

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA CYFR W SPRAWIE ALKOHOLOWIZMU U NAS.¹⁾

Podał

A. Puławski.



Już w r. 1882 A. ROTHE, pisząc swą pracę o alkoholizmie [Gaz. Lek. 1882], zwrócił uwagę, że „większa część państw zagranicznych nie ma żadnego prawa do robienia nam zarzutu, jakoby Polska była krajem, który się *par excellence* odznacza nadużyciem napojów wysokokowych, a przeważnie wódki. Prawda, że wódka u nas jest w użyciu, ale nie tylko nie więcej, lecz owszem w daleko mniejszej ilości, aniżeli u innych ucywilizowanych narodów“ [str. 844]. Jakoż na mocy zebranych przez siebie danych urzędowych ROTHE oblicza, iż w czasie, kiedy on pisał swą pracę [1882], na każdego mieszkańca Królestwa [przy ludności 6½ miliona] wypadło przeciętnie rocznie 1,09 garnca wysokoku czyli 2,19 garnca, t. j. 8,76 litrów wódki [licząc, iż produkowany u nas wyskok ma 80° Trallesa, a wódka 40%] ²⁾. Prócz tego na każdego mieszkańca przypadło 12,84 litrów piwa [6,34 bawarskiego, 6,50 — zwyczajnego]. W innych krajach w tymże czasie wypadło na głowę wódki: w Holandyi 50,22 litra, w Danii—20, w Rosyi—13,9, w Niemczech — 10,65, w Szwecyi — 10,34, we Francyi — 5,88, w Finlandyi—4,4. Piwa zaś wypadło na głowę we Francyi w r. 1874 — 20,95 lit., w Niemczech w r. 1875—52,2 litra.

Zrobiono w swoim czasie ROTHE'mu zarzut [P. KOŁUDZKI z Sosnowca — Gaz. Lek. 1883, str. 192], iż do ilości spotrzebowanego spirytusu w naszym kraju, podanej przez niego, należy dodać: 1) ilość zatrzymywanego przez straż pograniczną i sprzedawanego w instytucjach celnych i 2) ilość wprowadzonego drogą kontrabandy, co według danych zebranych przez KOŁUDZKIEGO podniesie liczbę podaną przez ROTHE'go z 8,76 litrów do 13,39 i wyznaczy nam w szeregu innych narodów co do ilości spotrzebowanej na głowę wódki nie przedostatnie miejsce, jak chce ROTHE, lecz średnie. Na to ROTHE odpowiedział, iż ilość zatrzymywanego na komorze spirytusu jest corok zmienną, ilość przemycanego—zupełnie niewiadomą i dlatego cyfrowo wyrażoną być nie mo-

¹⁾ Komunikowane na posiedzeniu wydziału higieny ludowej w maju r. b.

²⁾ Z innych źródeł wiadomo nam, iż u nas używaną jest wódka 50°—52°, [w reszcie państwa ross. 40°]. Żydzi piją wódkę 60°—80°.

że (*ib. str. 194*). Można więc tylko powiedzieć, że cyfra podana przez ROTHE'go jest zamałą, ale o ile—niewiadomo, co zresztą nie przeszkadza do porównań z latami następnymi. Tenże ROTHE, na mocy danych, zaczerpniętych z zarządów akcyznych, zaznacza, iż w ciągu ostatnich lat 10 [1872—1882] zużycie wódki nie tylko się nie zwiększyło, lecz przeciwnie znacznie zmniejszyło, tak iż prawie z pewnością można powiedzieć, iż przed 10 laty Królestwo Polskie spotrzebowало wódki przynajmniej o $\frac{1}{3}$ część więcej, aniżeli teraz. [Alkoholizm, str. 824].

Od czasu pracy ROTHE'go upłynęło lat 16. Jak przez cały ten czas stała u nas sprawa alkoholizmu, nie wiem, ale udało mi się dostać urzędowe dane ¹⁾ za rok 1894 [późniejsze nie są jeszcze wydrukowane] i przeciętną za trzy lata [1891, 1892 i 1893] o zużyciu spirytusu w Królestwie Polskiem. Dane te wykazują, że ilość zużytego spirytusu w latach 1891, 1892 i 1893 wynosiła u nas przeciętnie na głowę 17,5^o Trallesa ²⁾ [przy ludności 9,108,900], co obliczając według rachunku ROTHE'go [spirytus 80%, wódka 40%] czyni 2,96 litra spirytusu = 5,92 litr. wódki. W roku zaś 1894 [przy ludności 9,456,119] ilość ta wynosiła 19,3^o czyli 3,13 lit. spirytusu = 6,26 litra wódki. Innemi słowy, ilość zużytego spirytusu w r. 1893 [przeciętna z 3 lat] w porównaniu z r. 1882 zmniejszyła się o 2,84 litra na głowę, w r. 1894 cokolwiek się podniosła, ale zawsze była mniejszą od cyfry podanej przez ROTHE'go o 2,50 litra na głowę.

Naturalnie, że i w tym rachunku nie zostały uwzględnione dwie ilości: jedna—zmienna, a druga niewiadoma, t. j. ilość spirytusu skonfiskowana na komorach i tamże sprzedana oraz ilość spirytusu przemyconego. Ilości te mogą otrzymane cyfry podnieść, ale nie zmieniają tego faktu, że ilość zużytego spirytusu u nas w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyła.

Co się tyczy oddzielnych gubernii, to pierwsze miejsce zajmuje obecnie jak i dawniej gubernia warszawska [32,1^o bezwodnego alkoholu w r. 1893 — przeciętna z 3 lat i 33,9^o w r. 1894], dalej piotrkowska [25,1^o i 30^o], lubelska [14,8^o i 13,9^o], kaliska [14,3^o i 15,7^o], siedlecka [13,9^o i 14,2^o], łomżyńska [9,7^o i 12,6^o], radomska [12,70^o—14,7^o], suwalska [11,3^o—14,1^o], kielecka [11,1—11,2^o] i wreszcie plocka [9,1^o i 11,4^o]. Przeciętna liczba zużytego spirytusu na głowę w latach omawianych w Królestwie Polskiem jest niższą od przeciętnej średniej dla Rosyi Europejskiej [21,9^o i 23,2^o] oraz prawie jedną z najniższych ze wszystkich dzielnic w państwie. Nie licząc Finlandyi, której w sprawozdaniu nie umieszczono, a dla której w r. 1882 ROTHE podaje 4,4 litra wódki na głowę [13,6^o], zużyto mniej spirytusu w guberniach wschodnich [wiałka, kazańska, orenburska, permska, ufimska]—12,5^o i 13,4^o; prawie tyleż, co w Królestwie wypito w guberniach północno-zachod-

¹⁾ Sprawozdanie departamentu dochodów niestałych za r. 1894 oraz Dodatek do tegoż tomu. St. Petersburg. 1896. [Otoczot departamenta nieokładnych sborow za 1894 god].

²⁾ 100^o bezwodnego spirytusu = 1 wiadro = 13 litrów. ROTHE oblicza, że wiadro spirytusu = 80^o.

dnich [wileńska, witebska, grodzieńska, kowieńska, mińska, mohylewska] — 18,6° i 18,7°, nadbałtyckich—21,1° i 21,2°. Znacznie już więcej spirytusu zużyto w guberniach południowo-zachodnich [wołyńska, kijowska i podolska]—26,9° i 27,4°, a najwięcej spirytusu przypada na gubernie północne [archangielska, wologodzka, nowogrodzka, ołoniecka, pskowska i petersburska]—30,8° i 31,3°, a z nich na petersburską 64,0° i 65,7°—najwięcej w całym państwie, oraz na gubernie środkowe-przemysłowe [włodzimierska, kałuska, kostromska, moskiewska i t. d.]—30,2° i 31,2°, gdzie znów pierwszeństwo ma gubernia moskiewska — 61,4° i 60,2°, druga po petersburskiej. [Trzecie miejsce zajmuje gub. warszawska 32,1° i 33,9°, czwarte—chersońska—32,1° i 39,9°, dalej taurydzka—31,0° i 33,7° i ziemia kozaków dońskich—30,6° i 31,6°. Za nimi dopiero idą gub. południowo-zachodnie i nasza gub. piotrowska 25,9 i 30,0°].

Co do piwa, w wymienionem przezemnie sprawozdaniu urzędowem podaną jest tylko ilość wyprodukowanego w Królestwie piwa, mianowicie 9,140,000 wiader. Przypuszczając, że prawie cała produkcja piwa spożywaną jest na miejscu, wypadłoby na głowę mniej więcej 1 wiadro, t. j. 13 litrów. Jeżeli dodać do tego pewną ilość piwa przywożonego z zagranicy, cyfra ta wypadnie cokolwiek wyższą od podanej przez ROTHE'go [12,84 litrów]. Nadto R. obliczał dwa gatunki piwa [bawarskie i zwyczajne], w sprawozdaniu podany jest tylko jeden gatunek [bawarskie].

Dane powyższe wykazują w ogóle, że alkoholizm u nas postępu nie robi, że przeciwnie stale się zmniejsza. Czy te fakty jednak uwalniają nas od walki z nadużywaniem trunków? Bezwątpienia, że nie. Przedewszystkiem skłonność do doraźnego nadużywania trunków wśród mas nieoświeconych bardzo jest u nas rozpowszechnioną. Niejakie światło na tę sprawę może nam rzucić statystyka pogotowia ratunkowego za pierwsze półtora roku swego istnienia¹⁾. Otóż w ciągu tego czasu było ono wzywane 161 razy do pijanych znalezionych w stanie nieprzytomności na ulicy, a przeszło 608 razy do pokłutych i poranionych przeważnie w stanie podpiłym [na ogólną liczbę wezwań 5326]. Z pewnością i pod innemi rubrykami, jak: padaczka i histerya, osłabienie ogólne, udary mózgowie, złamania, rany tłuczone i kąsane dałaby się wyosobnić spora liczba ofiar alkoholizmu. Z drugiej strony taką wyraźną tendencją do zmniejszania się alkoholizmu należy wszelkimi siłami wyzyskać i utrzymywać, bo widać, że grunt jest ku temu podatny i praca taka może wydać dobre owoce. I w państwie rosyjskiem są prowincye, gdzie o wiele mniej wypijają alkoholu niż u nas [np. Finlandya]. Do tego więc ideału dążyć należy. Jednym ze środków ku temu służących są właśnie odczyty ludowe, inaugurowane przez nasze Towarzystwo Hygieniczne.

¹⁾ Sprawozdanie z czynności Towarz. Doraż. Pom. Lekarskiej w Warszawie za r. 1897 i 1898. Warszawa 1899.

II. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

D-r J. Fajersztajn

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 27].

Stopień upośledzenia ruchów ciała zależy wprost od rozległości i natężenia zmian mięśniowych. Z początku chorzy mogą jeszcze chodzić, po krótkim jednak czasie tracą możność przenoszenia się z miejsca na miejsce, a w końcu sprawa chorobowa wzmaga się tak dalece, że są oni skazani na zupełną niemal nieruchomość: nie mogą obrócić się z boku na bok, usiąść w łóżku, podnieść kończyn, nawet wykonywać ruchów głową. Podobne unieruchomienie tlómraczyć należy często nadmiernym ciężarem obrzękłych członków i bólowem zahamowaniem skurczów mięśniowych; nierzadko jednak stwierdzić można prawdziwe niedowłady, a nawet porażenia, zwłaszcza w mięśniach szyi i karku [HEPP, nasz przyp. 3-ci]. Ruchy rąk i palców, podobnież ruchy stóp ponoszą stosunkowo najmniejszy uszczerbek. Szerzenie się sprawy na muskulaturę polyku, krtani i klatki piersiowej pociąga za sobą bardzo groźne przypadłości i powikłania. Opadanie powiek i zez spostrzegano tylko w jednym przypadku [STRUEMPELL].

Ciężkim objawom mięśniowym nie zawsze odpowiadają przedmiotowo stwierdzić się dające zmiany miejscowe.

Najważniejszym z objawów miejscowych jest bolesność muskulatury; nadmierna czułość na ucisk bywa nieraz nawet jedynym namacalnym dowodem nieprawidłowego stanu mięśni. Wrażliwość ta bywa niekiedy tak znaczna, że rzecz dochodzi niemal do *noli me tangere*. Z drugiej strony jednak w przypadkach, ciągnących się dłużej, stopień nadczułości na ucisk staje się o wiele mniejszy, tak że dokładniejsze obmacywanie zarysów mięśni nie wywołuje już bólu. Tak np. w przypadku KOESTER'a wszystkie mięśnie kręgosłupa okazywały „pewną, niezbyt znaczną wrażliwość na ucisk”; w mięśniach przedramion stwierdził KOESTER również tylko „pewną nadczułość na ucisk“ (*l. c.* str. 152).

Ruchom biernym towarzyszy najczęściej żywy ból i to tem żywszy, im większą jest amplituda ruchu. Pochodzi to ztąd, że, jak się zdaje, mięśnie znajdują się w stanie pewnego napięcia i przykurczenia, a wskutek tego każdy znaczniejszy ruch bierny powoduje nadmierne rozciągnięcie zarówno mięśni jak ścięgien. Co do tych ostatnich, można się przekonać przez obmacywanie o wielkiej ich wrażliwości, zwłaszcza u nasady, wrażliwości, przewyższającej

nieraz nadczułość samych mięśni. Znane są nawet przypadki, w których mięśnie nie były bolesne, podczas gdy okolice, w których brzusce mięśniowe przechodzą w ścięgna, odznaczały się nadzwyczajną czułością na ucisk [HEPP, nasz przypadek 1].

Przykurczenia mięśni należą do dosyć pospolitych objawów mnogiej *myositis*. Przykurczeniu ulega najczęściej mięsień dwugłowy, którego ścięgno napina się nieraz bardzo mocno przy każdej próbie wyprostowania przedramienia [HEPP, KOESTER], jako też mięsień piersiowy (*m. pectoralis maj.*).

KOESTER wspomina o lekkim przykurczeniu zginaczy palców [por. nasze spostrzeżenie]. W podobny sposób należy pojmować „sztywność ruchów“ [kręgosłupa, członków, głowy] i „zesztywnienie“ w pewnych stawach. O objawach tych spotykamy liczne wzmianki w wielu historyach chorób.

Zdaje się, że przykurczenia mięśni występują najwybitniej w przypadkach o bardziej przewlekłym przebiegu [JACOBY, POTAIN, KOESTER, LOEWENFELD, nasze spostrzeżenia].

Bolesność sama lub też połączona z większem lub mniejszem przykurczeniem bywa w wielu przypadkach jedyną oznaką chorobowego stanu pewnej części mięśni; w innych natomiast mięśniach występują obok tego daleko charakterystyczniejsze zmiany. Polegają one na obrzmieniu mięśni. Z powodu towarzyszącego mu nader często obrzęku skóry i tkanki podskórnej, trudno nieraz obmacać zarysy mięśni; gdzie się to jednak udaje, stwierdzić możemy najczęściej—podnieść jednak należy z naciskiem, że nie zawsze—rozlane obrzmienie i niezwykłą zbitość mas mięśniowych: mięśnie są „twarde“, „sztywne“, „napięte“, lub też „obrziałe i ciastowate“. Podczas gdy zwykle zmienia się w podobny sposób konsystencya całego mięśnia, spotkać się można ze spostrzeżeniami, stwierdzającymi ograniczone miejscowe stwardnienia. Zdaje się, że podobne bardziej guzowate obrznięcia wydarzają się pospoliciej w przewlekłych przypadkach.

W wyjątkowych razach mięśnie, zamiast twardnieć i tężeć, sprawiają wrażenie niezwykle miękkich mas [LOEWENFELD].

W późniejszych okresach choroby — mamy tu na myśli dłużej trwające przypadki — część mięśni ulega zanikowi. LOEWENFELD stwierdził [w 7-ym miesiącu choroby] zanik mięśni barków, ramion, łopatek i tułowia; najbardziej dotknięte były: mięsień trójkątny, trójgłowy, wielki piersiowy.

LEVY opisuje zanik drobnych mięśni rąk. UNVERRICHT [przyp. 2-gi] i KOESTER wspominają o lekkim zaniku mięśni trójkątnych [w 5-m miesiącu choroby]. Jest to godnem uwagi, że i w naszych dwu spostrzeżeniach zaniki obrały sobie to samo siedlisko.

Bardzo charakterystycznym i zwykle wczesnym objawem mnogiej *myositis* są obrzęki skóry, umiejscowione przeważnie na kończynie, zwłaszcza górnych; występują one jednak także na twarzy i na tułowiu [na piersiach, rzadziej już na grzbiecie i powłokach brzusznych].

Na twarzy widuje się tylko mierny obrzęk, natomiast górne powieki obrzmiewają nieraz bardzo znacznie. W przypadku HEPP'a i naszym [1-m]

obrzęk umiejscowił się w dolnych powiekach. Wargi obrzmiewają niekiedy również dosyć wybitnie.

Na górnych kończynach obrzmiewają najczęściej ramiona i przedramiona, ręce bywają zwykle wolne od obrzmienia, zdarza się jednak, że obrzmiewają zlekka także grzbietowe powierzchnie rąk i palców.

Obrzęki dosięgają często znacznego stopnia rozwoju, dzięki czemu całe górne kończyny przybierają niezwykle wygląd; zamieniają się one mianowicie na niekształtne walcowate masy [GLUZIŃSKI, UNVERRICHT, SENATOR].

W innych znów razach obrzmienie górnych kończyn rozwija się nierównomiernie, występuje wysepkowato, albo też zajmuje tylko zewnętrzną lub wewnętrzną powierzchnię członków. Wogóle przyjąć należy za zasadę, że stopień rozwoju obrzęku bywa najwyższym w tych okolicach skóry, pod którymi znajdują się większe masy mięśniowe, stąd też np. obrzmałe przedramiona przybierają nieraz kształt wrzecion, zwężających się stopniowo ku stawowi nadgarstkowemu [WAGNER, HEPP, STRUEMPELL]. Zdarza się jednak wcale nierzadko, że pomimo głębokich zmian, jakim uległy mięśnie, pokrywająca je skóra nie okazuje ani śladu obrzmienia [w przyp. HEPP'a i KOESTER'a — na brzuchu, w przyp. LEVY'ego — na lewym ramieniu, w przyp. LOEWENFELD'a — na prawym ramieniu, w przyp. BOECK'a — na piersiach i t. p.].

Na dolnych kończynach obrzmienia są mniej wybitne, i tu jednak dochodzi niekiedy do dużego zniekształcenia.

Znamioną dla wielu przypadków mnogiej *myositis* jest niezwykle twardość i elastyczność obrzmienia. Uciskając palcem obrzmałą skórę, albo wcale nie udaje się otrzymać charakterystycznego dla zwykłych obrzęków surowicznych dolka, albo też małeńkie zagłębienie, jakie tu powstaje, wyrównywa się natychmiast po odjęciu palca. W przypadku LOEWENFELD'a obrzmienie było tak twarde, że przypominało miejscami zmiany sklerodermiczne.

Nie zawsze jednak obrzmienia odznaczają się podobną zbitością. KOESTER opisuje np. „szczególną ciastowatą konsystencją“; w przypadkach BUSS'a, VÉRON'a, LORENZ'a i naszym [1-m] obrzęk był miękki. Dodać tu należy, że w przebiegu choroby zbite obrzmienia zmieniać się mogą na miękkie [WAGNER], a nadto, że u jednego i tego samego chorego obok twardych spotkać się można jednocześnie ze zwykłymi, ciastowatymi obrzękami. Ponieważ wspomniane dopiero przypadki BUSS'a, LORENZ'a, VÉRON'a i PRINZING'a mogły być zaliczone do krwotocznej *myositis*, sądzi LORENZ, że miękkość obrzmiń uważać należy za patogonomiczny objaw wymienionej postaci. Zdaje się jednak, że jest to niezupełnie słuszne zapatrywanie; w przypadkach bowiem, nieposiadających anatomicznych cech krwotocznej postaci, widywano również, przynajmniej w pewnych okresach choroby, miękkie obrzęki [WAGNER, HEPP].

Nawiasowo zauważyć tu należy, że nie wszystkie opisy wyrażają się jasno o rodzaju obrzęków.

Ogłędziny pośmiertne stwierdzają stale surowiczy charakter wysięku. Tem samym przyjąć należy, że większa lub mniejsza zbitość obrzęku skóry zależy może jedynie od ilości cieczy, nagromadzonej nie tylko w szczelinach łączno-tkankowych tkanki podskórnej, jak to się dzieje w zwykłej *anasarca*,

lecz we wszystkich częściach miękkich kończyny [włącznie z mięśniami, powięziami i tkanką śródmięśniową].

Trwałość obrzęków bywa bardzo rozmaita. Utrzymują się one nieraz całymi tygodniami, a nawet miesiącami [LEVY] bez większych zmian, podczas gdy w innych przypadkach występuje w sposób uderzający znikomość obrzęków. Idzie ona zwykle w parze ze skłonnością do nawrotów albo efemerycznych [FENOGLIO, nasz przypadek 2-gi] albo też trwalszych [nasz przypadek 1-y, KOESTER].

Wykwity skórne, występujące w przebiegu mnogiej *myositis*, odznaczają się wielką różnaitością; nie posiadają one przytem nic charakterystycznego ani co do rozległości ani co do umiejscowienia. Zaznaczyć tylko wypada, że zmiany skórne pojawiają się po części w okolicach, w których mięśnie są mocno dotknięte, w części jednak przebiegają zupełnie niezależnie od stanu muskulatury. Siedliskiem wykwitów bywają najczęściej kończyny; następnie sadowią się one chętnie na twarzy i szyi, rzadziej już na piersiach i grzbiecie.

Obok ograniczonego zaczerwienienia skóry, któremu towarzyszy czasami miejscowe podniesienie ciepłoty, występującego najczęściej na twarzy i szyi, jakoteż i na kończynach [w najbardziej obrzękłych miejscach], a przypominającego poniekąd różę [WAGNER, STRUEMPELL, SENATOR], spotykamy w poszczególnych przypadkach: wysypki podobne do odrowych [BUSS], plonicowych [nasz przypadek 3-i], pokrzywkowych [HEPP, UNVERRICHT, SENATOR, FÜCKEL], różyczkę [PLEHN], większe plamy czerwone [LEVY], rumienie [POTAIN, HEPP], *purpura* [LEVY], wybroczyny skórne i plamy barwnikowe [JACOBY, BUSS, VÉRON, LOEWENFELD ¹⁾], *eczema rubrum* [KOESTER].

Różnorodne te wykwity skórne pojawiają się bądź to w początkowych okresach choroby, bądź dopiero znacznie później. Trwają one raz dłużej, drugi raz krócej, a wcale nierzadko podlegają nawrotom.

Na błonach śluzowych ust i gardzieli występują dosyć często objawy niezbytowego zapalenia. STRUEMPELL, LEVY, BOECK i KOESTER opisują *stomatitis*; POTAIN, HEPP i LEVY zapalenie gardzieli. Dodać tu trzeba, że chorzy skarżą się niekiedy na bóle przy połykaniu, choć badanie nie wykazuje żadnych zmian miejscowych w gardle. Źródłem bólów tych jest najprawdopodobniej zapalny stan mięśni gardzielowych.

Z ogólnych objawów mnogiej *myositis* zasługuje przedewszystkiem na uwzględnienie gorączka. Prawie wszystkie spostrzeżenia zaznaczają podwyższenie ciepłoty ciała, który to objaw tylko w bardzo rzadkich przypadkach mógłby zależeć od powikłań [gruźlica, zapalenie oskrzeli, końcowe zapalenie płuc]. Nie ulega jednak wątpliwości, że sama mnoga *myositis*, jako taka przebiega najczęściej z niezbyt wysoką gorączką, zwalniającego typu. Wyższe ciepłoty 39,0°, 39,5°, 40° występują zwykle dopiero na krótko przed śmiercią.

¹⁾ LORENZ zalicza przypadki Buss'a i Véron'a do gromady krwotocznej *myositis*.

W podobny sposób zachowuje się ciepłota ciała w przebiegu krótkotrwałych ostrych przypadków, natomiast w przypadkach ciągnących się przez czas dłuższy gorączka albo ustępuje na drugi plan, pojawiając się rzadko i to na krótkie okresy, albo też zupełnie się nie pokazuje. Z „typowych“ jeden tylko przypadek KOESTER'a odznaczał się podobnym bezgorączkowym przebiegiem; w spostrzeżeniach POTAIN'a, LOEWENFELD'a i dwu naszych [1-ym i 3-im] gorączka była zjawiskiem niestałym, sporadycznym; w 2-im naszym przypadku gorączki [w okresie obserwacyjnym] wcale nie było.

Podobnie jak z gorączką ma się rzecz z obrzmieniem śledziony. W przypadkach ostrych śledziona była najczęściej powiększona [HEPP, UNVERRICHT, PLEHN, GŁUZIŃSKI, STRUEMPELL]—nie zawsze jednak, jak tego dowodzą spostrzeżenia WAGNER'a, BOECK'a, SENATOR'a (1). W przypadkach przebiegających bardziej przewlekłe stwierdzili obrzmienia śledziony: POTAIN ¹⁾, LORENZ. W spostrzeżeniach PRINZING'a ²⁾, SCHULTZE'go, KOESTER'a, LEVY'ego i naszych śledziona nie była powiększoną.

Do objawów ogólnych zaliczyć wypada również obfite, męczące poty. HEPP i LEVY opisują potówkę. W przypadkach o przebiegu bardziej przewlekłym widzieli nadmierne pocenie się: LOEWENFELD, LEVY i KOESTER. Zdaje się, że będący w mowie objaw wystąpił także na pewien czas w naszym 1-em spostrzeżeniu; w 2-em i 3-em nadmiernego wydzielania się potu nie było.

Poza zmianami gruźliczemi, znajdowanemi stosunkowo często u osób dotkniętych mnogą *myositis* [p. w.], nie można pospolicie wykazać ani przy łóżku chorego, ani też na stole sekcyjnym żadnych powikłań, któreby nie zależały wprost od pierwotnej sprawy [zatrzymanie się śluzu w drogach oddechowych, aspiracya cząstek pokarmowych z następczemi zmianami nieżyłtowemi oskrzeli i ogniskowemi zapaleniami płuc].

Białkomocz występuje bardzo rzadko [HEPP, STRUEMPELL]. Mocz jednego z naszych chorych [spostrzeżenie 1-e] zawierał również ślady białka ¹⁾. W jednym tylko spostrzeżeniu SENATOR'a sprawa była powikłana ostrem zapaleniem nerek.

Tak mają się rzeczy w niewątpliwych przypadkach mnogiej *myositis*. Co się tyczy nietypowych postaci, zasługują na uwagę dwa spostrzeżenia. W jednym z nich choroba przebiegała jako *polymyositis*, do której przyłączyło się ostre zapalenie nerek. Chory wyzdrowiał. Mięśnie nie były badane drobnowidzowo, wobec czego obraz kliniczny, sam przez się dosyć niejasny i tak niezwykle powikłany, nie daje podstaw do pewnego rozpoznania.

Przypadek, o którym mowa, budzi pomimo to duże zajęcie, zniewała on bowiem, podobnie jak wspomniany wyżej przypadek SENATOR'a, do zastano-

1) „Rate assez volumineuse et ferme, pèsant 248 grm“.

2) Milz nur unbedeutend grösser [z protokołu sekcji].

3) Wobec ciężkiego stanu chorych, gorączki, wysypki posiadającej niekiedy krwotoczne cechy i nagromadzenia się w ustroju znacznych ilości wysięku, możnaby oczekiwać częstszego pojawiania się białkomoczu. Warto tu zaznaczyć, że w przebiegu tryehinozy mocz z reguły również nie zawiera białka.

wienia się nad pytaniem, w jakim związku pozostaje sprawa mięśniowa z ostrem cierpieniem nerek.

KORNIŁOW opisuje przypadek, dotyczący mężczyzny, u którego w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek [„duża pstra nerka“], powikłanego zapaleniem osierdzia i opłucnej, rozwinęło się niemal zupełne porażenie kończyn, połączone z bolesnością muskulatury, pozatem żadnych miejscowych objawów mięśniowych, ani też zmian skórnych nie było. Sekcja wykazała zmiany zapalne i zwyrodnienia w mięśniach kończyn i tułowia jako jedyną przyczynę zaburzeń ruchowych ¹⁾).

Z innego rodzaju powikłaniami spotykamy się w spostrzeżeniu SCHNELL'a [1-m]. Autor ten opisuje zapalenie mięśni jednej tylko kończyny, do którego dołączyły się: krwotoczne zapalenie osierdzia, wysiękowe zapalenie opłucnej i zakrzep żyły czezej. Zarówno powikłania te, jak umiejscowienie cierpienia mięśniowego przemawiałyby przeciwko rozpoznaniu mnogiej *myositis*, warto jednak zaznaczyć, że przypadek SCHNELL'a posiada przeciw pewne, zbliżające go do niej cechy: choroba rozpoczęła się obrzękiem twarzy i plamistą wysypką na twarzy i rękach. [C. d. n.]

III. SARKOMATOZA RDZENIA I SYRINGOMYELIA;

PRZYCZYNEK DO NAUKI O POWSTAWANIU JAM W RDZENIU.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 6. XII. 1898 r.]

Przez

D-ra med. Stanisława Orłowskiego.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 27].

W materyale więc anatomicznym naszym na pierwszy plan występuje sarkomatoza rozlana opon rdzenia na całej długości tego narządu.

Obraz ten jest o tyle jaskrawy i szczególny, że trudno przypuścić, aby mógł przejść niepostrzeżonym przy sekcji; tymczasem kazuistyka podobnych przypadków jest niezmiernie ubogą, co dowodzi ich wielkiej rzadkości. Pomi-
mo, że pierwsze spostrzeżenie analogiczne datuje aż z przed 60 laty [OLLIVIER ²⁾], do ostatnich czasów zbierało się ich w piśmiennictwie lekarskim

¹⁾ Rozstrząsanie kwestyi, czy zmiany anatomiczne opisane przez KORNIŁOWA pojmować należy jako zapalne, czy też degeneracyjne, przekraczałoby zakres niniejszej pracy. LORENZ sądzi, że przypadek K. niema nic wspólnego z mnogą *myositis* — ma to być przykład ostrego zaniku [a więc sprawy, polegającej na zwyrodnieniu]. Rozdział poświęcony ostremu zanikowi znajduje się w 2-giej części dzieła LORENZ'a, która dotychczas jeszcze nie opuściła prasy.

²⁾ OLLIVIER *Traité des maladies de la moelle épiniere*. Paris. 1837. V. II p. 490.

zaledwie 12: SCHULTZE ¹⁾ 1880, SCHULZ ²⁾ 1885, RICHTER ³⁾ 1886, COUPLAND and PASTEUR ⁴⁾ 1887 [dwa spostrzeżenia], NIKIFOROW i SZATAŁOW ⁵⁾ 1887, CRAMER ⁶⁾ 1887 r., HIPPEL ⁷⁾ 1892 r., WESTPHAL ⁸⁾ 1894 r., BUSCH ⁹⁾ 1896 r., BRUNS ¹⁰⁾ 1897.

Dane kliniczne w tych spostrzeżeniach taką odznaczają się różnobarwnością, że niepodobniestwem jest zestawić z nich jakiś szemat ogólniejszy.

Dość powiedzieć, że pomimo, iż zwykle zmiany anatomiczne zajmują całą prawie długość rdzenia, w wielu przypadkach zbywało właśnie na objawach rdzeniowych, lub też odsunięte one były na daleki plan w obrazie klinicznym; ten ostatni zapępniały bądź objawy mózgowo [WESTPHAL, SZATAŁOW], bądź mózdkowe [OLLIVIER, BUSCH]:

I zjawiska rdzeniowe były najrozmaitszej, niezbyt określonej natury. Przywykliśmy przecież uważać za charakterystyczne dla spraw oponowych objawy podrażnienia ze strony korzeni rdzeniowych—na pierwszym planie bóle rozmaite. Tymczasem w wielu przypadkach bólów nie było zupełnie lub też nie dosięgały one wysokiego natężenia; do tej kategorii należy, oprócz spostrzeżeń SCHULTZE'go i RICHTER'a, i nasze.

Objawy porażeniowe także prawidłem nie są; tylko SCHULTZE i BRUNS notowali w swych przypadkach porażenie poprzeczne dolne, w spostrzeżeniu R. SCHULZ'a najpierw rozwinęła się stopniowo *paraplegia sup.* wraz z utratą czucia, później zaś *paraplegia inf.*; analogicznym był rozwój cierpienia u naszej pacjentki: sprawa chorobowa zajęła najpierw kończyny dolne, a później powoli posuwała się coraz wyżej, tak że wreszcie i kończyny górne okazały się porażonemi.

I co do przebiegu cierpienia w omawianych spostrzeżeniach wielką znajdujemy rozmaitość. Zdaniem WESTPHAL'a w sprawach tego rodzaju prawidłem ma być przebieg ostry z zejściem śmiertelnem w krótkim stosunkowo

1) FR. SCHULTZE. Ein Fall von eigenthümlicher multipler Geschwulstbildung des centralen Nervensystems und seiner Hüllen. Berl. kl. Woch. 1880. Nr. 37.

2) R. SCHULZ. Neuropathologische Mittheilungen IV. Primäres Sarcom der Pia mater des Rückenmarks in seiner ganzen Länge. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XVI. S. 592.

3) RICHTER. Ueber einen Fall von multiplem Sarcom der inneren Meningen des Centralnervensystems. Prager med. Woch. 1886. Nr. 23.

4) COUPLAND and PASTEUR. Diffuse Sarcoma of the spinal pia mater. Pathol. Transact. 1887.

5) NIKIFOROW i SZATAŁOW. Wiestnik Psychiatrii [po rossyjsku]. 1887.

6) CRAMER. Ueber multiple Angiosarcome der Pia mater spinalis mit hyaliner Degeneration. Dissert. MARBURG 1888.

7) E. HIPPEL. Ein Fall von multiplen Sarcomen des gesammten Nervensystems und seiner Hüllen, verlaufen unter dem Bilde der multiplen Sclerose. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1892. Bd. II. H. 5 i 6.

8) A. WESTPHAL. Ueber multiple Sarcomatose des Gehirns und der Rückenmarkshäute. Arch. f. Psychiatr. Bd. XXVI. S. 770.

9) CH. BUSCH. Ein Fall von ausgebreiteter Sarcomatose der weichen Häute des centralen Nervensystems. Deutsch. Zeitsch. für Nervenheilk. Bd. IX.

10) BRUNS. Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin. 1897. S. 277.

czasie. Rzeczywiście w jego przypadku od pierwszych objawów cierpienia do śmierci pacjentki zaledwie 5 tygodni upłynęło. Jeszcze ostrzejszymi były przypadki SCHULZ'a—23 dni i SZATAŁOWA—21; u tych dwóch ostatnich autorów pacjenci uważali się na trzy tygodnie przed śmiercią za ludzi najzupełniej zdrowych, chociaż, rozumie się, w ustroju ich zabójcze cierpienie dawno już kielkować musiało.

Jednakże przebiegu takiego uogólniać niepodobna: w spostrzeżeniu OLLIVIER'a cierpienie trwało 6 miesięcy, u BRUNS'a, BUSCH'a i w naszym przypadku dłużej niż rok, wreszcie HIPPEL opisał przypadek, trwający z rozmaitemi wahaniami przeszło 7 lat.

Z tak skąpego i przytem różnobarwnego materiału niezmiernie trudno jest wybrać jakieś wskazówki ogólniejsze do rozpoznawania tej rzadkiej postaci chorobowej. Nie dziwimy się przeto, że z tych 12 opisanych spostrzeżeń—w jednym tylko [BRUNS] przypuszczano istnienie sprawy nowotworowej w kanale kręgowym i to tylko na podstawie tak rzadkiego zjawiska, jak wystąpienie przerzutu na uchu. Ten tak cenny pod względem rozpoznawczym objaw był i w przypadku HIPPEL'a: mianowicie już u szczytu cierpienia na palcach chorej wystąpiły guziki, jak się później okazało przerzuty mięsakowe—pomimo to jednak całość objawów tak doskonale naśladował rozsiane stwardnienie wieloogniskowe, że rozpoznanie to pozostało niezmienionem aż do stołu sekcyjnego.

W pozostałych spostrzeżeniach rozpoznawano nowotwór mózgu [WESTPHAL] lub mózdzku [BUSCH], zator w tętnicach mózgowych [SZATAŁOW], zapalenie rdzenia poprzeczne [CRAMER], *meningomyelitis acuta* [SCHULZ] i t. d.

I myśmy w walce z trudnościami dyagnostycznymi nie o wiele szczęśliwsi byli od innych. W początkach cierpienia przypuszczano *spondylitidem*, jednakże ściślejsze badanie oznak zajęcia kręgosłupa nie wykryło. Gdy chora do kliniki przyjętą została, można było powiedzieć tylko, że mamy do czynienia z zajęciem dolnego odcinka rdzenia, począwszy od 9—10 korzenia grzbietowego do końca części lędźwiowej; wobec braku zmian czucia w dziedzinie nerwów uda skórnych tylnych i gałęzi nerwów kulszowych, a także wobec odruchu stopowego klonicznego, występującego przy zmienionych odruchach kolanowych, można było przypuszczać, że sprawa chorobowa nie rozszerzyła się na odcinki, odpowiadające splotom krzyżowym. Przyroda tego cierpienia pozostawała niewyświeśloną—najwięcej danych jednakże przemawiało za sprawą zapalną.

Później znów, gdy cierpienie zaczęło najwyraźniej rozszerzać się w rdzeniu, szczególnie zaś, gdy wystąpiły takie objawy, jak bieganie gałek ocznych, drżenie zamiarowe w rękach, zawroty głowy—obraz cierpienia przypominał do pewnego stopnia stwardnienie mózgo-rdzeniowe rozsiane, rozumie się, nie typowe. Jednakże długo zatrzymywać się przy rozpoznaniu takim nie można było wobec oznak zupełnego zniszczenia rdzenia w zajętych obrębach [porażenie zupełne z bezwzględem zniesieniem czucia, odruchów, pobudliwości elektromotorycznej, z zanikami mięśni i t. d.]. Wówczas dopiero powstała myśl o sprawie nowotworowej w rdzeniu, przyczem trudno było przypuszczać jakiś zna-

czniejszy udział opon, wobec braku objawów podrażnienia ze strony korzeni. Tem mniej można się było spodziewać, że nowotwór, jak to sekcyja wykazała, rozwijał się właśnie w oponach i następnie dopiero przeszedł na rdzeń.

Etyologia tego cierpienia jest zupełnie ciemną. Pomimo woli jednak zwraca uwagę fakt, że przeważa ono wybitnie w wieku młodocianym.

		wiek chorego
spozstrzeżenie	COUPLAND'a i PASTEUR'a [1-e]	4½ roku
"	SCHULTZE'go	7 lat
"	BUSCH'a	9 "
"	RICHTER'a	9 "
"	OLLIVIER'a	11 "
"	WESTPHAL'a	15 "
"	nasze	15 "
"	SCHULZ'a	16 "
"	COUPLAND'a i PASTEUR'a [2-e]	22 "
"	SZATAŁOWA	25 "
"	HIPPEL'a	33 "
"	CRAMER'a	42 "

czyli, że na 12 spostrzeżeń w 8 chorzy mniej niż po 16 lat liczyl.

Okoliczność ta, zarówno, jak i budowa histologiczna samego nowotworu, noszącego cechy tkanki łącznej embryonalnej, dają prawo wnioskować, że sarkomatoza układu nerwowego ośrodkowego zależy od pewnych nieprawidłowości rozwoju w życiu płodowym.

Druga sprawa chorobowa, wykryta w rdzeniu już na stole sekcyjnym, mianowicie syringomyelia — za życia chorej nie dała objawów widocznych. Nawet obecnie, gdy już *a posteriori* obraz kliniczny analizować możemy, trudno wykazać w nim jakiegokolwiek objawy, zależące bezpośrednio od syringomyelii. Przebieg tej ostatniej był więc zupełnie skryty.

Zanim przejdziemy do rozbioru osobliwości anatomicznych spostrzeżenia niniejszego, uprzytomnić sobie należy w paru wyrazach wyniki badania postmortalnego.

W kanale kręgowym znajdował się nowotwór mięsakowy, któremu początek, jak się zdaje, dały opony miękkie; zniszczył on całą dolną część rdzenia i przebił ścianę kręgosłupa. Począwszy od 9-go odcinka grzbietowego nowotwór rósł jakby w dwóch kierunkach. Główna masa podążyła w *spatium subdurale*, tworząc wokoło rdzenia pochwę niejednakowej grubości; miejscami elementy nowotworowe nie tylko uciskają rdzeń, ale i niszczą bezpośrednio tkankę jego. Druga droga dla rozwoju nowotworu jest to część ośrodkowa rdzenia grzbietowego, w którym wytworzył się sznur z elementów mięsakowych, z wydrążeniem wewnątrz, wysłanem tkanką łączną. W części szyjowej rdzenia znajduje się również jama, nie mająca jednak związku bezpośredniego z nowotworem mięsakowym, jama ta powstaje z gliozy, która ciągnie się i niżej przez wiele odcinków. Obie te jamy, nigdzie nie pokryte nabłonkiem, od ka-

nału środkowego są niezależne. Ten ostatni, dzięki licznym uchyłkom, przedstawia się w wielu miejscach rozdzielonym na kilka części. Oprócz zmian w substancji rdzenia zasługuje na uwagę ogromny zastój krwi i limfy; szczególnie wybitnym przedstawia się obrzęk rdzenia w części szyjowej, bezpośrednio pod górną jamą.

Jeśli porównać pod względem anatomicznym nasze spostrzeżenie z podobnymi innych autorów, wyżej wspomnianych, to przy niezbyt licznych analogiach różnice znajdziemy nadzwyczaj wybitne.

Co się tyczy budowy histologicznej, a również i genezy tego rodzaju mięsaków, to cenne otrzymujemy wskazówki, badając obręby, w których nowotwór jest mało rozwinięty, a nawet niewidzialny gołym okiem, np. na powierzchni przedniej rdzenia. Elementy mięsakowe wyściełają tutaj wszystkie beleczki i przestwory chłonne opon miękkich, okalają też w postaci pierścieni naczynia krwionośne. W miejscach tych i normalnie znajduje się śródbłonek [zwany *perithelium* w przestrzeniach chłonnych błony zewnętrznej naczyń], w danym więc razie nastąpiło tylko patologiczne bujanie tego śródbłonka. Wobec tego nowotwór w naszym spostrzeżeniu powinien być zaliczony do kategorii nowotworów mięsakowych, znanych pod nazwą *endotelio matów*.

Podobną budowę przedstawiał nowotwór w spostrzeżeniu SZATAŁOWA—u innych autorów nosił on cechy nieco odmienne: w przypadku SCHULZ'a było to *sarcoma alveolare*, u BUSCH'a i CRAMER'a *angiosarcoma*.

Ostatnia ta nazwa wskazuje na stosunek nowotworu do naczyń; obfitość ich zwracała uwagę wszystkich autorów, daje się to jednak łatwo wytłómaczyć, ponieważ podścielisko nowotworu, mianowicie tkanka opon miękkich jest fizjologicznie nadzwyczaj unaczynioną.

W naszym spostrzeżeniu ilość naczyń w tkance nowotworu była zdumiewającą—miejscami zdawało się, że mamy do czynienia z naczyniakiem jamistym.

Lecz i pod względem naczyń przypadek nasz wyróżnia się znakomicie od znanych w piśmiennictwie: podczas gdy prawie wszyscy autorowie znajdowali ściany naczyń normalnymi, w naszym przypadku okazały się one ogromnie zmienionymi. Z jednej strony były to zmiany o cechach sprawy zapalnej: nacieczenie drobnokomórkowe i zgrubienie ścian aż do zamknięcia światła. Daleko jednak liczniejszemi były zmiany innego zupełnie porządku—o charakterze regresywnym, mianowicie zwyrodnienie szkliste i zwapnienie; prowadziły one również do zupełnego zniszczenia naczyń, przeistaczając je w bezkształtne bryłki i grudki.

Godnem jest uwagi, że te zmiany wsteczne nie trafiają się zupełnie w tej części nowotworu, w której, jak w pochwie, mieści się górna połowa rdzenia. Zależało to może do pewnego stopnia od tego, że w górnej części nowotworu, pochodzenia świeższego, zmiany regresywne wystąpić jeszcze nie zdołały. W analogiczny sposób możnaby objaśnić i brak takich zmian w innych spostrzeżeniach tego cierpienia: mięsaki opon rozwijają się zapewne na krótko przed zgonem pacjenta. Jedyne autor, który również opisał podobne zmiany

w naczyniach mięsaka oponowego, jest HIPPEL, lecz w jego właśnie przypadku cierpienie odznaczało się przebiegiem bardzo przewlekłym [7 lat], przytem i chora była o wiele starszą.

Niepodobna jednak nie zwrócić uwagi na to, że w naszym spostrzeżeniu te zmiany regressywne w naczyniach były w związku jakimś z tkanką nerwową: w dolnej części nowotworu widzimy ogromne skupienia bryłek i smug szklistych właśnie w tym ostro ograniczonym obrębie, który odpowiada rdzeniowi; wyżej, gdzie nowotwór rozdziela się na ośrodkowy i oponowy, i w tym ostatnim naczynia zmian omawianych nie przedstawiają, w części ośrodkowej zwracają właśnie one uwagę stopniem swego rozwoju.

Wogóle w spostrzeżeniu naszym stosunek nowotworu do tkanki nerwowej przedstawia się zupełnie odrębnym, niż u autorów. W znacznej bowiem większości przypadków miano do czynienia z czystą sarkomatozą opon: nowotwór przedstawiał pochwę, która tylko uciskała rdzeń, nie wnikając bynajmniej w istotę jego [sposstrzeżenia OLLIVIER'a, COUPLAND'a i PASTEUR'a, SZATAŁOWA, CRAMER'a, BUSCH'a, WESTPHAL'a]. W niektórych z tych spostrzeżeń elementy mięsakowe nie szczędziły wogóle tkanki nerwowej, niszcząc już to część mózdzku [OLLIVIER, BUSCH], już też korzenie i pnie nerwowe [CRAMER, WESTPHAL], sam tylko rdzeń pozostawał nietkniętym: rzecz można, że warstwa powierzchowna neuroglii w rdzeniu stanowiła dla komórek mięsakowych nieprzebytą przegrodę. Zjawisko to niektórzy autorowie uważają nawet za znamienne dla sarkomatozy miękkich opon rdzeniowych, gdy przeciwnie wszelkie nowotwory syfilityczne lub też gruźlicze odznaczają się swą dążnością do zajęcia substancji rdzenia [WESTPHAL].

Wprawdzie przeciw pogładowi takiemu wystąpili inni badacze [SCHULTZE, RICHTER, HIPPEL], dowodząc, że sarkomatoza może również przejść i na rdzeń, jednakże i w takich przypadkach, w porównaniu do całej masy nowotworowej, istota rdzenia ulegała zniszczeniu tylko w minimalnym stopniu.

Inne zupełnie stosunki widzimy w naszym spostrzeżeniu: nowotwór nie tylko zniszczył całą dolną część rdzenia, lecz i wyżej na wysokości wielu odcinków zajmował część ośrodkową tego narządu. Nawet i w części szyjowej nowotwór nie ograniczał się li tylko do opon: w wielu miejscach wżerał się on w substancję rdzenia, często nawet na tych poziomach, gdzie w samych oponach było względnie mało elementów mięsakowych. Jeśli przyjmować, że złośliwość mięsaka opon mierzy się jego dążnością do przejścia na tkankę nerwową, to w naszym spostrzeżeniu złośliwość ta doszła do szczytu.

Co się tyczy innych zmian w tkance nerwowej w naszym przypadku, to o rozmięczeniu, które zniszczyło górną część rdzenia kręgowego i cały rdzeń przedłużony, niema wiele do powiedzenia. Nie ulega wątpliwości, że to rozmięczenie było uwarunkowane z jednej strony przez zaburzenia w krążeniu, zależące od zniszczenia naczyń oponowych, z drugiej zaś strony grała tu wybitną rolę i sprawa zapalna; oznaki jej są bardzo wyraźne.

Bez porównania więcej na uwagę zasługują jamy, które widzieliśmy w substancji rdzenia.

Dolna mięśi się w tym sznurze wewnątrzrdzeniowym, który tworzą elementy mięsakowe na wysokości prawie całej części grzbietowej. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że łatwo objaśnić powstanie tego wydrążenia przez rozpad ośrodkowy masy nowotworowej; podobnie więc jak w gliomatozie ośrodkowej możnaby powiedzieć, że w danym razie mamy do czynienia z syringomyelią, pochodzącą z rozpadu ośrodkowej sarkomatozy.

Wniosek taki można jednak postawić, widząc preparaty tylko z wysokości głównego rozwoju tej jamy. Przeciw niemu mówi cały szereg danych, otrzymanych przy badaniu początku i końca wydrążenia. Począwszy od wejścia, w którym nowotwór rozdziela się na oponowy i ośrodkowy, w tym ostatnim można zauważyć, że pęczki tkanki łącznej układają się w zamknięty pierścień, wypełniony elementami mięsakowymi. Obraz podobny ciągnie się na wysokość całego odcinka, tymczasem w komórkach mięsakowych nie widać żadnych oznak zwyrodnienia; później tylko giną one w środku tego pierścienia, najpierw szczelina, a następnie jama. Trzebaby więc przypuścić, że najpierw utworzył się worek łączno-tkankowy i w nim już wskutek rozpadu nowotworu—jama.

Jeszcze więcej dowodów przeciw zależności bezpośredniej między sarkomatozą i jamą daje górny odcinek tego powikłanego wytworu. Tutajdzieli się on wyraźnie na swe części składowe: w jednym sznurze BURDACH'a widzimy wśród gliozy szczelinę, w przeciwległym zaś skupienie komórek mięsakowych.

Wreszcie gdyby ta syringomyelia powstała wskutek rozpadu nowotworu mięsakowego, to szukałoby jej należało w miejscu głównego rozwoju nowotworu t. j. w części lędźwiowej lub dolnej grzbietowej, lecz tam właśnie nic podobnego nie znajdujemy.

Pozostaje więc przypuszczać, że mamy do czynienia z dwiema sprawami zasadniczo różnemi: nowotwór mięsakowy, posuwając się ku górze, wypełnił istniejący już uprzednio w rdzeniu worek łączno-tkankowy.

A najlepszym dowodem, że sprawa powstania jam rdzeniowych mogła być w danym razie samodzielną, jest jama górna, nie mająca widocznego związku z sarkomatozą. Jest to typowa syringomyelia powstała z gliozy; nie okala jej nigdzie tkanka rozpadowa, owszem na całej wysokości jama zachowuje otoczkę z włókien sklerotycznych, otoczkę szczególnie wyróżniającą się wyżej na tle tkanki niezmiernie rozrzedzonej i w części zniszczonej przez przesięk. Brzegi tej jamy obfitują w naczynia krwionośne o ścianach nadzwyczaj zgrubiałych, często nawet zupełnie niedrożne; miejscami widać, że takie naczynia, właściwie już tylko powrózka z tkanki łącznej, biorą udział w utworzeniu ściany tej jamy. Przez analogię przypuścić można, że i w dolnym wydrążeniu w ten sposób powstała ściana, tylko tam zarówno naczynia jak i tkanka łączna uległy zwyrodnieniu szklistemu.

Na ścianach obu opisanych jam niema nigdzie wyściółki nabłonkowej, nie widać też na nich nigdzie komórek choćby zbliżonych budową do nabłonka cylindrycznego kanału środkowego. Wogóle też między tym ostatnim i obu jamami nie udaje się wykryć żadnego związku bezpośredniego: nie tylko ni-

gdzie jamy nie łączą się z kanałem, ale nawet zbliżają się do jego miejsca fizyologicznego.

W naszym więc spostrzeżeniu nie sprawdza się teoria HOFFMANN'a i SCHLESINGER'a, według której pierwotna gliozja w rdzeniu zależy zawsze od nieprawidłowości w rozwoju kanału środkowego; jeżeli SCHLESINGER we wszystkich swych spostrzeżeniach anatomicznych pierwotnej gliozji mógł wykazać związek bezpośredni między gliozją a kanałem, to nasz przypadek dowodzi, że ów związek może i nie istnieć.

Jednakże i w naszym spostrzeżeniu kanał środkowy przedstawiał nieprawidłowości, które, według SCHLESINGER'a ¹⁾, stanowią pierwszą fazę w rozwoju sprawy chorobowej. Zdaniem tego autora, w rdzeniu, w którym ma rozwinąć się syringomyelia, występuje najpierw bądź rozszerzenie się kanału środkowego, bądź też tworzenie się uchyłków i rozdwojenie. W naszym przypadku rozszerzenie się kanału nie jest zbyt wybitne, za to sprawa tworzenia się uchyłków doszła do *maximum*: dzięki tej sprawie w wielu miejscach widzieliśmy nie tylko 2, lecz 6 do 7 kanałów środkowych z wybornie zachowanym nabłonkiem cylindrycznym.

Stosunek tych nieprawidłowości do syringomyelii pozostaje niewyjaśnionym. Oba zjawiska uważane przez wielu autorów za początkową i końcową fazę w przebiegu jednej i tej samej sprawy chorobowej, w naszym spostrzeżeniu występują jakby równolegle, są one rozwinięte w bardzo wysokim stopniu, łączącego je ogniwa jednak znaleźć nie można. Swoją drogą niepodobna nie zanotować i nie podkreślić tego faktu—być może że znajdzie on wyjaśnienie kiedyś w przyszłości, gdy poglądy na istotę i genezę syringomyelii nie będą tak sprzeczne jak obecnie.

Pozostaje jeszcze powiedzieć słów parę w kwestyi, która wyłania się sama przez się, jeśli się obejmie okiem całokształt opisanych zmian anatomicznych.

W rdzeniu znaleźliśmy dwie sprawy, zupełnie jakoby samodzielne: z jednej strony gliozja z syringomyelią, z drugiej sarkomatoza; czy można przypuszczać, że niema żadnego związku przyczynowego między nimi, że li tylko przypadkowi zawdzięczać należy współistnienie w ustroju tych dwu spraw, z których jedna spostrzegana jest niezbyt często, a druga [sarkomatoza opon] wyjątkowo rzadko?

W dodatku takie współistnienie nie jest faktem odosobnionym: w piśmiennictwie znajdujemy parę spostrzeżeń, w których syringomyelia kojarzyła się z nowotworami rdzenia lub opon [dwa przypadki SCHULTZE'ego ²⁾, przypadki WICHMANN'a ³⁾, ZERRATH'a ⁴⁾ i t. d.]. Kwestyi tej dotyczy praca KRON-

¹⁾ SCHLESINGER. Die Syringomyelie. Eine Monographie. Leipzig und Wien. 1895.

²⁾ SCHULTZE. Archiv für Psychiatrie. Bd. XI. Idem. VIRCHOW's Archiv. Band 87. S. 517. Beob. III.

³⁾ WICHMANN R. Geschwulst und Höhlenbildung im Rückenmark. Stuttgart. 1887.

⁴⁾ ZERRATH. Ein Fall von Sacraltumor mit Spina bifida, Hydromyelia etc. Königsberg. 1887.

THAL'a ¹⁾, który przytacza spostrzeżenie również analogiczne. W jego mianowicie przypadku rdzeń był uciśnięty w części szyjowej przez mięsak, wychodzący z opony twardej; niżej na całej długości rdzenia, w obrębie ośrodkowym okazało się znaczne bujanie neuroglii wraz z paru jamami nie wysłanemi nabłonkiem. KRONTHAL przypuszcza, że syringomyelia była w danym razie następstwem mięsaka, właściwie zaś ucisku, spowodowanego przez nowotwór.

W rdzeniu, w warunkach normalnych krąży limfa, *resp.* płyn mózgo-rdzeniowy; jeśli wskutek jakichś przyczyn patologicznych krążenie to jest utrudnione lub przerwane, to ciśnienie wewnątrz-rdzeniowe wzrasta znacznie. Zjawisko to znaleźć może do pewnego stopnia przeciwwagę w rozszerzeniu się kanału środkowego, który stanowi wówczas nową drogę dla obiegu limfy. Jeśli jednak rozszerzenie się nastąpić nie może [wskutek np. zupełnego zamknięcia kanału], to tkanka rdzeniowa pod wpływem zastoju krwi i limfy ulega zmianom odżywczym: elementy nerwowe zanikają, neuroglia zaś rozrasta się, tworzą się gliozy i glejaki, a następnie syringomyelia.

Bardzo podobne, tylko nie tak daleko posunięte zmiany w rdzeniu, rozwijające się pod wpływem ucisku, opisał i kol. DYDYŃSKI ²⁾: w jego spostrzeżeniu przyczynę ucisku stanowił rak kręgów grzbietowych.

KUDREWIECKI ³⁾ w trzech przypadkach ucisku rdzenia przez nowotwory kręgosłupa znajdował w substancji szarej rdzenia jamy, wypełnione przesiękiem plazmatycznym.

Oprócz nowotworów podobne działanie na rdzeń wywierać mogą i sprawy zapalne w oponach, o ile te ostatnie znacznemu ulegają zgrubieniu: przypadek JOFFROY ⁴⁾ [syringomyelia przy *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*], przypadki KOELLER'a ⁵⁾; MEYER'a ⁶⁾, VULPIAN'a ⁷⁾, OPPENHEIM'a ⁸⁾ i t. d..

W ten sposób powstaje również syringomyelia przy nowotworach w dole czaszkowym tylnym. LANGHANS ⁹⁾ opisał trzy podobne spostrzeżenia i na ich podstawie pierwszy naszkicował teorię o pochodzeniu zastojowym jam w rdzeniu, teorię, którą następnie rozwinął KRONTHAL.

Próbowano stwierdzić ją i drogą doświadczalną, wywołując sztuczny ucisk rdzenia. KRONTHAL (*ibidem*) wprowadzał korek w kanał kręgowy psa i po

¹⁾ KRONTHAL. Zur Pathologie der Höhlenbildung im Rückenmark. Neurolog. Centralbl. 1889. Nr. 20, 21, 22.

²⁾ DYDYŃSKI L. Przyczynę do kwestyi zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu, rozwijających się pod wpływem ucisku. Gazeta Lek. 1896. Nr. 15.

³⁾ KUDREWIECKI. Zur Lehre von der durch Wirbelsäulectumoren bedingten Compressions-erkrankung des Rückenmarks. Zeitschr. für Heilkunde [Prag]; cyt. według DYDYŃSKIEGO.

⁴⁾ JOFFROY. De la pachymeningite cervicale hypertrophique [d'origine spontanée]. Paris 1873.

⁵⁾ KOELLER. Meningitis spinalis. Leipzig. 1861.

⁶⁾ MEYER L. VIRCHOW's Archiv. Bd. 27.

⁷⁾ VULPIAN. Archives de Physiologie. 1869.

⁸⁾ OPPENHEIM. Charité Annalen. 1885.

⁹⁾ LANGHANS. Ueber Höhlenbildung im Rückenmark in Folge Blutstauung. VIRCHOW's Archiv, Bd. 85.

upływie pół roku, znalazł znaczne bardzo rozszerzenie się kanału środkowego i niewielkie bujanie neuroglii.

Rezultaty zbliżone otrzymywali SZCZERBAK i ROSENBACH, a w ostatnich czasach DEXLER. Jamy wskutek zastoju, spowodowanego przez ucisk rdzenia, otrzymywał kol. CIAGLIŃSKI. Wszystkie te doświadczenia są jednak jeszcze zbyt nieliczne, aby z nich stanowcze wnioski wyciągać było można.

SCHLESINGER w swej monografii o syringomyelii uznaje jako fakt dowiedziony, że długotrwały ucisk rdzenia warunkuje często rozszerzenie się kanału środkowego, t. j. hydromyelię, która wskutek bujania komórek nabłonkowych może prowadzić i do syringomyelii.

Podobne zdanie wypowiedział i SCHULTZE w odczycie o syringomyelii, wygłoszonym na ostatnim zjeździe międzynarodowym lekarskim w Moskwie.

Cała ta teoria w zupełności do naszego spostrzeżenia zastosować się daje.

Nowotwór, rozwijając się w dolnej części kanału kręgowego, musiał jeszcze przed zniszczeniem substancji rdzenia wywierać nań ogromny ucisk. W odcinkach wyżej położonych spowodowało to niezmiernie wybitny zastój, widoczny i na preparatach anatomicznych: tam, gdzie nowotwór zaczyna się umiejscawiać w oponach, widzimy obręby tkanki rdzeniowej zniszczone przez bezbarwny przesiek, wszystkie naczynia żyłne przepełnione krwią. I tutaj właśnie zaczyna się jama dolna pod postacią worka łączno-tkankowego, który zapewne już następnie przebiły elementy mięsakowe.

W jamie górnej, gdzie obraz histologiczny nie jest zagmatwany przez udział bezpośredni nowotworu mięsakowego, stosunki te wyraźniej jeszcze występują. Na wysokości zgrubienia szyjowego nowotwór rozrósł się ogromnie, uciskając rdzeń niezmiernie. Zarówno na tym poziomie, jak i wyżej zastój doszedł do bardzo znacznego stopnia: elementy nerwowe są w części zniszczone, w części rozsunięte przez przesiek, co pociągnęło za sobą wybitne nabrzmienie całego rdzenia. Szczególniej ucierpiał obręb ośrodkowy rdzenia, gdzie tkanka okazuje się znakomicie rozrzedzoną, i tu właśnie zaczyna się bujanie neuroglii, a wyżej wśród niej powstaje szczelina. Wydaje się zupełnie prawdopodobnem, że owo nadmierne bujanie neuroglii—glioza—było następstwem zastoju. Ten zastój, spowodowany przez rozwój nowotworu mięsakowego, uważać zatem należy za ogniwo łączące dwie tak dalece różne sprawy chorobowe: z jednej strony sarkomatoza, z drugiej glioza z syringomyelią.

Spostrzeżenie więc nasze stwierdza zapomnianą nieco teorię LANGHANS'a i KRONTHAL'a o zastojowym pochodzeniu syringomyelii. Tyczy się to, rzecz prosta, tylko jednego szeregu przypadków, lecz szereg ten nie ogranicza się wyłącznie do nowotworów rdzenia; należą tu wszelkie sprawy powodujące ucisk tego narządu.

W sposobie działania takiego zastoju pozostaje jeszcze wiele do wyjaśnienia; w każdym razie bezpośredni udział kanału środkowego nie jest w tej sprawie tak obowiązkowym, jak przypuszczają LANGHANS, KRONTHAL i SCHLESINGER.

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 27].

Z kolei przyjrzyjmy się, jak stoi u nas sprawa pomocy lekarskiej dla ubogiej ludności miejskiej. Gdy w innych miastach istnieją liczne ambulatorya, polikliniki, a nawet stale płatni przez miasto lekarze, którzy obowiązani są odwiedzać ciężko chorych w ich mieszkaniach, u nas zadania te spełniają ambulatorya przy szpitalach, spełniają, niestety, bardzo niedostatecznie pod każdym względem.

Istotnie urządzenia naszych ambulatoryów [z wyjątkiem szpitala Wolskiego] nie czynią zadość elementarnym nawet wymaganiom. Kardynałny brak stanowi tu ciasnota. W największym np. szpitalu Dzieciątka Jezus ambulatoryum mieści się w pokoiku oddzielonym przez przeforsztowanie, zajmującym 11 ¼ metra? Tu udzielają się porady na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, kobiece, uszne, nerwowe. Chorzy z chorobami dzieci, gardła i nosa są przyjmowani w małym pokoiku przechodnim, w którym nadto mieści się apteczka i przez który snuje się wciąż publiczność mająca interesa w sąsiedniej kancelaryi lekarskiej. Wobec takiej ciasnoty o należytej pomocy lekarskiej mowy być nie może: tu nie można wykonać najdrobniejszej operacyi, nie można zbadać chorego. Dodać do tego należy brak poczekalni: tłum mieści się za przepierzeniem w ciemnym kącie, który literalnie jest zapchany. Szum, zgiek, jęki chorych, płacz dzieci — wszystko to musi słuchać lekarz, badający chorych w ambulatoryum. Przy takich warunkach lekarz musi kierować do szpitala wielu chorych, którzy ze względu na swoją chorobę kwalifikują się zupełnie do leczenia ambulatoryjnego, co niepotrzebnie obarcza szpital.

Dalej przy takim pomieszczeniu ilość porad udzielanych może być niewielka. Na choroby wewnętrzne np. przypada niekiedy 2 godziny w ciągu których można przyjąć 12—15 chorych. Skutkiem tego wielu chorych musi opuszczać ambulatoryum bez pomocy, zlorzeczając tym, którzy najmniej w tym względzie na to zasługują i nie zaradzić nie mogą, t. j. lekarzom. Należy się jednak postawić w położeniu ludzi ubogich, którzy odrywają się od pracy zarobkowej po to jedynie, aby w zgiekku i ciżbie postać kilka godzin bezcelowo; należy popatrzeć na kobiety, przynoszące swe dzieci po to, aby po paru godzinach spędzonych o głodzie wracać gdzieś za roгатki, na Mokotów, Czerniaków i t. p. z tym samym niepokojem o stan zdrowia dziecka, z jakim przyszły do ambulatoryum.

Stan taki nie jest właściwym wyłącznie szpitalowi Dzieciątka Jezus. Takie samo, jeśli nie gorsze jest pomieszczenie ambulatoryum w Szpitalu Żydowskim; równie nędznie rzecz się przedstawia w szpitalu Św. Rocha, na Pradze i w szp. Św. Ducha.

Wobec tego wszystkiego dziwić się nie można, że często sumienny lekarz, który wziął się do pracy z zapałem, rzuca po pewnym czasie ambulatoryum. Ztąd też widzimy częste zmiany lekarzy w ambulatoryach, opuszczanie godzin przyjęcia—a wszystko to nie może wpływać dodatnio na bieg pracy w ambulatoryum. Lekarz w tych warunkach nie może uczciwie spełniać swoich obowiązków. Nie mogąc zbadać chorego, a przeto i rozpoznać cierpienia, ograniczać się musi do bardzo pobieżnej pomocy. Ztąd też chorzy mogą odnieść niewielką tylko korzyść. Natomiast dla lekarza praca taka wprost jest

zguna, praca bowiem w ambulatoryum w tych warunkach przyzwyczajając go musi do powierzchowności, do pobieżnego badania, do rozpoznawania choroby bez dostatecznych danych. Zresztą bardzo często żadnego rozpoznania niema, a daje się jakiś lek, mający zwalczać jedną ze skarg chorego. Taka praca demoralizuje tylko lekarza, a jest to tembardziej niebezpieczne, że pracują w ambulatoryach przeważnie lekarze młodzi, u których często brak doświadczenia nie stanowi jeszcze koniecznej w tym względzie przeciwwagi.

Zobaczmy teraz, jak się przedstawia pomoc ambulatoryjna pod względem ilościowym. W roku 1897 liczba porad udzielonych w ambulatoryach szpitalnych wynosiła 184,313. Jeśli uwzględnić, że ludność Warszawy w tym roku wynosiła 638,520, że liczba mieszkańców mogących korzystać z pomocy szpitalnej wogóle wynosi 60% [minimalny procent na podstawie spisu jednodniowego z 1882 roku], to już *a priori* liczba porad ambulatoryjnych musi się nam wydać bardzo małą. Cyfry te zresztą będą jeszcze bardziej wymowne, gdy porównamy z danymi z 1867 r. Przed 30 laty przy ludności 243,512 liczba porad ambulatoryjnych wynosiła 114352. Innymi słowy, gdy w 1867 r. na 100 mieszkańców przypadało 46,9 porad, to już w r. 1897 liczba ta spadła do 28,8. Aby należycie cyfry te ocenić, pamiętać należy, że procent ludności ubogiej w Warszawie w ciągu 30-lecia niewątpliwie wzrósł—czyli, że należałoby oczekiwać raczej wzrostu liczby porad ambulatoryjnych względnie do r. 1867.

Cyfry powyższe wykazują, że ambulatorya szpitalne są niewystarczające, że nie obsługują należycie ludności ubogiej. Z drugiej zaś strony i ta ludność być może straciła poniekąd zaufanie do porad udzielanych w sposób, jaki powyżej skreśliliśmy. Że czynnik ten może odgrywać ważną rolę, świadczy przykład szpitala Wolskiego. Gdy w r. zeszłym przerobiono tam ambulatoryum w sposób, nie wiele pozostawiający do życzenia, frekwencya odrazu znakomicie wzrosła. Poniekąd analogiczny przykład daje nam szpital św. Łazarza, gdzie także stwierdzono zwiększenie frekwencji chorych od czasu pewnych zmian, zaprowadzonych w ambulatoryum.

Podobny wzrost liczby porad wykazuje szpital oftalmiczny. Gdy w 1897 roku było chorych 6176, którym udzielono 55584 porad, to już w 1898 r. chorych nowych było 8909 a porad 67683. W r. 1897 dziennie udzielano porad 194 — liczba to niezwykle duża, zważywszy pomieszczenie i środki ambulatoryum.

Tak więc zarówno pod względem jakości, jakoteż ilości udzielanych porad, ambulatorya dzisiejsze nie odpowiadają w zupełności elementarnym nawet wymaganiom. A jednak pomoc lekarska dla ubogiej ludności, jaką winny nieść ambulatorya, nie może być aktem dobroczynnym, lecz jest to obowiązkiem ciężącym na społeczeństwie. Obowiązek ten winien być spełniany sumiennie i dokładnie, a to jest niemożliwe bez odpowiedniego przekształcenia istniejących ambulatoryów.

W sprawie tej parokrotnie zabierano już u nas głos. Między innymi proponowano jako jeden ze sposobów zaradzenia złemu oddzielenie ambulatoryów od szpitali. Niewątpliwem jednak wydaje się, że zły stan rzeczy nie jest bynajmniej wynikiem zjednoczenia ambulatoryów ze szpitalami, nie tkwi w istocie tej instytucji, lecz w fatalnym ustroju dotychczasowych ambulatoryów. Sądźmy natomiast, że dla wielu względów istnienie ambulatoryów przy szpitalu jest pożądane. Przedewszystkiem szpitale stanowią naturalny punkt zborny dla publiczności, poszukującej pomocy lekarskiej. Ważniejszym jednak jest inny wzgląd: znaczna liczba chorych szpitalnych nie potrzebuje długo pozostawać w szpitalu. Chorzy tacy po krótkim czasie mogą opuścić szpital, pod warunkiem, aby w określonych terminach zgłaszali się do ordynatora dla zmiany opatrunku, dla dalszego leczenia i wogóle pozostawania na obserwacji lekarza. Dla tej kategorii chorych musi być przy szpitalu ambulatoryum, w któremby

przyjmowali ordynatorowie w określone dni. Gdyby tego nie było, chorzy tacy musieliby czy to do opatrunku czy do zbadania chodzić na oddział szpitalny, co rzecz prosta musiałoby się fatalnie odbijać na ogólnym porządku szpitalnym.

Wreszcie zaznaczyć należy i wzgląd trzeci: mianowicie ordynator lub jego asystent, przyjmując w ambulatoryum, ma możność skierowywania odpowiednich chorych do szpitala. Przez to z jednej strony mogą się dostawać do szpitala ci chorzy, którzy najwięcej pomocy szpitalnej potrzebują, z drugiej zaś strony osiąga się możność zdobywania dla szpitala odpowiedniego materiału naukowego, o czem nie zapomina nawet ustawa szpitalna. Nie oddzielenie ambulatoryów od szpitali, lecz gruntowne przekształcenie ich może stan rzeczy poprawić. Przedewszystkiem ambulatoryum winno posiadać odpowiednie pomieszczenie. Lokal powinien się składać z 2—3 pokoi do przyjmowania chorych, z poczekalni i apteczki. Do tego dodać należy odpowiednie ogrzewanie i oświetlanie, wentylację, wreszcie wodociąg z wodą gorącą i zimną oraz zlew.

Co się tyczy wewnętrznej gospodarki, uważalibyśmy za konieczne, aby w każdym ambulatoryum był jeden z lekarzy zarządzającym. Przy obecnym ustroju faktycznie nikt się nie opiekuje ambulatoryum. Nadzór lekarza naczelnego ogranicza się do rozpatrywania rachunków, zatwierdzenia budżetu i t. p. spraw ogólnych. Pozatem lekarz naczelnny przy różnorodnych a wyczerpujących swych zajęciach nie jest w stanie sprawą tą się zajmować. Taki zarządzający winien czuwać, ażeby lekarze systematycznie bywali w ambulatoryum, ażeby wszyscy o ile można chorzy byli zaspokajani bez zbytecznej straty czasu, ażeby wreszcie ambulatoryum zaopatrywane było należycie w środki farmaceutyczne, opatrunkowe i t. p.. Ponieważ jednak, jak to zaznaczyliśmy wyżej, związek ambulatoryum ze szpitalem winien być utrzymany, przeto zarządzającym powinien być jeden z lekarzy szpitalnych. Wymaga tego zarówno dobro szpitala, jak ambulatoryum. Ogólny zaś kierunek i kontrola nad ambulatoryum winna spoczywać w rękach lekarza naczelnego.

Aby jednak zapewnić należyty rozwój ambulatoryum, uważalibyśmy za pożądanę dopuszczenie lekarzy ambulatoryjnych do udziału w ogólnem kierownictwie. Udział ten powinien się wyrażać w postaci peryodycznych [miesięcznych] zebrań, na którychby radzono nad sprawami ambulatoryum. Do atrybucyi takich zebrań winnoby należeć: dopełnianie coroczne farmakopei ambulatoryjnej, rozkład godzin pomiędzy lekarzy i poszczególne specjalności odpowiednio do napływu publiczności, układanie projektu budżetu i t. p.. Wreszcie dodać należy szczególny wzgląd, wymagający stałego porozumiewania się lekarzy ambulatoryjnych: liczni chorzy przychodzą do ambulatoryum po wielokroć, zgłaszając się do różnych lekarzy. Lekarz, nie znając wyników ani pierwotnego badania ani przebiegu choroby, musi przedsiębrać na nowo całkowite badanie. Wywołuje to niepotrzebną stratę czasu, a nadto pozbawia lekarza ważnego światła, jakie mu daje znajomość rozpoznania pierwotnego i przebiegu choroby. Dla tego też pewna kontrola lekarska nad chorymi przychodnimi jest konieczna, a możliwa wówczas tylko, gdy lekarze mają możność wspólnego i stałego porozumiewania się.

Co się tyczy lekarzy ambulatoryjnych, to przedewszystkiem powinien przyjmować ordynator lub jeden z jego asystentów, specjalnie w tym celu nominowany i odpowiedzialny za prawidłowy bieg pracy. Udział ordynatora ze względu na konieczność związku ambulatoryum ze szpitalem jest niezbędny. Jedynie w razie gdy w szpitalu niema odpowiedniego oddziału [choroby krtani, nosa, uszu i t. p.], lekarzem ambulatoryum może być mianowany jeden ze specjalistów, praktykujących w mieście.

W pewnym związku z powyższą sprawą pozostają przytulki dla rekonwalescentów, wychodzących ze szpitali. Dwa względy wpływają na to, że

liczba rekonwalescentów jest dość spora: naprzód brak miejsca w szpitalach, nakazujący wypisywać chorych jaknajprędzej, powtórę zaś względy czysto lekarskie, w wielu bowiem razach rodzaj choroby nie wymaga dłuższego przebywania w szpitalu, jakkolwiek nie pozwala jeszcze choremu wziąć się do zwykłego życia zarobkowego.

Chorych takich wypisujemy zwykle z radą, aby się do roboty nie brali. Dla znacznej liczby chorych [służące, robotnicy i t. p.] rada taka pozostaje platoniczną; chorzy ci bowiem nie mają ani mieszkania, ani środków do życia o ile nie idą natychmiast do roboty. Smutna przeto konieczność nie pozwala im korzystać z rady lekarza: w stanie zaledwie powrotu do zdrowia zmuszeni są zaprząć się do ciężkiej zwykłej pracy, co nie może nie odbić się fatalnie na stanie zdrowia. Dla takich rekonwalescentów koniecznie potrzebne są przytulki, w którychby chorzy do czasu zupełnego powrotu do zdrowia mogli znaleźć dach nad głową i pożywienie. Tymczasem ze szpitali warszawskich tylko jeden szpital Dz. Jezus posiada przytułek dla rekonwalescentów, który zresztą nie czyni zadość potrzebie; przytułek ten obrachowany jest na 6 mężczyzn i 8 kobiet, czyli na 14 osób, cyfra wprost śmieszna wobec potrzeb Warszawy. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

75. T. Landau. Drożdże jako środek leczniczy przy białych upławach.

Leczenie nieżyty błon śluzowych, a zwłaszcza leczenie białych upławów, z powodu nadzwyczajnej uporczywości cierpienia należy do rzeczy, wymagających ze strony lekarza wielkiej dozy cierpliwości, niemniejszej zaś wytrzymałości ze strony pacjentek, używane bowiem środki, jak np. kwasy zostają zobojętniane przez wydzieliny alkaliczne, sole metali w zetknięciu z żywą tkanką tworzą nierozpuszczalne związki z białkiem, prócz tego trzeba wziąć pod uwagę ciągły przypływ wydzielin, które zmywają dany środek jeszcze przed jego działaniem.

Nieżyty, jak wiadomo, są skutkiem drażnienia błon śluzowych przez drobnoustroje lub przez produkty ich przemiany materii. Jeżeli nie chcemy usunąć całej błony śluzowej wraz z przyczyną wywołującą cierpienie, to dla wyleczenia podobnego stanu chorobowego pozostaje nam szukać takiego środka, któryby nie przez chwilowe, lecz przez dłużej trwające działanie miał wpływ bezpośredni na same drobnoustroje, ich rozwój lub na produkty ich przemiany materii. Najlepszym, rozumie się, środkiem dla dopięcia tego celu byłoby tak zmienić skład krwi, aby powyższym wymogom zadość uczynić, jak to ma miejsce np. przy błonicy przez wstrzyknięcie surowicy, lub przy syfilisie przez wprowadzenie rtęci. Lecz czy potrzeba wypowiadać wojnę całemu światu dla zdobycia jednej i to małej prowincyi?

Rozważając w ten sposób kwestyę powyższą, autor wpadł na pomysł użycia środka, który, działając miejscowo, zmienia warunki życiowe, *resp.* tamuje rozwój drobnoustrojów. Takim środkiem są zwyczajne drożdże, które, jak wiadomo, nader prędko się rozmnażają, przez co mogą poprostu mechanicznie wypierać chorobotwórcze drobnoustroje, albo, zmieniając podłoże, tamują dalszy rozwój bakterii, albo też, wytwarzając nieznanne dotąd produkty przemiany materii, działają zabójczo na same drobnoustroje lub zobojętniają ich toksyny. Autor stosował środek powyższy w 40 przypadkach przewlekłego nieżyty pochwy rzeżączkowego pochodzenia i nieżyty bez gonokoków, przy czem doszedł do następujących rezultatów: a) w połowie przypadków dosyć

ciężkich, lata całe trwających, już po dwukrotnem stosowaniu drożdży upławy zupełnie znikły; b) w małej ilości przypadków nastąpiła wprawdzie poprawa, lecz po dłuższej przerwie znowu się upławy pokazały; w tych przypadkach autor nie wie, czy nastąpiło nasilenie sprawy, czy też nastąpiło świeże zakażenie; c) u kilku chorych leczenie, przynajmniej podmiotowo, nie zostało uwieńczone żadnym pomyślnym skutkiem, chociaż chore same utrzymywały, że ogólny ich stan miał się poprawić.

Sposób użycia następujący: bierze się z browaru drożdże zmieszane z nieznaną ilością piwa, przechowuje się je na lodzie w butelce nie mocno zakorkowanej. Zwyczajną szprycą wstrzykuje się do górnego odcinka pochwy, uprzednio przez wziernik rozszerzonej, 10—20 ctm. sześć. płynu i luźno się tamponuje watą, która zostaje usunięta po 24 godzinach. Przy zachowanej błonie dziewiczej trzeba przez otwór w błonie wprowadzić szklaną rurkę do przedniego lub tylnego sklepienia i przez nią wstrzyknąć oznaczoną ilość płynu. W razie swędzenia przestrzykuje się pochwę roztworem sody. Do jamy macicy autor nigdy tego środka nie wstrzykiwał. Zabieg ten powtarza się 2 razy tygodniowo i leczenie trwa od jednego do kilku tygodni. Żadnych złych następstw autor w swych przypadkach nie zauważył.

(*Deut. med. Woch. Nr. 11*).

M. Zucker [z Kalisza].

[W ostatnich czasach miałem sposobność osobiście mówić w tej kwestyi z autorem, który mi oświadczył, że w dalszym ciągu stosuje drożdże z zupełnie zadawalającym rezultatem i że obecnie jest zajęty wyosobnieniem z drożdży głównego czynnika, tamującego rozwój innych drobnoustrojów, lecz z powodu niezupełnego ukończenia tej pracy nie chce wchodzić w szczegóły tej kwestyi].

(*Przyp. spraw.*)

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

Z wydziału higieny ludowej.

Na posiedzeniu d. 17. VI. zawiadomiono wydział, że Towarzystwo Hygieniczne zakupiło i rozesłało lekarzom blisko 1500 egzemplarzy odczytu o ospie D-ra PUŁAWSKIEGO. Towarzystwo za pozwoleniem władz rozpoczyna szczytowanie ospy w okolicach podmiejskich [kol. JĘDRZEJEWSKI na Pelcowiznie, MANDUK na Czystem, KOWALSKI na Woli, STANISŁAWSKI w Ochocie, ŁUKASZEWICZ w Mokotowie i JĘDRZEJOWSKI w Czerniakowie].

Do rzędu miast, nie mających jeszcze ochronek mimo gotowych na nie fundusów, przybywa Augustów z kapitałem blisko 8 tysięcy rb..

Odczytano pracę kol. KLARNER'a: statystyka ludności gminy Bełżyce. Są to wyniki 17-letniej pracy nad księgami metrycznymi.

Pod względem śmiertelności gmina ta przedstawia się korzystniej od reszty kraju [18,5‰ we wsiach gminy, 21,1‰ w osadzie]. Za to odsetka urodzeń [36,6‰ we wsiach, 36,3 w osadzie] jest niższą od przeciętnej w kraju. Przyrost naturalny ludności wynosi 18,1‰ i 15,2‰ dla osady.

Wahania odsetek urodzeń i śmierci większe są w osadzie, niż po wsiach, gdzie życie płynie spokojniejszym korytem. Różnice w śmiertelności z roku na rok są daleko wyższe, niż w ilości urodzeń.

Blisko połowa wszystkich śmierci po wsiach a przeszło połowa w osadzie przypada na wiek od 0 do 5 lat życia. Najwyższe niebezpieczeństwo śmierci wykazuje okres wieku od 15 do 20 lat życia. Na 1000 ludności po wsiach przypada 573,3, w osadzie zaś 579,8 w okresie życia produkcyjnym [15 do 60 lat wieku].

Śmiertelność niemowląt [do 1-go roku życia] wszędzie wogóle zmniejsza się z każdym przeżytym miesiącem. W Bełżycach, przeciwnie, zmniejsza się ona tylko w ciągu pierwszych 4—5 miesięcy, poczem znowu się wznosi. Zapewne ten ponowny wzrost śmiertelności niemowląt zależy u nas od braku nad nimi opieki i od szkodliwości przy dokarmianiu.

Z tablicy wymierania jednocześnie urodzonych okazuje się, że połowa ich wymiera dopiero między 40 a 50 rokiem życia. Średni wiek zmarłych wynosi jednak tylko 21 lat.

Śmiertelność w pierwszych 6 miesiącach roku jest wyższą, niż w drugiej jego połowie, co poniekąd tłumaczy się większą liczbą urodzeń w pierwszej połowie roku i wyższą śmiertelnością noworodków.

Zestawienie śmiertelności z cenami żyta i kartofli zdaje się wskazywać, że przy wyższych cenach na te główne środki pożywienia śmiertelność się zmniejsza.

Pozorny ten paradoks może zależy od rolniczego charakteru gminy Bełżyce, przez co wyższe ceny na żyto i kartofle idą tam w parze z większym dobrobytem.

Na 1000 dziewcząt rodzi się w gminie 1015 chłopców. Na 1000 kobiet jednak żyje 958 mężczyzn po wsiach, a 980 w osadzie. Śmiertelność kobiet w porównaniu z mężczyznami jest wyższą w osadzie, niż po wsiach.

Wszystkie te dane dotyczą tylko ludności chrześcijańskiej. Księgi metryczne ludności żydowskiej prowadzone są tak niedbale, że nie warto się kusić o wyciąganie z nich danych statystycznych. Według tych ksiąg wypadłoby między ludnością żydowską na 1000 rodzących się dziewcząt 1409 chłopców. Zależy to od dokładniejszego meldowania urodzonych chłopców ze względu na powinność wojskową. Gdyby na chwilę uwierzyć tym cyfrom, trzeba byłoby przyjąć zadziwiającą śmiertelność wśród mężczyzny żydów, bo w ogólnym składzie ludności żydowskiej na 1000 kobiet przypada tylko 966 mężczyzn. Liczba urodzeń wśród żydów [średnio z lat 5—38,3‰] wydaje się wyższą, niż u chrześcijan.

Kol. KAMIĘŃSKI odczytał rzecz o zapobieganiu biegunkom letnim u dzieci na wsi, podnosząc olbrzymie znaczenie w tej sprawie czystości. Praca ta mimo poważnego naukowego charakteru napisana jest z taką jasnością i prostotą, że z niewielkimi zmianami nadaje się zupełnie na odczyt ludowy.

Kol. J. KRAMSZYK powtórzył na prośbę wydziału swe przepisy, dotyczące chowania dzieci, czytane już w wydziale higieny wychowawczej. W zastosowaniu do ludu wiejskiego uznano za pożądane małe zmiany w redakcyi tych przepisów.

Kol. GEPNER [syn] w sprawie zapalenia oczu noworodków porównał wyniki statystyczne, wyciągnięte z wieloletnich spostrzeżeń w ambulatoryum przy szpitalu oftalmicznym z danymi z Zachodniej Europy. Okazuje się, że ludność nasza lekceważy te zapalenia oczu, późno je zaczyna leczyć, wskutek czego u nas w 30% przypadków tych zapaleń dochodzi do cierpienia rogówki, kiedy w Zachodniej Europie powikłanie to zdarza się tylko w 6% przypadków. Pomiedzy ociemniałymi u nas 10% zawdzięcza utratę wzroku zaniedbanemu zapaleniu oczu po urodzeniu (*blenorhoea neonatorum*). Wobec tego, że cierpienie to, byle w porę leczone, łatwe jest do usunięcia, koniecznym jest przekonanie jak najszerszych mas o tem, że nie można lekceważyć tego cierpienia, ale wczesnie je leczyć i zapobiegać mu starannem przemywaniem oczu noworodkom. Odpowiednie przepisy trzeba wydrukować i rozdawać darmo masom ludności.

Chelchowski.

Przegląd bibliograficzny.



Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. D-ra ALFREDA OBALIŃSKIEGO przez grono ostatnich jego uczniów i współpracowników. Kraków 1899.

O ile z prawdziwym żalem rok temu kreśliłem wspomnienie pośmiertne o zawczasie zgasłym dzielnym człowieku, wybornym lekarzu-chirurgu i zacnym kierowniku młodzieży, o tyle teraz z tem większą radością wziąłem do ręki książkę, w której byli uczniowie i współpracownicy, stosując się do życzeń zmarłego profesora, oddali mu hołd największy przez staranne ogłoszenie prac zawierających z jednej strony wyniki z olbrzymiego materiału operowanego przez zmarłego profesora OBALIŃSKIEGO, z drugiej uwzględniających szczegółowo te zasady postępowania, pomysły i metody nowe operacyjne, jakie często energicznie i rzutki profesor zalecał i osobiście wykonywał.

Na czele książki spotykamy artykuł napisany przez D-ra A. KWASNICZKIEGO, który, w ciepłych słowach kreśląc życiorys zmarłego profesora, jednocześnie daje nam obraz rozwoju klinicznego nauczania chirurgii w Polsce, korzystając z notatek, jakie pozostawił OBALIŃSKI. Następnie idzie praca D-ra RYSZARDA URBANIKA „O wynikach pierwszorzędnej resekcji jelita zgorzelinowego w przepuklinach uwięzłych na podstawie materiału prof. OBALIŃSKIEGO“, w której autor, opierając się na doświadczeniu zmarłego profesora, dochodzi do wniosków następujących:

Wybór postępowania zależy w znacznej części od ogólnego stanu chorego.

Przy znacznym zapadzie lepiej założyć odbyty sztuczny. Pierwszorzędna resekcja jest najpożądalszym zabiegiem i wskazaną jest w tych wszystkich przypadkach, gdzie zgorzel powstała szybko.

Stany zapalne worka i zapalenie otrzewny, o ile im nie towarzyszy wielki zapad sił, nie stanowią przeciwwskazania do resekcji jelita.

Wykonanie herniolaparotomii niekiedy jest bardzo pożądane.

Po tych rękoczynach nie należy bezpośrednio wykonywać operacji przepukliny doszczętej.

Należy szew na jelita zakładać w niezmiennych ścianach jelita.

Na 74 przypadki zgorzeli jelita, 41 skończyło się śmiercią po resekcji pierwszorzędnej, 29 zakończyło się zupełnem uleczeniem, a 4 uleczeniem względnem.

D-r JAN GAWLIK za treść swego artykułu bierze „przyszycie nerki wędrującej według sposobu OBALIŃSKIEGO“, który przyjmując zasadę LYONDA, że koniecznym warunkiem wytworzenia się trwałych zrostów jest odłuszczenie z powierzchni nerki torebki włóknistej w miejscu przyczepienia, robił przez torebkę włóknistą dwukrotnie cięcie w kształcie I tak, że długie jego ramię przebiegało wzdłuż zewnętrznego wypukłego brzegu nerki; po odłuszczeniu na tępo i umocowaniu szwami katgutowymi otwartych w kształcie wrót płatów torebki włóknistej i tłuszczowej do wewnętrznej powierzchni ścian okolicy lędźwiowej, zaszywał powłoki zewnętrzne, wprowadzając skrawek gazy wyjałowionej do powierzchni nerki. 2 razy operował zmarły podług tej metody z pomyślnym dotychczas wynikiem.

D-r KAROL KACZKOWSKI w artykule „o kamieniach pęcherzowych na podstawie przypadków operowanych przez prof. OBALIŃSKIEGO“ zastanawia się nad przyczynami, składem, objawami i leczeniem kamieni pęcherzowych. Zwraca uwagę na to, jaki wpływ na powstawanie kamieni mogą wywierać czynniki telluryczne, wiek, płeć, rasa i sposób żywienia się chorych. Wszys-

tkie znane metody operacyjne były stosowane przez OBALIŃSKIEGO, który w leczeniu pooperacyjnym nie odstępował od zasad ogólnie przyjętych.

D-r TYMOTEUSZ PIOTROWSKI pisze „o wynikach resekcji stępu sposobem OBALIŃSKIEGO“ który tę nową metodę przedstawił na 2-gim zjeździe chirurgów polskich i operował podług niej 19 razy; posiada ona w wielu razach wyższość nieporównaną z innymi metodami, o czym sam mogłem się przekonać, dobrze więc, że autor zwrócił uwagę na tę metodę operacyjną, która dotychczas jeszcze za mało bywa uwzględniana.

D-r STANISŁAW DORBA w artykule „przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materiału prof. OBALIŃSKIEGO“ przytacza dokładnie literaturę, rozmaite teorie powstawania kamieni żółciowych i kolki żółciowej, opisuje szczegółowo przebieg, objawy, rokowanie, powikłania i leczenie tego cierpienia, mając za nic przewodnią przypadki operowane przez OBALIŃSKIEGO.

D-r MAKSYMILIAN RUTKOWSKI pomieścił dwie prace: w jednej „nie drożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków“ drukowanej już w Przeglądzie Lekarskim, przedstawił umiejętnie bogaty materiał operowany przez OBALIŃSKIEGO, w którym prawie wszystkie różnorodne przyczyny wywołujące mechaniczną niedrożność są znakomicie ilustrowane przez odpowiednie przypadki.

Treścią drugiej pracy tego autora jest „plastyka pęcherza“ przy wynicowaniu tego narządu; autor opisuje tutaj metodę operacyjną swego własnego pomysłu, jaką zastosował w jednym przypadku przez siebie operowanym; polega ona tem, że autor, stosując metodę płatową, nie używa do tego płatów skórnych, jak to dotychczas czyniono, ale posilkuje się płatem utworzonym ze ściany jelita, który rozmiarami daje się dobrze zastosować do pozostałych resztek pęcherza. Płat ten autor wziął z jelita biodrowego w ten sposób, że najpierw wyciął 6-centymetrowy kawałek jelita i zaszył natychmiast oba odcinki, odprowadzający i doprowadzający, a następnie wycięty 6-centymetrowy kawałek, mający za szypułę kreskę, rozciął podłużnie; i otrzymany w ten sposób płat czworoboczny o powierzchni około 40 cm. wszyl po oddzieleniu ścian pęcherza od powłok brzusznych w rozciągnięty otwór pęcherza; w ten sposób powstał pęcherz, którego przednią ścianę tworzyła ściana jelita; następnie zeszył powłoki brzuszne, a do pęcherza przez cewkę wprowadził na stałe cewnik. Chory wyleczony opuścił klinikę po 2 miesiącach.

Dodać jeszcze muszę, że wydanie książki przedstawia się bardzo starannie, portret zaś zmarłego profesora, a szczególnie tablice rysunkowe mogą zadowolić nawet najwybredniejszy gust czytelnika.

A. Gabszewicz.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b. Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Dopełnienie: W N-rze 25 w nagłówku pracy kol. STEINHAUSA powinno być: z oddziału D-ra FREUDENSONA.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

S K Ł A D
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—28

Ekspedycya szybka i akuratna.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

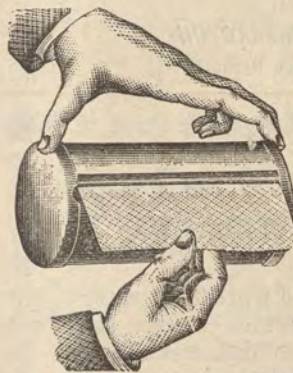
JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

Laboratorium Środków Opatrunkowych
R. STRZELECKIEGO i A. TURSKIEGO 3—2

w Warszawie, Chłodna 53, telefonu 1341.



poleca pp. Doktorom gazę sterylizowaną, jodoformową i inne oraz watę czystą, lub nasyconą w specjalnem praktycznem opakowaniu

S T E R I L

pozwalającem użyć środek opatrunkowy w dowolnych ilościach zawsze w stanie wyjałowionym. Nadto wyrabia plastry zwykajne i kauczukowe, bandaże oraz katalplazmy, nagrodzone złotemi medalami.

W lecie r. b. ordynować będę w RYMANOWIE (dom Zontaka) 5—5

D-r MICHAŁ ŚLIWIŃSKI
 z KRAKOWA.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25 - 2

D-ra Juliana Steinhausa

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Z inicjatywy wschodnio - pruskiego związku stowarzyszeń lekarskich odbywać się będą, począwszy od dnia 17 lipca r. b., następujące dwutygodniowe wykłady dopełniające dla lekarzy-praktyków przez docentów Albertyńskiego Uniwersytetu w Królewcu w Prusiech Wschodnich.

1. Anatomia topograficzna, zastosowana do celów praktycznych przez prof. Zander'a.
2. Kurs badania moczu przez docenta pryw. D-ra R. Cohn'a.
3. Kurs ćwiczeń sekeyjnych wraz z dyagnostyką anatomo - patologiczną przez docenta pryw. D-ra M. Askanazy'ego.
4. Kurs higieny praktycznej przez doc. pryw. D-ra Jaegera.
5. Kurs dyagnostyki klinicznej przez prof. Lichtheim'a.
6. Wykłady dyagnostyczne i kliniczne o chorobach przelyku i żołądka przez prof. Schreiber'a.
7. Kurs chorób dziecięcych [wraz z sztucznem odżywianiem] przez prof. Falkenheim'a.
8. Kurs wypukiwania i osłuchiwania przez doc. pryw. D-ra Hilberta.
9. Dyagnostyka kliniczna za pomocą mikroskopowej, chemicznej i bakteriologicznej metody badania przez docenta pryw. D-ra S. Askanazy'ego.
10. Nowsze metody chirurg. leczenia przez prof. von Eiselsberga.
11. Leczenie i ocena ważności obrażeń ciała [złamania i leczenie ran] przez docenta pryw. D-ra Samter'a.
12. Nowoczesne leczenie ran [teorya i praktyka sterylizacji, nowe narzędzia i przyrządy] przez prof. Kuhnt'a.
13. Kurs oftalmologii praktycznej przez prof. Kuhnt'a.
14. Istota, dyagnostyka i leczenie ziarnistego zapalenia łącznicy przez prof. Kuhnt'a.
15. Ćwiczenia w fizykalnych metodach badania uszu przez prof. Berthold'a.
16. O przyczynach i leczeniu tępości słuchu przez doc. pryw. D-ra Stetter'a.
17. Wybrane rozdziały z dziedziny otyjatrii przez doc. pryw. D-ra Leutet'a.
18. Praktyczne ćwiczenia w rynoskopii i laryngoskopii przez doc. pryw. D-ra Gerber'a.
19. Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i płciowych przez prof. Carpary'ego.
20. Kurs gynecologii praktycznej przez prof. Winter'a.
21. Kurs operacji akuszeryjnych i ogólna terapia akuszeryjna przez doc. pryw. D-ra Lange'go i doc. pryw. D-ra Rosinsky'ego [wspólnie].
22. Dyagnostyka kliniczna chorób psychicznych przez prof. Meschede'go.
23. Psychiatria sądywa wraz z nowemi zmianami w prawie cywilnem przez docenta pryw. Halleroorden'a.
24. Wybrane rozdziały z medycyny sądowej wraz z wyjaśnieniami i demonstracyami przez prof. Seydel'a.

Zgłoszenia przyjmuje i objaśnień udziela

SEKRETARYAT KURSÓW LEKARSKICH DOPEŁNIAJĄCYCH

(Das Secretariat der ärztlichen Fortbildungscourse) Lange Reihe Nr. 1.

H. Kucharzewski

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czem mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12-4

D-r med. HENRYK KÜMMERLING,

LEKARZ ZDROJOWY (polak),

12-8

ordynuje jak w latach poprzednich w BADEN pod Wiedniem (Renngasse, 3).