniejszy, niż normalnie bywa (zamiast 1 : 7,0, 1—3,9, lub 1 : 5,6). Ilość amoniaku wynosiła 2,6 — 3,7% ogólnego azotu, co nie przekracza normalnych granic.

(*Ztschr. f. Krebsforsch.* I. 3, 1904.)

Br. Bartkiewicz.

71. Hansemann. Istnienie jednocześnie guzów różnego rodzaju u jednej i tej samej osoby.

Do grupy pierwszej autor zalicza istnienie równoczesne zupełnie odrębnych guzów łagodnych i złośliwych. Związek tu jest zupełnie przypadkowy, niema bowiem ani jednej osoby, u której nie możnaby się doszukać drobnych naczynek, włókniaków, brodawek i t. d. W niektórych zresztą razach można pomyśleć o pasożytniczem pochodzeniu, czego przykładem może służyć *fibroma moluscum* i niektóre brodawki.

Grupa druga obejmuje przypadki, w których guz złośliwy powstaje jednocześnie w wielu miejscach jednego i tego samego organu, (rozwój wieloogniskowy). Charakterystycznym jest to dla raków skórnych, rozwijających się na gruncie przewlekłego wyprysku, wilka, łuszczycy i t. p. Przykładem również mogą służyć mięsaki skóry i kiszki.

Wreszcie dział trzeci wypełniają b. rzadkie przypadki równoczesnego powstawania raka w różnych narządach, niezależnie zupełnie.

Autor przytacza odnośną kazuisykę, parę swoich przypadków i zaznacza, że wieloogniskowość raka nie przemawia za teorią pasożytniczą; z drugiej

jednak strony rzadkość tego zjawiska bynajmniej zaraźliwości nie wyklucza, jak to utrzymuje KEDING.

(*Ztschr. f. Krebsforsch.* I 3. 1904.)

Br. Bartkiewicz.

72. Scherk. O kierunku badań nad pochodzeniem raka.

Wyliczając szereg cierpień, w których podstawie leżą zaburzenia ilościowe i jakościowe, dotyczące się soli nieorganicznych ustroju ludzkiego, autor wyraża przypuszczenie, że być może, uda się z czasem włączyć do tej kategorii chorób i raka. Bliższych dowodów, prócz analogii, nie przytacza.

(*Ztschr. f. Krebsforsch.* I 3. 1904.)

Br. Bartkiewicz.

73. Simonis. Na jakie powikłania umierają chorzy rakowaci?

S. zestawił 760 protokołów sekcyjnych ze szpitala św. Jerzego w Hamburgu. Okazało się, że zaledwie trzecia część chorych umiera wskutek bezpośredniego wpływu raka, dwie trzecie zaś z powodu różnych powikłań wtórnych. Wiele przypadków t. zw. „kacheksyi rakowej“ należy właściwie zaliczyć do kategorii przewlekłej posocznicy, która powstaje przez wtargnięcie do krwi mnóstwa drobnoustrojów przy rozpadzie guza.

(*Ztschr. f. Krebsforsch.* I. 4. 1904.)

Br. Bartkiewicz

Wiadomości bieżące.

— Dnia 7-go b. m. odbył się konkurs na posadę ordynatora nadetatowego oddziału chorób dróg moczowych, który ma być utworzony przy szpitalu św. Ducha w Warszawie. Do konkursu stanęło 5-iu wytrawnych lekarzy, specjalistów w tej dziedzinie. Wszyscy kandydaci bezsprzecznie zasługiwali na otrzymanie ordynatury tego oddziału; wszyscy znani są jako uzdolnieni lekarze i większość zaznaczyła się na niwie literackiej w dziedzinie swojej specjalności. Dlatego też konkurs w sferach lekarskich budził wielkie zainteresowanie, tembardziej, że pomiędzy kandydatami wystąpił prof. KARSKI.

Odbył się konkurs i wyszliśmy z niego z uczuciem przykrego rozczarowania i rozgoryczenia.

Przed konkursem ze zdziwieniem slyszeliśmy że sprawa już jest przesądzona, a konkurs przedstawia tylko kwestyę formalności; stąd mogło się rodzić podejrzenie, że konkurs odbywać się miał dla osoby, nie dla oddziału. Nie chcieliśmy dać wiary tego rodzaju pogłoskom, a jednak potwierdził je ostateczny wynik konkursu.

Gdy równą najwyższą liczbę głosów otrzymało trzech z pośród współkonkurentów, jeden zaś przed ogłoszeniem wyniku głosowania rzekł się oddziału w szpitalu św. Ducha, wybór pomiędzy dwoma zdecydował według oświadczenia przewodniczącego, głos naczelnego lekarza szpitala. Nie możemy nie wyrazić ubolewania, że lekarz naczelnym mógł wywierać nacisk na ostateczny wybór ordynatora i że sędziowie przeciw temu nie zaprotestowali.

Podobnych niewłaściwości okazało się więcej w przebiegu konkursu.

Członkowie delegacyi konkursowej nie uważali za odpowiednie wykonać zakreszonego przez nich, a przez przewodniczącego ogłoszonego planu, a mianowicie nie zajądali wykonania operacyi na trupie, aczkolwiek wyraźnie oświadczyli, że w razie

równości głosów pomiędzy konkurentami, o wyborze ordynatora decydować miała operacja; więc nie spełniono zobowiązania względem konkurentów, czego świadkiem było liczne audytoryum. Jeżeli szpital św. Ducha nie przedstawi warunków do odbywania w nim konkursów, należało wybrać inne miejsce, w którym władza szpitalna mogłaby zadość uczynić wymaganiom, prawem zastrzeżonym; a jeżeli dla powodów nam nieznanych miano odstąpić od ustawy, dotąd obowiązującej, a przez prawodawstwo niezmienionej, nie należało dawać obietnicy, której nie dotrzymano.

Prawodawca, zarządzając konkursy publiczne, przezto samo sposób przeprowadzenia i ich wyniki poddał kontroli publicznej, która ma prawo wyrokować, tembardziej, że składa się w tym razie z samych lekarzy.

Z punktu widzenia prawnego obrażony został § 11 c ustawy szpitalnej, który orzeka, że na konkursie na ordynatora oddziału chorób zewnętrznych kandydat wykonać winien dwie operacje na trupie; dopuszczenie do operacji tylko wybranych konkurentów, czego, jak powyżej zaznaczyliśmy, nawet nie wykonano, nie zgadza się z ustawą.

Jeżeli więc w ostatniej chwili nastęrczyły się rzeczywiście poważne trudności w wykonaniu litery prawa, należało dokończenie konkursu odroczyć na jeden lub nawet parę dni, dopóki nie przygotuje się materiału do operacji, jak to już raz było na jednym z konkursów chirurgicznych.

Nie możemy wierzyć, aby sędziowie, do których należeli trzej doświadczeni chirurdgowie i jeden również biegły specjalista chorób wenerycznych, wybierali materiał do wzmiankowanego konkursu, albowiem pośród chorych widzieliśmy przypadki do konkursu zupełnie się nie nadające. Wybór chorych powinien być dokonywany nie dorywczo, lecz zawczasu przez grono ludzi kompetentnych, świadomych swych poważnych obowiązków.

Teren do konkursu nie został więc ani dostatecznie przygotowany, ani obmyślony; ktoś więc powierzonego sobie mandatu należycie nie wykonał, a w ostatniej chwili miesiano dołożyć starań, aby ratować sytuację, w którą delegacya konkursowa została wprowadzona.

Nie wdajemy się w rozbiór spraw, jakie się działy przy drzwiach zamkniętych pomiędzy członkami sądu konkursowego, jednakże wiadomości, jakie doszły do nas, budzą smutne refleksye. Przypuszczamy, że profesor uniwersytetu może nawet być czasami niedogodnym ordynatorem w naszych stosunkach szpitalnych, sądzymy jednak, że dobro szpitala i dbałość o jego poziom stać powinny ponad względami postronnymi. W tych atoli warunkach możemy tylko żałować, że prof. KRYSKI chciał stanąć do konkursu; wątpimy, czy przykład jego, zasługujący na uznanie, pobudzi innych kolegów w przyszłości do naśladownictwa, w imię samej tylko zasady, że konkurs stanowić winien jedyną właściwą drogę do obsadzania posad szpitalnych.

— Na zasadzie konkursu, odbytego w d. 7 b. m., na posadę ordynatora nadetatowego oddziału chorób moczowych w szpitalu św. Ducha delegacya z ramienia Rady miejskiej Dobroczyńności publicznej postanowiła podać do zatwierdzenia na tej posadzie kol. MINOERA; oraz przyznała kol. GROSELIKOWI i prof. KRYSKIEMU prawo otrzymania w przyszłości posady ordynatora szpitalnego bez powtórnego konkursu.

— Odczyt dra JÓZEFA JAWORSKIEGO p. t. „O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzających, oraz opieki nad noworodkiem“, wypowiedziany w Wydziale Hygieny ludowej W. T. H. w dniu 2. III. 1901 roku i wydrukowany następnie w Krytyce Lekarskiej [zeszyty 6 i 7 tegoż roku], ukazał się obecnie w 2-cm wydaniu.