

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK

ROPNIA MIGDAŁKA GARDZIELOWEGO

(tonsilla Luschka'e).

PODAŁ

Dr. med. O. Hewelke.

Dnia 24-go stycznia r. b. przybyła na oddział mój w szpitalu Ś-go Rocha chora Aleksandra U., 17-toletnia dziewczyna, ze skargą na bolesne ściąganie głowy w prawą stronę. Przy próbie wyprostowania głowy, zarówno czynnej jak i biernej, ból się wzmagał znacznie; umiejscowiła go chora w pośrodku szyi po stronie prawej. Po za tem skarżyła się na ogólne osłabienie i brak łaknienia.

Choroba rozpoczęła się przed tygodniem, rozwijając się zwolna; od czasu do czasu zjawiały się dreszyczki.

Z wywiadów okazało się, że chora pochodziła z rodziców zdrowych i sama cieszyła się zawsze zdrowiem dobrem. Przeszłego roku, wskutek upadnięcia, uległa złamaniu prawej kości udowej. Miesiączkować zaczęła ubiegłego roku.

Badanie dobrze zbudowanej, ale miernie odżywianej i niedokrwistej dziewczyny, dało wynik następujący: Narządy wewnętrzne zmian wyraźnych nie przedstawiały. Na szyi nie znaleziono ani powiększenia gruczołów, ani podejrzeń na sprawę zapalną miejscową,

mięsień mostko-obojęzykowy nie wydawał się nawet znacznie napiętym. Gardło zmian nie przedstawiało, zęby trzonowe były zepsute po obu stronach. Język obłożony.

Gdy i badanie przez chirurga dokonane nie wykazało zmian miejscowych, postawiono rozpoznanie: torticollis rheumatica i zalecono chorej okłady rozgrzewające na szyję, oraz natrium salicylicum do wewnątrz.

Przez następne dwa dni w stanie chorej zmian wybitniejszych nie zaszło.

26-go wieczorem chora dostała silnego dreszczu i ciepłota podniosła się do 40°.

Nazajutrz rano znaleziono: Ciepłota 39.6. Tętno 120, dwubitne. Częstość oddechu 30. Senność. Apatya. Chora źle spała, bredziła. Głowę trzyma prawie prosto. Przy obmacywaniu szyi bolesność na wyrostkach poprzecznych średnich kręgów szyjowych. W gardzieli nie szczególnego. Śledziona na VII żebrze in. l. axil. media, wyczuwalna. Przelewanie i bolesność w prawym dole biodrowym.

Zalecono kalomel.

28-go stycznia. Poprzedniego wieczoru ciepłota 40.3, rano 40.6. Chora nocą bredziła, stolec oddała pod siebie. Głowa znów więcej skrzywiona. Tętno 144 — 152. Częstość oddechu 44. Wybitna apatya. Nieznaczne obrzmienie lewej powieki górnej. W płucach ogólne zaostrzenie oddechu.

Zalecono kamforę, lód na głowę.

29-go stycznia. Ciepłota wieczorem 40, rano 40.1. Tętno 152. Stan nawpółprzytomny. Obrzmienie i lekkie opuszczenie lewej powieki górnej. W płucach porożrucane z przodu i tyłu cienkie świszczące rżenia suche, w tylnych i dolnych ustępach rżenia drobne, wilgotne, zwłaszcza po stronie prawej.

30-go stycznia. Wieczorem 39.8, rano 39.6. Tętno nitkowate 150 — 160, oddech 48. Stan nieprzytomny, bredzenie. Górne powieki obrzmiały na obu oczach, lewa opuszczona. Źrenice równe, umiarkowanie zwężone, słabo reagujące na światło. Lekka sztywność karku i szczękoscisk. Twarz czerwona, z lekkim sinawym odcieniem. W prawym płucu stłumienie lekkie w dolnej części. Oddech wogóle mocno zaostrzony, rzeńń dużo suchych i wilgotnych. Śledziona duża. Mocz bez białka. Odruchów kolanowych niema. Ciepłota wieczorem 40.

31-go stycznia. Ciepłota 40.4. Wśród zwiększającej się coraz bardziej zapaści chora zmarła około południa. Badanie zwłok, dokonane dnia następnego, wykazało:

W prawie jamie opłucny nieco krwawego płynu przesiękowego. Opłucna gładka, lśniąca. W dolnych częściach płuc wymacują się licznie rozrzucone ogniska wielkości grochu, bliższe powierzchni przeświecają przez opłucną szaro-żółtawą barwą. Powierzchnia przekroju mocno przekrwiona, spływa z niej dużo krwawego pieniającego się płynu; miąższ wszędzie trzeszczy i nie rozrywa się łatwo. Wierzchołek wolny. W dolnej części dolnego zrazu gęsto porozrzucone ogniska ropne, wielkości grochu, zielonawo-żółto zabarwione, odgraniczające się od sąsiednich mocno przekrwionych płuc. Lewe płuco przedstawia się podobnie, oprócz ognisk ropnych w dolnej części znaleziono pojedyncze ognisko, wielkości sporego grochu polnego pod samą opłucną na przedniej powierzchni górnego płatu, tuż nad granicą z dolnym.

Uważając sprawę za pochodzenia aspiracyjnego, poszukiwaliśmy źródła ropy w górnych odcinkach dróg oddechowych.

Krtań ani migdały zmian nie przedstawiały. Podobnie w okolicy pozagardzielowej zmian nie znaleziono. Trzony i wyrostki kręgow szyjnych przedstawiały się prawidłowo; gruczoły chłonne nie były wyraźnie zmienione.

Wprowadziwszy palec głęboko aż do podstawy czaszki, natrafiłem na miękki guzik wielkości wiśni, z którego wycisnąłem nieco gęstej brudnozielonej ropy niecuchnącej.

Sekeya narządów jamy brzusznej wykazała znaczne powiększenie śledziony (dwa razy), oraz wyraźne zmętnienie budowy wszystkich narządów mięszzowych. Kiszki i narząd płciowy bez zmian.

Przy otwieraniu czaszki i nieostrożnem nadpiłowaniu opony twardej wyciekło nieco płynu ciemnozielonawej barwy. Mózg nieco powiększony, przekrwiony i soczysty. Powierzchnia przekroju błyszcząca, w komorach nieco więcej płynu przezroczystego. Nigdzie zmian wybitniejszych. Opona miękka niezmieniona.

Opona twarda w prawo od siodła tureckiego wzdłuż kości skalistej — zielonawo-brunatno zabarwiona, zatoka żylna skalista wypełniona skrzepem ciemnym i płynem zielonawo-kawowym, którego to część wypłynęła przy otwieraniu czaszki.

Opona w zagłębieniu sellae turcicae przesiąknięta płynem i zabarwiona brunatno. Ropy nie znaleziono.

Na ograniczonym miejscu opona twarda była zrosnięta z brzegiem mózdzku i przy wyjmowaniu tegoż oderwała zeń kawałek wielkości małego grochu, naokoło tego miejsca na mózdzku ciemnawe zabarwienie szerokości na 1 — 2 milimetry.

Po przepiłowaniu kości skalistej i trzonu kości klinowej w celu przekonania się o stanie jam odnośnych nie znaleziono w nich nie szczególnego, w nosie również zmian nie było.

Na podstawie czaszki na miejscu, odpowiadającym tuberculum pharyngeum (basilare) ropień wielkości orzecha tureckiego. Kość nie zmieniona; wewnątrz czaszki — na clivus Blumenbachii kość również przedstawiała się niezmienioną.

Objawy burzliwe, jakie niebawem z całą gwałtownością wystąpiły w przebiegu napozór niewinnego zrazu przypadku, znamionowały ciężkie zakażenie ogólne, którego natury jednak ani siedliska nie mogliśmy określić za życia.

Wysoka gorączka, obrzmienie śledziony, bolesność w prawym dole biodrowym, wreszcie ogólny stan tyfusowy — budziły przypuszczenie duru brzuszego, wystąpienie objawów ze strony płuc i mózgu nasuwały na myśl gruźlicę prosówkową lub w końcu zapalenie opon mózgowych.

Każdemu jednak z tych przypuszczeń brakło dostatecznej jasności i wypukłości. Nigdzie całokształt objawów nie zlewał się zgodnie w obraz pełny, w każdym przypuszczeniu były luki i sprzeczności, stałym jedynie było wrażenie ogólne ciężkiego septycznego zakażenia, niewiadomego pochodzenia.

Oczywiście, badanie pośmiertne jasno tłómaczy całą sprawę.

Zmianą pierwotną był ropień na sklepieniu gardzieli, niezdradzający się zresztą za życia ani przedmiotowemi, ani podmiotowemi objawami. Zawartość ropnia, aspirowana do płuc, wywołała tu ropne zapalenie zrazikowe. Z drugiej zaś strony sprawa zapalna, per contiguum, z podstawy czaszki zzewnątrz (drogą naczyń limfatycznych, może przez canalis Landzertii) przeszła do wnętrza czaszki, wywołując tu thrombophlebitis zatoki skalistej i poczynające się zmiany w oponie twardej.

Sprawy ropne ograniczone w przestrzeni noso-gardzielowej, a w szczególności ropnie migdałka Luschka'i nie należą do spostrzeganych często i nieliczne ich opisy należą do literatury lat ostatnich¹⁾. To ośmiela mnie do ogłoszenia mego pojedynczego przypadku.

¹⁾ W literaturze polskiej najbardziej zbliżone do opisywanego są tu: przypadek kol. Pękosławskiego („Kron. lek.“, 1893, str. 364), który dotyczył próchnienia kości klinowej niejasnego pochodzenia, oraz kol. Sędziaka („Kron. lek.“, 1898, str. 688) „Błonica gardzieli, powikłana ropniami migdałków podniebiennych, gardzielowego, językowego.

Sprawy te, zwykle, z powodu ukrytego ich siedliska pozostające nierozpoznawanymi, przebiegają pod postacią ciężkich zakażeń ropnicowych lub posocznicznych, t. zw. skrytego pochodzenia (kryptogen). Niekiedy istnieją mniej lub więcej wybitne objawy ze strony gardła lub nosa, kierujące uwagę ku właściwemu siedlisku cierpienia. Często jednak brak ich; to też w opisanych przypadkach rozpoznania było przypadkowym albo następowało przed samem zakończeniem sprawy, w chwili, gdy wylew ropy przez nos lub usta zdradzał całą chorobą, dotąd niejasną.

Ostatniego rodzaju trzy przypadki u dorosłych opisuje w krótkości L. Grünwald ¹⁾. W jednym z nich gorączka i objawy ogólne trwały 14 dni, poczem nastąpiło wylanie się obfitej ilości ropy przez nos i szybkie ustąpienie wszystkich objawów. Było tu zatkanie i suchość nosa.

W przypadku Laskera ²⁾ ogólne objawy trwały również dwa tygodnie. Były dreszcze, ciepłota wahała się między 39° a 40.9°. Upadek sił dochodził do prostracyi. Nos był tylko trochę zatkany. Po przepłukaniu nosa i gardła i usunięciu zaschłej tam ropy wszystkie objawy ucichły.

W przypadku Bino ³⁾ 4 dni trwały burzliwe objawy ogólne, zatkanie nosa, mowa nosowa, szczękocisk, lekkie zaczerwienienie podniebienia miękkiego. W nocy nastąpiło wylanie się obfitej ilości ropy przez nos, poczem objawy chorobowe ustąpiły odrazu.

Według Grünwalda źródłem pochodzenia tych ograniczonych zapaleń ropnych bywają najprawdopodobniej poprzednie sprawy ropne w nosie. Możliwym jest też związek z różą, wobec uznanego pokrewieństwa róży z rozmaitemi postaciami „angina“.

Tego samego zdania jest Gottstein ⁴⁾, opisujący te sprawy pod nazwą Phanryngotonsillitis phlegmonosa.

Uważa on za przyczynę jej zakażenie streptokokowe lub też sprawy pokrewne z różą. Chociaż we wspomnianym wyżej przypadku Laskera wyhodowano z ropy staphylococcus pyog. aureus i neo-

1) Dr. L. Grünwald. „Die Lehre von den Naseneiterungen“. München, 1896.

2) Cyt. przez Gr.

3) Cyt. przez Grünwalda.

4) J. Gottstein et dr. Kayser. „Die Krankheiten der Rachentonsille“, w dziele P. Heymann'a: „Der Rachen“, Wien, 1899.

kreślony bliżej gatunek laseczników w otoczkach, zgubnych dla myszy.

Według Gottsteina sprawa trwa wśród objawów tyfusowych 5 — 10 dni; towarzyszy jej silne zatkanie nosa, często bywa zapalenie ucha średniego. Sprawa może się rozejść samodzielnie albo też dochodzi do wytworzenia się ropnia opuszczającego się niżej i opróżniającego się przez nos i usta.

Pomimo burzliwego przebiegu zejście, o ile nie przyłączą się cięższe powikłania, bywa dobre.

Co się tyczy spostrzeganego przez nas przypadku, to objawy ogólne wystąpiły tu tak bardzo na pierwszy plan, a objawy miejscowe tak były skryte, że nie mogliśmy się domyśleć siedliska choroby. Badanie gardła nie wykazywało nic podejrzanego ze strony migdałów i gardzieli. Badanie przestrzeni noso-gardzielowej nie było przedsiębrane. Oddech przez nos nie był upośledzony i odbywał się do końca tą drogą, tembardziej, że w ostatnich dniach wskutek szczękoscisku usta były zamknięte.

Róży chora nie przechodziła.

O ile niektóre z zauważonych objawów zależały wprost od zajęcia migdałka gardzielowego albo też były warunkowane poczynającą się sprawą na oponie twardej—trudno na pewno orzec.

Tak np. torticollis, stanowiący pierwszą skargę chorej, był raz obserwowany po operacji wyrosli adenoidalnych przez Knight'a ¹⁾. W przypadku Cambella, opisanym pod nazwą „Kryptogenetische Saeptikopyaemie“, gdzie ropnica miała źródło w ropniu pozagardzielowym na wysokości 2 — 3 kręgu szyjowego, było wybitne skrzywienie głowy w prawą stronę (Deut. Med. Woch., 1891, 35).

Sztynność karku przy zapaleniu gruczołów retrofaryngealnych opisał Thost ²⁾, w przypadku zaś Bino (retronasale Phlegmone), wzmiankowanym powyżej, był szczękoscisk.

Być może, że bliskie sąsiedztwo sprawy ropnej odzywało się jednak na oponie twardej i jej to poczynającemu się odczynowi raczej należy przypisać wspomniane objawy, tylko że sprawa w cytowanych przypadkach — dzięki otwarciu się ropnia nazewnątrz i usunięciu przyczyny podrażnienia, nie rozwinęła się dalej aż do stopnia

¹⁾ A case of torticollis following removal of aden. Ann. of. Ophth. u. Oth., III, z 1894 w zbiorze literatury Gottsteina.

²⁾ Thost. „Ueber Symptome u. Folgekrankheiten d. hyperplastischen Rachentonsille“. Mon. f. Ohr., 1896, 1—w zbiorze literatury Gottsteina.

zapalenia opony. W naszym zaś przypadku opróżnienia ropy nie było, a podtrzymywane przez to zakażenie ogólne spowodowało tak fatalne zakończenie tej w początku napozór tak niewinnej sprawy.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

1. *Medycyna wewnętrzna.*

462. Lewandowski. O wydzieleniu wewnętrznym nadnercza i nerki. (Zeitschr. f. Klin. Med., 1899, № 5 i 6).

Pogląd o wydzieleniu wewnętrznym, ogłoszony przez Brown-Séquarda, przyjął się w nauce, chociaż niema dostatecznych podstaw, ani anatomicznych, ani fizjologicznych: komórki gruczołów wrzekomych nie mają cech komórek gruczołowych, a wydzielina ich nie różni się w gruncie rzeczy od innych przetworów komórkowych w ustoju. Sprawdzenie czynności danego narządu polega albo na wzmożeniu jego czynności, albo na usunięciu go całkowitem; pierwszy zabieg jest bardzo trudny do uskutecznienia, drugi sprawia szereg uszkodzeń, które same przez się zmieniają normalny stan ustroju. Zastrzykiwanie wyciągów z narządów nie rozwiązuje pytania, ponieważ nie wiemy, co właściwie z danej komórki wydziela się do krwi.

Za wydzieleniem wewnętrznym nadnercza przemawia podług Olivera i Schäfera oraz Szymonowicza i Cybalskiego czynność nadnercza, regulująca wysokość ciśnienia krwi. Jednak po wycięciu nadnerczy ciśnienie spada dopiero po kilku godzinach, a wyciąg nadnerczy po zastrzyknięciu podskórnem podwyższa ciśnienie ledwo na parę minut. Na zasadzie 5-ciu swych doświadczeń L. wypowiada przekonanie, że zmniejszenie ciśnienia krwi po wycięciu nadnerczy nie zależy od usunięcia narządów, wytwarzających ciała, pobudzające układ naczyniowy, lecz od trudności samego zabiegu operacyjnego, który wywołuje zapaść. Prócz tego do wywołania podniesienia ciśnienia krwi trzeba zastrzyknąć dużą bardzo stosunkowo ilość krwi z żyły nadnercza (10 — 30 ctm.³), taką, jaka w stosunkowo krótkim czasie nie może dostać się do krążenia. I to nie przemawia za jakimś swoistem wydzieleniem wewnętrznym nadnercza.

Na słabszym jeszcze gruncie stoi pogląd Brown-Séquarda o wydzieleniu wewnętrznym nerek. U zwierząt, pozbawionych tych narządów, śmierć ma następować później, jeśli im zastrzykiwać wyciągi nerek. I tu sam zabieg operacyjny ma ważne znaczenie (np. czy pod narkozą, czy bez niej). W ostatnich czasach Tigerstadt i Berg-

mann znaleźli, że wyciągi kory nerek mają własności znacznego podnoszenia ciśnienia krwi. Już dawniej Oliver zaznaczał toż samo co do nerek, śledziony, jąder, choć w mniejszym stopniu, niż co do nadnerczy. W przypadkach T. i B. po zastrzyknięciu 2 ctm.³ krwi z żyły nerkowej zwierzętom, pozbawionym nerek, ciśnienie podnosiło się o 13 — 25 mm. Lewandowski powtórzył te doświadczenia i robił prócz tego doświadczenia kontrolujące z zastrzykiwaniem roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Zastrzykiwał on po 6 ctm.³ i nie spotkał nigdy podwyższenia ciśnienia. Po pewnym czasie zjawiało się nieznaczne podniesienie ciśnienia krwi, lecz jednakowe przy zastrzykiwaniu krwi z żyły nerkowej, jak i z innych żył, oraz roztworu fizyologicznego soli. Na tej zasadzie autor odmawia nerkom wytwarzania jakiegoś swoistego ciała (renina), dostającego się do krwi.

W. Miklaszewski.

463. Emil Sergent i Léon Bernard. **Niedomoga ostra nadnerczy, przebiegająca przy objawach nie choroby Addisona.** (Arch. Génér. de Méd., № 7, 1899).

W szeregu przypadków ostro przebiegających, mylnie często rozpoznawanych za życia, znajdowano przy oględzinach pośmiertnych gruźlicę lub raka obu nadnerczy, które bywały w takich razach zniszczone doszczętnie. Oddawna badacze zastanawiali się nad tem, czy takie przypadki należy uważać za przebieg ostrej choroby bronzowej, tak ostrej, że zabarwienie skóry nie zdołało wystąpić; czy też zaliczyć je do postaci samoistnej. Autorzy skłaniają się bezwarunkowo do poglądu ostatniego, uważając za objaw niezbedny choroby Addisona — zabarwienie bronzowe skóry. Wydzielają oni postać specjalną pod mianem niedomogi ostrej nadnerczy, która przebiega przy objawach zatrucia ostrego ustroju. Zależnie od szybkości zejścia śmiertelnego, które jest tu prawidłem, odróżniają oni trzy rodzaje niedomogi: piorunującą, w której śmierć następuje nagle u pozornie zdrowego człowieka czasem po niewielkim urazie; postać ostrą, gdzie człowiek umiera po paru dniach choroby prawie nagle przy rozmaitych objawach; i postać podostrawą, która zaczyna się również nagle i ciągnie się parę tygodni i dłużej przy objawach zatrucia ogólnego, wyczerpania, wymiotów, biegunki i t. d. Przy wszystkich tych postaciach nie występuje zabarwienie skóry bronzowe; nadnercza zaś są zniszczone zupełnie przez sprawę gruźliczą albo nowotworową.

Niedomoga ostra nadnerczy (anatomicznie zaś — zniszczenie ich) odpowiada w zupełności zaburzeniom, występującym po usunięciu nadnerczy na drodze operacyjnej, co było robione przy licznych doświadczeniach na zwierzętach. Prócz tego jednak występują i objawy obecności guza, oraz zaburzenia wskutek jego rozpadu.

Wychodząc z założenia, że do obrazu choroby Addisona koniecznym jest zabarwienie bronzowe skóry, autorzy podciągają wszyst-

kie przypadki, które uchodziły za chorobę bronzową bez zabarwienia swoistego, a przebiegały ze zniszczeniem nadnerczy pod jeden z rodzajów ostrej niedomogi tych narządów.

W. Miklaszewski.

464. Teichmüller. **Próby przeszczepiania białaczki śledzionowej świnkom morskim.** (Deutsch. Arch. f. Klin. Med., H. 5, 6, 1899).

Przypuszczenie, że białaczka jest chorobą, spowodowaną przez drobnoustroje, zrodziło się w bieżącym dziesięcioleciu i skłoniło niezliczonych dotąd badaczy do puszukiwań w tym kierunku. Pomiedzy kilkoma opisywanymi odmianami drobnoustrojów nie zdołano jednak wykazać swoistego zarazka białaczki.

Autor próbował pod kierunkiem prof. Hoffmanna (Lipsk) zastrzykiwać krew z żyły łokciowej chorych na białaczkę świnkom morskim w tętnicę lub żyłę szyjową, oraz podskórnie w ilości od 0.3 do 3.0. Krew dwóch chorych z gorączkowym przebiegiem, zaszczerpiona zwierzętom, nie wywoływała u nich wyraźnych zaburzeń swoistych. Co prawda, większość zwierząt z 19-tu, które służyły do doświadczeń, zdechła skutkiem zabiegu operacyjnego, w kilku przypadkach znaleziono na sekcji zmiany w wątrobie, nerkach i t. d.; jednak na pewno można powiedzieć, że szczepienia tego rodzaju nie udawały się zupełnie.

W. Miklaszewski.

465. Stuparich. **Wyrostek robaczkowy z punktu anatomicznego i anatomopatologicznego.** (Wiener Med. Presse, 35, 1899).

Częste objawy zapalenia wyrostka robaczkowego skłoniły autora do zbadania tego narządu. Przejrzał on 600 rozmaitych trupów i przyszedł do następujących wniosków. Długość wyrostka i jego krezki jest rozmaita w różnym wieku. Najlepiej rozwinięte spotyka się w drugiej połowie pierwszego roku życia i w 2, 3 i 4-ym latach. Najdłuższe wyrostki (10—14 ctm.) spotkał autor w 50-ciu przypadkach (10 do lat 5-ciu, 7 od 5 do 20, 24 od 20 do 50). Długość przeciętna wyrostka wynosi 7—9 ctm. Wynika stąd, że w wieku starszym wyrostek z krezką kurczą się. Przyczynę tego kurczenia się nie jest żadna sprawa zapalna, lecz powolny zanik tych narządów.

Położenie wyrostka robaczkowego jest normalnie ku tyłowi i ku linii środkowej: im dłuższy jest wyrostek, tem więcej zawiera fałd i skrzywień.

Prócz długości krezki i wyrostka, która zmniejsza się normalnie zależnie od wieku, zasługuje na uwagę zmniejszenie światła wyrostka, ścięczenie jego ścian, dochodzące prawie do zupełnego zaniku.

Znaczny zanik z zamknięciem światła wyrostka spotkał autor 30 razy; bez zamknięcia zaś — 3 razy.

Sprawy gruźlicze w wyrostku i w otrzewnie przylegającej spotkał autor 19 razy; przebieg tej sprawy był zupełnie spokojny, miejscowy. Prócz tego znalazło się 12 wyrostków, przyrośniętych cienkimi błonkami do otrzewny, gdzie nie było żadnych objawów zapalnych na błonie śluzowej wyrostka. W 14-tu przypadkach były objawy silniejszego lub słabszego zapalenia wyrostka z przejściem na otrzewnę i ze zrostami silnie wyrażonemi. Większość przypadków ostatniego rodzaju znalazł autor w wieku późniejszym, po 60-ciu latach. Słabsze zapalenia (poprzednie 12 przypadków) w wieku młodszym. Wynikałoby stąd, że albo zapalenie ma własność przebiegania bardzo przewlekłe, albo że w wieku późniejszym odczyn zapalny w wyrostku i otaczających go narządach jest silniejszy.

Oprócz wniosków ogólnych autor przytacza sporo pojedynczych obserwacji.

W. Miklaszewski.

466. E. de Renzi i G. Boeri (Neapol). **O leczniczym działaniu Thiocol'u „Roche“.** (Deut. Med. Woch., № 32, 1899).

Thiocol „Roche“ jest solą potasową kwasu sulfogujakolowego i zawiera około 52% guajakolu. Jest to biały, miłkokrystaliczny proszek; położony na język wywołuje początkowo lekko gorzki smak, który przechodzi, gdy ślina proszek rozpuści. Thiocol zapachu nie posiada, rozpuszcza się w 4 częściach wody zimnej i w jednej części ciepłej.

Sirolin jest to roztwór tiocolu w syropie pomarańczowym, jest on tak przygotowany, że łyżka stołowa sirolinu zawiera 1.0 tiocolu resp. guajakolu krystalicznego, łyżeczka zaś mała — 0.33 tiocolu resp. 0.2 guajakolu. Schwarz, Maromaldi i inni otrzymali od tiocolu bardzo zachęcające wyniki.

W klinice neapolitańskiej leczono tiokolem resp. sirolinem 25 chorych, z tych 24 z suchotami płucnymi w rozmaitych okresach (15 mężczyzn i 9 kobiet) i jednego z przewlekłym niegruźliczym broncho-alveolitis.

Wszyscy chorzy leczeni omaw. środkiem byli przez cały czas pobytu w klinice bardzo szczegółowo badani i obserwowani.

Ze spostrzeżeń tych wyciągnąć można następujące wnioski:

1. Tiocol i sirolin są nie tylko dobrze znoszone i wchłaniane, lecz nawet ze względu na zupełny brak zapachu i przyjemny smak są z chęcią przez chorych przyjmowane.

2. Tiocol przyjmuje się w dawkach jednorazowych po 0.5 do 4.0 na dzień w opłatkach. Sirolin podaje się od 1 — 5 małych łyżeczek na dzień.

3. Preparaty te wywołują dodatni wpływ na przebieg suchot płucnych, ponieważ podnoszą siły i odżywianie, obniżają ciepłotę,

zmniejszają ilość płwociny i laseczników, powiększają ilość moczu, polepszają pojemność płuc i ciśnienie krwi.

4. Powiększają utlenianie organiczne, jak to widać ze zmniejszonej ilości dziennej kwasu moczowego przed i w czasie kuracji.

5. Ustąpienie kaszlu, zmniejszenie się wydzielin, powiększenie pojemności płuc, polepszenie odżywiania, ogólne wzmocnienie uprawomocniają użycie tego środka i w innych niegruźliczych cierpieniach płuc i oskrzeli.

6. Występujące niekiedy po stosowaniu sirolinu, a szczególnieji tiokolu biegunki ustępują szybko po zastosowaniu środków ściągających.

7. Tiocol i sirolin mogą być zatem z korzyścią stosowane w gruźliczych i niegruźliczych cierpieniach płuc i stanowią doskonałą podporę innych środków i metod leczniczych w leczeniu suchot płucnych.

H. Kucharzewski.

II. Choroby układu nerwowego.

467. Gilles de la Tourette. O rozpoznawaniu tak zwanej *pląsawicy ciężarnych*. („Diagnostic de l'affection dite chorée des femmes enceintes“. Semaine Médic., № 39, 1899).

Cierpienie, opisywane najczęściej przez lekarzy angielskich, pod nazwą „*pląsawica ciężarnych*“, jedni uważają za powtórzenie pod wpływem ciąży istniejącej niegdyś w dzieciństwie u tegoż osobnika *pląsawicy prawdziwej*, inni zaś za oddzielną, niezależną jednostkę nozologiczną.

Autor przedewszystkiem zbija pierwszą teorię, dowodząc za przykładem Sydenhama, że *pląsawica*, tak zwana *prawdziwa*, jest chorobą wyłącznie wieku dziecięcego i po okresie dojrzałości nie zdarza się nigdy.

Co do drugiej teorii, to ci sami autorowie, którzy wyodrębniają *pląsawicę ciężarnych*, zwracają uwagę na to, że nieraz i po porodzie owe ruchy jakoby *pląsawiczne* nie ustają w zupełności, co znaczy, że nie zależą wyłącznie i bezpośrednio od samej ciąży. Prócz tego poglądy owe, jeżeli mogły być po części usprawiedliwione dawniej, dopóki nie znaliśmy dokładnie tak zwanej choroby *tików*, obecnie już nie wytrzymują żadnej krytyki.

Większość przypadków rozpoznawanych, jako *pląsawica ciężarnych*, trzeba zaliczyć bądź to do *histeryi*, wobec wyraźnych znamion *histerycznych*, bądź też do choroby *tików*. Nieliczne przypadki, jeżeliby się dały zaliczyć do *pląsawicy*, to tylko do tak zwanej *chronicznej, rodzinnej (familial)*, to jest *Hutingtonowskiej*, lecz nigdy do *pląsawicy Sydenhama*.

Zamiast więc, co jest rzeczą najłatwiejszą, każdy przypadek ruchów mimowolnych u kobiet ciężarnych chrzcić nowem mianem i tworzyć oddzielną jednostkę chorobową, winniśmy przez uważną analizę objawów, jaknajdokładniejsze wywiady i ściśle źródniczkowanie dojść do prawdziwego rozpoznania, a co zatem idzie odpowiedniej prognozy i racjonalnego leczenia.

Dla poparcia swoich wywodów autor rozbiera dwa interesujące przypadki ze swego oddziału:

Pierwsza chora, 18-letnia praczka, delikatnej budowy ciała, w 8-ym miesiącu ciąży. Ciężarna po raz drugi, pierwszy raz rodziła przed 15 miesiącami.

W narządach wewnętrznych żadnych zmian chorobowych, w moczku nieco białka. Z danych rodzinnych zanotować można, iż matka jej zmarła na suchoty i była niezmiernie nerwowa. Chora skierowana została na oddział z rozpoznaniem „chorea gravidarum“.

Przy pierwszym spojrzeniu na chorą rzucają się przedewszystkiem w oczy mimowolne ruchy w lewej ręce i nodze. Ruchy te mają charakter nagły, bezładny, o silnem podrzucaniu kończyny. Potęgują się przy ruchach zamiarowych, od czasu do czasu ustają na chwilę, tylko podczas snu i to bardzo niewystarczającego, znikają w zupełności. Głowa również porusza się w rozmaite strony. Chód niepewny, z wyrzucaniem kolan naprzód. W ruchach owych niema żadnego rytmu, jak to bywa w histeryi, nie mają one również charakteru zaokrąglonego, jak w płasawicy, nie ustają pod wpływem woli, jak to bywa w chorobie tików.

Sam więc charakter owych ruchów nie daje nam żadnych danych do rozpoznania. Szukajmy więc innych objawów. Przy badaniu czucia zaznaczamy, jeżeli nie zupełne znieczulenie połowiczne, to w każdym razie wyraźne zmniejszenie czucia po stronie lewej. — Z opowiadań krewnych dowiadujemy się, że w dzieciństwie pacjentka nasza miała wyraźny napad somnambulizmu, przed rokiem zaś podlegała zemdleniom. Charakter zawsze miała zmienny, kapryśny.

Dane te pozwalają nam na rozpoznanie u chorej histeryi, nie tłómaczą nam jednakże pochodzenia owych ruchów, które nie mają w zupełności charakteru histerycznego.

Jeżeli zapytamy chorą o początek owych ruchów, odpowiada nam, iż zjawiły się one nagle w 6^{1/2} miesiąca ciąży, przyczem mąż jej przypomina sobie, iż wystąpiły one zaraz po napadzie gwałtownego krzyku, rzucania się, przyczem chora chciała wyrzucić swe pierwsze dziecko przez okno. Podczas owego napadu chora była nawpół przytomną, a na pewien czas przedtem smutna i przygnębiona.

Przy uważnem jednakże przypatrywaniu się chorej spostrzedz możemy prócz owych wielkich ruchów w kończynach i głowie cały szereg drobnych skurezów mięśniowych w twarzy. Chora raptownie mruży i otwiera powieki, przygryza wargi, ścisza usta, podnosi brwi. Ruchy owe pod wpływem woli zmniejszają się wyraźnie. Według opowiadań krewnych chorej istnieją one od 11 — 12 r. i zjawiły się razem z miesiączką. Mają one niewątpliwie charakter tików. Wobec tego, chcąc się jeszcze bardziej utwierdzić w rozpoznaniu, zapytywa-

liśmy męża chorej, czy nie zauważył u swej żony zwyczaju wymawiania nieprzyzwoitych wyrazów (koprolalia). Okazało się, że chora już i dawniej miewała wprost napady wymawiania najnieprzyzwoitszych wyrazów, co, jak świadczą sąsiadki chorej z sali szpitalnej, powtarza się często i obecnie.

Tak więc powoli rozjaśnia się nam istota choroby. Z jednej strony cały szereg objawów, charakterystycznych dla histeryi, z drugiej zaś niezbite dowody choroby tików.

I w rzeczy samej oba te cierpienia istnieją jednocześnie u naszej chorej. I owo sprzężenie histeryi z chorobą tików wyjaśnia nam i obrania jedyny ciemny i słaby punkt w naszym rozpoznaniu. Widzieliśmy, że chora pomimo usilnych nalegań z naszej strony nie jest w stanie powstrzymać choćby chwilowo owych gwałtownych ruchów kończyn wbrew temu, jak to bywa przy chorobie tików. Lecz owa niemożność spełnienia naszego polecenia jest skutkiem zaburzeń woli i wogóle psychiki chorej, zależnych od histeryi, czego dowodem, że skoro chora po jakimś czasie przy odpowiednim leczeniu przyszła do równowagi, wówczas była w stanie wpływać i na owe nieposłuszne dotąd ruchy.

Stoimy więc wobec przypadku złożonego histeryi i choroby tików. Czyż istnieje potrzeba stwarzania nowej jednostki chorobowej jedynie dlatego, że chora taka zaszła w ciążę. Wszak, gdyby nie ciąża, nie wahalibyśmy się już w rozpoznaniu. Okoliczność, że przy pierwszej ciąży owych gwałtownych ruchów mimowolnych nie było nie przeczy naszemu rozpoznaniu, dowodzi właśnie, że nie ciąża per se ipsam była powodem wystąpienia napadów ruchów w kończynach, lecz że wogóle gorsze warunki organizmu wskutek zbyt prędkiego nastąpienia jednej ciąży po drugiej, spowodowało wybuchnięcie w całej okazałości tego, co istniało już od dzieciństwa.

Historia drugiej chorej przedstawia się w następujący sposób.

Kobieta młoda, średniej budowy, się w drugim miesiącu ciąży, siedm miesięcy temu pierwszy raz rodziła.

Przed 4-ma miesiącami przeszła ciężką influencję, poczem przez czas dłuższy cierpiała na obrzmienie i bolesność stawów.

Dwa miesiące temu zaszła w ciążę i wkrótce potem zauważyła ruchy mimowolne z początku w lewej łopacie, potem w całej lewej kończynie górnej, wreszcie w dolnej i w głowie. Ruchy te mają charakter nagły, odrywany, nie rytmiczny, zwiększają się przy wysiłkach celowych, ulegają woli w stopniu bardzo nieznacznym. Czasami ustają same przez się na chwilę, żeby powrócić znów pod wpływem najlżejszego wzruszenia. Chora nie sypia prawie wcale; mocno przygnębiona, myśli o samobójstwie z powodu nieuleczalności swej choroby. Czy i w tym przypadku nie mamy do czynienia z płasawicą Sydenhama? Oczywiście, że nie.

Przedewszystkiem wiek pacjentki wyklucza prawdziwą płasawicę. Jeżeliby nawet przypuścić, że chora po influencji przechodziła reumatyzm stawowy, to i to nie służyłoby za dowód, gdyż mimo usiłowań Germain-See (1850) związek przyczynowy między reumatyzmem a płasawicą nie jest ostatecznie rzeczą dowiedzioną. Zresztą,

u naszej chorej zajęcie stawów mogło być nie reumatycznej natury, a zależeć wprost o działania zarazka samej influenzy. Więc może tu mamy ową samoistną „chorem gravidarum“, lecz i to nie.

Przy szczegółowych wywiadach okazuje się przedewszystkiem, że chora nasza ciężko jest obarczona dziedzicznie: rodzice pijacy, rodzona ciotka ma płasawicę, siostra ma tiki i napady kopolaliae.

Sama chora w drugim roku życia miewała jakieś napady drgawkowe i w celu ich usunięcia brała stale jakieś lekarstwo do 7-go roku życia.

W szkole prześladowano ją ustawicznie za grymasy, jakie robiła twarzą — przewracała oczami, gryzła wargi i t. p. od 5-go roku życia. I do tej pory powtarza to się od czasu do czasu. Sąsiadki z tej samej sali szpitalnej skarżą się również na naszą pacjentkę, że nieraz bez uzasadnionej przyczyny, jakby napadami, wyrzuca z siebie cały szereg najohydniejszych wyrazów. Sumując wyliczone objawy, dochodzimy do wniosku, że i w tym wypadku mamy do czynienia z chorobą tików.

W obu opisanych przypadkach szczegółowe wywiady, dokładne zbadanie sfery psychicznej, ścisła i krytyczna obserwacja objawów pozwoliły nam postawić dokładne rozpoznanie, bez potrzeby tworzenia nowej jednostki chorobowej. W chorobie tików, podobnie jak i w histeryi, na wystąpienie objawów ze strony mięśni wpływają w wysokim stopniu spotykane w owych chorobach zaburzenia sfery psychicznej. Jeżeli taka chora z nieznacznymi objawami ruchowymi zajdzie w ciążę, to nie zmiany fizyologiczne w narządach rodnych, lecz związany nieraz z ciążą niezwyklej stan psychiczny (np. zmartwienia z powodu zbyt szybko następujących ciąż, jak w obydwu naszych przypadkach) są powodem niezwyklego spotęgownienia się tych objawów. A zatem zważywszy, iż: 1) płasawica prawdziwa nie istnieje w wieku dojrzałym, 2) płasawica chroniczna bywa chorobą niezmiernie rzadką, przyjąć trzeba, że płasawica ciężarnych — jako odrębna postać chorobowa — nie istnieje, a jest najczęściej przejawem choroby tików lub histeryi, podobnie jak również przejawem histeryi jest tak zwana tężyczka ciężarnych, brana przez czas pewien za oddzielną jednostkę chorobową.

Przyznając możność powstawania płasawicy jedynie pod wpływem ciąży, uważano często za rzecz wskazaną i konieczną wywołanie poronienia z obawy grożącego matce niebezpieczeństwa życia. Wobec histeryi i choroby tików (nie zagrażających zresztą życiu) zabieg ten zabójczy najczęściej dla dziecka i groźny dla matki zupełnie jest bezcelowy. Dokładne zatem rozpoznanie ma w tego rodzaju przypadkach nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne znaczenie.

K. Wisłocki.

III. Choroby dzieci.

468. Prof. Monti (Wiedeń). **Przyczynki statystyczne do nauki o skrofulozie.** (Archiv für Kinderheilkunde, XXVI, str. 161 — 204, 1899 roku).

Poglądy badaczy na stosunek zółzów do gruźlicy są podzielone. Z jednej strony wielu anatomopatologów uważa skrofulozę za identyczną z gruźlicą, z drugiej wielu klinicystów na mocy doświadczenia, zebranego przy łożu chorego, nie uznają identyczności obu tych pojęć.

Wobec takiej różnicy zdań, autor postanowił przyczynić się do rozwiązania tej kwestyi, korzystając z ogromnego materiału ze swej polikliniki w Wiedniu, oraz z 2-ch stacyi leczniczych, pozostających pod jego kierownictwem (w San Pelagio przy Rovigno i w Sulzbach pod Iszlem). Zarazem autor stara się określić stosunek procentowy przypadków zółzów w porównaniu z ogólną ilością zachorowań. Materiał z ogólnej polikliniki w Wiedniu zebrany był za przeciąg czasu od r. 1873 do 1894, obejmując 610,332 chorych; z tych 57,585 przypadło na skrofulozę. Co się tyczy materiału ze wzmiankowanych zakładów leczniczych, to w jednym z nich ilość dzieci zółzowatych od r. 1888 do 1897 wynosiła 1,958, w drugim od r. 1893 do 1897 wynosiła 622. Pod względem płci w ogólnym zestawieniu autora przewaga, acz nieznaczna, okazała się na korzyść dziewcząt (4,397 na 3,731 chłopców), wszelako autor uważa te cyfry za zbyt małe, by im ogólną wartość przypisywać, tembardziej, że co do częstości poszczególnych cierpień zółzowych, stosownie do przyczyn działających, raz okazuje się przewaga po stronie dziewcząt, drugi raz po stronie chłopców. Co się tyczy częstości zółzów podług wieku, wyniki autora godzą się z poglądami, wygłaszanymi w podręcznikach.

Przy zbieraniu cyfr śmiertelności i uleczalności skrofulozy, Monti posługiwał się tylko materiałem statystycznym wspomnianych uzdrowisk (Erzherzogin Maria-Theresia Seehospiz i Kaiser Franz Joseph-Kinderhospiz), w których dzieci pozostają aż do wyzdrowienia, albo aż do śmierci lub przejścia w stan nieuleczalny. Badając śmiertelność i uleczalność zółzów, autor rozpatruje je w stosunku do każdego okresu tej choroby. Wiadomo, że, według Virchowa, odróżniają 3 okresy skrofulozy. W pierwszym okresie występują cierpienia zółzowate, spowodowane niedostatecznym histologicznym wytwarzaniem się tkanek i upośledzoną przemianą materyi. Tu należą: wiotka muskulatura, marny pokład tłuszczu, torpidne lub eretyczne własności skóry, wątła budowa kośćca, niedokrwistość, osłabienie serca, lekkie przerostowe obrzmienie gruczołów chłonnych, zaburzenia narządów oddechania i trawienia.

Drugi okres stanowią wszelkie zaburzenia zółzowe, powstające dzięki nienormalnemu zachowaniu się tkanek wobec czynników ze-

wewnętrznych, więc sprawy zapalne skóry, błon śluzowych, okostny, odznaczające się słabą tendencją do gojenia się. Cierpienia występujące w obu tych okresach nie mogą być uważane za gruźlicze.

Do trzeciego okresu należą wszelkie sprawy zolżowe, prowadzące do powstawania produktów gruźliczych (pod wpływem laseczników tuberkulicznych) i do cierpień miejscowych, więc gruźlica gruczołów chłonnych, skóry, kości i stawów.

Otóż autor rozpatruje śmiertelność i uleczalność w każdym z tych 3 okresów, uwzględniając poszczególne właściwe im cierpienia różnych narządów i obliczając odsetki uleczalności lub śmiertelności przy każdym z tych ostatnich. Badając np. okres drugi, autor zestawia w tabelkach dane, dotyczące płci i wieku dzieci, następnie cierpienie oczu, uszu, nosa, skóry, gruczołów limfatycznych, okostny; nadto zestawia oddzielnie przypadki względnie uleczone i zupełnie wyleczone i t. d.

Reasumując otrzymane wyniki, autor wygłasza następujące wnioski:

1. Zolży nie powinny być jeszcze (? ref.) utożsamiane z gruźlicą; stosuje się to jedynie do dwóch pierwszych okresów, kiedy wytwory gruźlicze nie zostają wykryte.

2. Częstość skrofulozy wynosi około 9% ogólnej cyfry dzieci leczonych.

3. Skrofuloza napotyka się, aczkolwiek rzadko, w pierwszym roku życia; najczęściej między 1 — 5 rokiem.

4. Względna częstość pojedynczych stadyów przedstawia się: w 1-em stadyum 10%, w 2-em 68%, w 3-em 22%.

5. Uleczalność według stadyów wynosi w odsetkach: dla 1-go 87, dla 2-go 85 (stosownie do cierpienia miejscowych 80 — 91), dla trzeciego 60 (stosownie do cierpienia lokalnych 32 — 82).

6. Również śmiertelność w pojedynczych okresach tej choroby nie jest jednakowa i wynosi dla 1-go ledwie 1%, dla 2-go około 3%, dla 3-go przeszło 8%.

7. Przyczynę śmierci w pierwszym okresie stanowi przeważnie gruźlica narządów wewnętrznych, zwłaszcza płuc albo inne przyłączające się sprawy zakaźne; w okresie drugim głównie gruźlica płuc i kiszek, w trzecim szczególnie meningitis tuberculosa i mączkowate zwyrodnienie organów wewnętrznych, w pewnej ilości przypadków przewlekłe zakażenie.

B. Polikier.

469. Ch. Maygrier. **O śmierci pozornej u nowonarodzonych.** — (Le Progrès Médical, 1899, № 28).

Śmierć pozorną nowonarodzonych jest to stan, w którym czynności życiowe są bardzo osłabione lub znajdują się w zawieszaniu. Oddechanie i krążenie krwi są nieprawidłowe, napięcie mięśni zupełnie zniesione, dziecko weale nie krzyczy.

Są dwie odmiany śmierci pozornej: sinicowa i biała. Przy pierwszej odmianie (asfiksyja) całe ciało ma barwę niebieskawą, zwłaszcza na twarzy i kończynach; przy drugiej odmianie (synkope) uderza woskowa błądź noworodka.

Przy stawianiu rozpoznania należy mieć na uwadze maceracyę płodu i śmierć rzeczywistą. Wogóle nie należy za wcześniej przypuszczać istotnej śmierci nowonarodzonego.

Co się tyczy anatomii patologicznej, to przy pierwszej odmianie znajdują się zmiany asfiktyczne, a przy drugiej zmiany pochodzenia traumatycznego w następstwie operacji akuszeryjnych.

Śmierć pozorna występuje przy zmianie krążenia płodowo-łożyskowego, co ma miejsce przy przedwczesnem odklejanu łożyska, tężcu macicy, uciśnięciu sznurka pępkowego i t. p. Wtedy ośrodek oddechowy, będąc silnie podniecony przez krew przepojoną kwasem węglanym, reaguje i płód zaczyna wykonywać ruchy oddechowe i łyka płyn owodni wraz znajdującymi się w nim ciałami obcymi.

Pierwsza postać śmierci pozornej jest sprawą zawału dróg oddechowych, a druga postać następstwem obrażeń ośrodków nerwowych. Częstość śmierci pozornej wynosi 3%. Rokowanie przy pierwszej postaci jest względnie dobre, a przy drugiej ciężkie.

Leczenie dzieli się na zapobiegawcze i właściwe leczenie.

Zapobiegawcze polega na starannem czuwaniu nad płodem w czasie porodu i na przyspieszeniu porodu przy wystąpieniu cierpienia płodu.

Właściwe leczenie śmierci pozornej zależy na pobudzeniu oddechania, wspieraniu krążenia i podniecaniu stanu ogólnego.

Przy postaci sinicowej należy rozeierać skórę dziecka wysokim, chłostać je, usuwać palcem z jamy ustnej i gardzieli ciała obce, pobudzać odruch nosowy wąsami pióra gęsiego przez wprowadzanie go w nozdrza. Z przewiązywaniem sznurka pępkowego nie śpieszyć się.

Przy postaci białej, gdy sznurek pępkowy nie tętni, zaraz go przewiązać, zastosować ciepłą kąpiel i sztuczne oddechanie.

Są rozmaite metody stosowania sztucznego oddechania. Najstarsza jest metoda Silvestra. W Niemczech jest rozpowszechniona metoda Schultzego, a we Francji wdmuchiwanie. W wielkiem użyciu jest wdmuchiawcz Ribemonta. Przy pomocy wdmuchiawcza najprzód wyciąga się (aspiratio) z dróg oddechowych zalegające ciała obce, a następnie wykonywa się wdmuchiwanie. W ostatnich czasach Laborde zaczął zalecać rytmiczne wyciągania języka. Jednak wdmuchiwanie pozostaje środkiem najpewniejszym.

Rabek.

470. Wilhelm Stoelzner. **O leczeniu krzywicy wyciągiem nadnerczy.** (Doniesienie tymczasowe). (Deutsch. Med. Woch., № 37, 1899 roku).

Jestto właściwie krótka wzmianka o wynikach, otrzymanych przez autora w poliklinice Heubnera po wypróbowaniu (na 76 osobnikach rachitycznych) działania wyciągu nadnerczy. Nie znajdujemy tu żadnych faktów klinicznych ani anatomopatologicznych, ale zapowiedź ogłoszenia ich w roku przyszłym i następujące ogólnikowe wnioski:

1. Leczenie substancją nadnerczy wpływa znakomicie na stan ogólny. Częstokroć w ciągu jednego lub dwóch tygodni daje się zauważyć wpływ korzystny na niektóre objawy (niepokój, wrażliwość, poty, pobudliwość naczynioruchowa i zwłaszcza craniotabes).

2. Korzystny wpływ na wyrzynanie się ząbków, umiejętność siedzenia, stania i biegania; również miękkość klatki piersiowej często ustępuje tak szybko po rozpoczęciu kuracji, że przyczynowy związek jest tu niewątpliwym.

3. Mniej wpływa na rozmiary ciemączka, na zniekształcenie klatki piersiowej, na różnice oraz zgrubienia końców kości długich (epifiz) i skrzywienie kończyn.

4. Wobec skurczu krtani leczenie jest bezsilne.

5. W ciągu pierwszych tygodni szybko występuje znaczna poprawa, która później już powolniej postępuje.

6. W razie przerwania kuracji znika poprawa i nawet pojawia się pogorszenie; po rozpoczęciu nanowo kuracji, poprawa idzie znów szybkim krokiem.

7. Widoczna poprawa daje się zwykle zauważyć nawet w przypadkach z ciężkimi powikłaniami (przypoty, nieżyty kiszek, oskrzeli, zapalenia płuc).

8. Autor posiada materyały (dotyczące zmian histologicznych kości) z dwóch odnośnych przypadków, z których jeden dotyczył dziecka, dotkniętego ciężką krzywizną i leczonego przezeń w ciągu miesiąca wyciągiem nadnerczy. W przypadku tym znaleziono tylko ślady tkanki osteoidnej

B. P.

471. W. Schiele. **Przypadek obrzęku śluzowego, leczonego gruczołem tarczowym.** (St.-Petersb. Med. Woch., 1/13 maja 1899).

Przypadek dotyczył 13-letniej dziewczynki, estonki, silnie zbudowanej i zdrowej, pochodzącej ze zdrowej rodziny. Od 3-go roku życia zaczęła tyć bezkształtnie. W 8-ym roku życia rozwinęły się sutki, pod pachą i na mons V. ukazało się uwłosienie. W tym czasie pojawiła się miesiączka, powtarzająca się regularnie co 4 tygodnie. Od 9-go roku inteligencya zaczęła słabnąć tak, że po 3-ach latach

pobytu w szkole ledwie imię swoje potrafi napisać. Długość ciała 129 cm., obwód nad brodawkami sutkowymi 86 cm., obwód brzucha 109 cm. Waga 184 $\frac{1}{2}$ f. Ruchy ciężkie, niezaradne.

Leżąc na grzbiecie, nie może sama się podnieść. Obrzmienie niepodatne powłok całego ciała z wyjątkiem rąk i nóg. Skóra blada. Piersi silnie rozwinięte, opadłe. Genitalia prawidłowe. Głos surowy. W moczu ani białka, ani cukru. T. 36.5 — 36.7°.

Leczenie suchym sproszkowanym gruczołem tarczykowym (z apteki) z początku 3 × 0.3, stopniowo zwiększając dawkę. Żadnych złych skutków nie zauważono. Po 4-ch miesiącach 3 × 2.00, więc 6.00 pro die. Dawkę tę podawano niedługo, gdyż wywołała zaburzenia w trawieniu. Później 3.00 pro die z przerwami od czasu do czasu. Waga dziecka wynosiła: 11/VII 184 $\frac{1}{4}$, 24/VIII 178, 20/IX 158, 22/X 136, 11/XI 128. Wzrost: od VII 1898 do IV 1899 r. o $\frac{1}{2}$ cm. (mniej niż normalnie). Inteligencya niezmienniona. Temp. 37.4 — 37.7. Tryb życia niezmienniony. B. P.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

472. **Czynność nadnerczy.** Auld dokonywał u psów jednostronnego wycięcia nadnercza, a po 2 miesiącach usuwał pozostały gruczoł. Zwierzęta zdychały po 24 — 36 godzinach po tym zabiegu. We wszystkich doświadczeniach zauważono wyraźne powiększenie grasicy i śledziony. Mamy więc prawdopodobieństwo, chociaż nie pewność, że grasica przejmuje czynność nadnerczy. Powiększenie śledziony wskazuje na spotęgowanie się zdolności hemolitycznej. Nadnercza mają zadanie — usuwać pierwiastki szkodliwe i dostarczać materiału do wyrobu krwi.

(W. Med. W., 43).

O. H.

473. Prof. Atwater z Connecticut zdawał sprawę w miejscowym Towar. naukowym o wynikach swych na **spożyczem znaczeniem wysokoku**, przeprowadzonych na człowieku pomieszczonym w kalorymtrze. Obok zwykłego pożywienia z chleba, mięsa, mleka, cukru i t. d. badany osobnik otrzymywał na dobę 2 $\frac{1}{2}$ uncye czystego wysokoku, bądź to z wodą, kawą i t. p. Wnioski autora: 1) wyskok spalał się tak samo, jak chleb, mięso i inne pokarmy; 2) całkowita energia ukryta wysokoku zamieniała się na ciepło i siłę mięśniową; 3) wyskok w tym samym stopniu broni od spalania się białka, jak i odpowiednie ilości cukru i krochmalu.

(The N. J. M. J., — Wr., 40).

O. H.

474. Dr. Moncorvo z Rio-de-Janeiro zrobił spostrzeżenie, że u dzieci **wpływ gwajakolu obniżający ciepłotę ciała** przy nacieraniu skóry, może być spożytkowany jako znamię rozpoznawcze między go-

rączką gruźliczą i malaryczną. Pierwsza bowiem łatwo spada pod wpływem gwajakolu, na drugą zaś środek ten nie wywiera żadnego działania.

(Sem. Méd., 20 wrześ.).

O. H.

475. Seifert poleca **kreozotal** w zapaleniu oskrzeli i zapaleniu płuc. Czas trwania choroby skraca się znacznie i gorączka spada szybko. Dawka dzienna dla dorosłych wynosi 10 grm. w 60 grm. emulsio simplex, albo w syropie, albo rano i wieczór łyżeczkę od kawy w osłodzonym mleku. Złych następstw nie spostrzegano.

(Lancet, II, 710, — W. M. W., 43).

O. H.

476. W **guzach hemoroidalnych** w stanie zapalnym radzono zwykle okłady zimne. Moty przekonał się, że daleko lepsze wyniki dają jednak okłady z bardzo gorącej wody. Często pod tym wpływem znikają szybko nawet bardzo duże guzy.

(Echo méd. du Nord, 26, — W. Med. W., 43).

O. H.

477. Dr. Zeidler, chirurg szpitala Obuchowskiego, i dr. Seldowitch wypróbowali na 4-ch chorych zastrzykiwań kokainy do rdzenia, według Bier'a, **w celu wywołania znieczulenia kończyn dolnych**, na których zamierzano dokonać większych zabiegów chirurgicznych, jak rak stopy, melanosarcoma calcanei, kankroid kolana z obrzmieniem gruczołów pachwinowych, arthritis tuberculosa kolana. W tym celu zastrzykiwano do kanału kręgowego na wysokości 3 — 4 kręgu lędźwiowego 0.01 chlorku kokainy. Po upływie 5 — 9 minut następowało zupełne znieczulenie kończyn dolnych od wielkiego palca do spina ilei, trwające 30 do 56 minut. Chore podczas operacji — jednej odjęto kończynę — nie czuły zupełnie bólu, nawet podczas piłowania kości. Następstwa i przebieg pooperacyjny był prawidłowy, za wyjątkiem, że w kilka godzin po rękoźynie wszystkie chore uległy napadowi dreszczy z podniesieniem się ciepłoty do 40° C., zresztą przejściowem tylko. Odczyn ten, jak wykazały doświadczenia kontrolujące na psach z zastrzykiwaniem wody słonej, należy przypisać wpływowi kokainy.

Nowa ta metoda znieczulania posiada więc wartość. Ujemnymi jej stronami są: bóle głowy, zawroty, nudności, wymioty i pobudzenie nerwowe spostrzegane już dawniej, do których należy dodać ową hypertermię, zauważoną przez Zeidlera. Nie są one w każdym razie tej miary, aby sposób ten odłożyć bez dalszych prób jego udoskonalenia. Zapewne, że dużo tu zależy od ściślejszego określenia dawki kokainy, siły roztworu i t. d.

(Sem. Méd., 18 — X).

O. H.

478. **Formol w leczeniu zapaleń cuchnących ucha i zatoki szczękowej.** Według d-ra H. Braat'a przemywania codzienne zatoki szczękowej roztworem 1⁰/₀₀ formolu dają bardzo dobre wyniki. Należy przytem unikać przedostawania się roztworu do żołądka, coby mogło spowodować zatrucie.

W chorobach ucha, z powodu bolesnego podrażnienia wywołanego przez formol, B. dodaje do roztworu kokainę w następującym stosunku.

Formaldehydi	1.50 — 1.0
Cocaini muriatici	0.25
Aq. destillatae	25.0

(Sem. Méd., 44).

O. H.

479. **Ortoform przy zastrzykiwaniach rtęci.** Ostatniemi czasy do rozmaitych preparatów rtęciowych, stosowanych podskórnie przy przymocie zaczęto dodawać ortoform, a to w celu usunięcia bólu, wywołowanego przez zastrzyknięcie. Jedni wychwalają znieczulające działanie tego środka, drudzy zaś otrzymali rezultaty mniej dodatnie, a nawet zauważyli nieraz objawy otrucia ortoformem. Epstein na 20 chorych, leczonych w sposób powyższy, u 2-ch zauważył działanie trujące (zawroty głowy i wymioty połączone z osłabieniem ogólnem). Portocalis w następstwie jednej iniekcji 0.005 sublimatu i 0.0075 ortoformu również zauważył objawy otrucia (ból i obrzęki stawów, znaczne osłabienie ogólne i wysypkę przypominającą pokrzywkę).

(La Sem. Méd., 1899, № 21).

H. U.

480. Unna skonstatował, że dwutlenek sodu oddaje cenne usługi **przy acne punctata, pustulosa i rosacea.** Pod wpływem tego środka skóra przybiera szybko wygląd normalny. W tym celu U. posługuje się mieszaniną złożoną z 3-ch części parafiny płynnej i 7 części mydła leczniczego (s. medicatus) zupełnie suchego i zawierającego od 2 do 20% dwutlenku sodu. Środek ten rozsmarowuje się na chorem miejscu i następnie to miejsce naciera się tamponem waty zwilżonym w wodzie dopóty, dopóki nie wystąpi uczucie znacznego bólu. Po tem wszystkim należy usunąć pianę, zmywając ją wodą. U. zaleca powtarzać powyższy zabieg od 1 do 3 razy dziennie.

(La Sem. Méd., 1899, № 36).

H. U.

V. O D C I N E K.

Warszawska szkoła położniczych babek wiejskich

w świetle obowiązujących przepisów i liczbowych danych.

Napisał

Józef Jaworski.

Jakkolwiek już sama nazwa babki położnicze wiejskie określa cel i zadanie tej kategorii kobiet, rozpatrzenie się dopiero w ustawie, mocą której instytucja ta do życia powołana została, przekony-

wa, że prawodawca rozumiał istotne potrzeby w tym względzie najliczniejszej warstwy społecznej t. j. ludu, że je właściwie ocenił i potrafił odpowiednie środki zarządzić. Jeżeli szkoła babek położniczych wiejskich nie spełnia zadania w takiej rozciągłości, jak się okazuje tego potrzeba, wypływa to głównie ze zbyt szczupłych środków, jakimi rozporządza i wskutek zmian zasadniczych w kształceniu w pokrewnej jej szkole akuszerki dyplomowanych.

Szkoła babek położniczych wiejskich wprowadzoną była w życie na skutek odezwy komisji rządowej spraw wewnętrznych i duchownych do władz administracyjnych i lekarskich. Odnosny rozkaz „w przedmiocie ustanowienia babek wiejskich“ podpisany przez głównego inicjatora tej instytucji inspektora służby cywilno-lekarskiej w Królestwie Polskiem, d-ra Kochańskiego, określa w sposób bardzo wyraźny powody, które na potrzebę szkoły takiej wskazują, a także — cel jej i zadanie.

Istniejący od r. 1802 — słowa rozporządzenia — Instytut położniczy w Warszawie ciągle wykształca akuszerki do udzielania pomocy przy porodach, jako też do niesienia pomocy niewiastom ciężarnym i nowonarodzonym dzieciom; kobiety wszakże oddające się temu powołaniu, jako głównie z miast pochodzące, po wykwalifikowaniu się na akuszerki po największej części w miastach na praktykę osiadają.

Pragnąc, aby tak w miastach, jak i po wsiach rodzące zapewnią sobie należytą pomoc położniczą, i aby z czasem zastąpić mogły do tych posług dotąd używane baby, które nie mają dostatecznego wyobrażenia o położnictwie i obchodzeniu się z rodzącymi, na przedstawienie komisji rządowej spraw wewnętrznych, rada administracyjna Królestwa Polskiego, decyzją przez wypis z protokołu posiedzenia swego z dn. 14 (26) lipca r. b. ¹⁾, upoważniła do utworzenia w szkole akuszerki przy Instytucie położniczym oddziału niższego *dla praktycznego przygotowania kobiet wyłącznie wiejskich, do udzielania pomocy położnicom po wsiach*. Kobiety takie po wyuczeniu się otrzymywać mają świadectwa na *babki położnicze wiejskie*. Dla osiągnięcia zamierzonego celu, wyznaczony został przez radę administracyjną odpowiedni fundusz na utrzymanie na każdym kursie 6 kobiet wiejskich przy instytucie położniczym, obowiązkiem uczenie na koszcie rządowym zostających, po wykwalifikowaniu się będzie: *powrócić na wieś i przynajmniej przez lat 3 tam praktykować*.

O ile zaś z posług pełnionych przy instytucie przez pomienione uczennice zmniejszą się wydatki na płace i utrzymanie w nim posługaczek, o tyle liczba uazenie na koszcie rządowym będzie mogła być zwiększona bez oddzielnego wydatku ze skarbu. Dalej rozporządzenie określa, jakie warunki ma posiadać kobieta wiejska pragnąca być przyjętą do szkoły babek i między innymi mówi: „Dla udowodnienia tych warunków spisany być ma odpowiedni protokół w urzędzie wójta gminy, w którym to protokole ma się mieścić także poświad-

¹⁾ r. 1859. Tygodnik lekarski, 1860.

czenie o moralnem prowadzeniu się kandydatki, jej trzeźwości i *stałym pobycie na wsi przynajmniej od lat 5-ciu.*" (Punkt VI).

Następnie, rozporządzenie wkłada obowiązek na gubernialne urzędy lekarskie, jako też lekarzy powiatowych, aby czuwali nad wykonywaniem przez babki wiejskie praktyki akuszeryjnej w granicach dla nich instrukcją oznaczonych, i o tem peryodycznie składali sprawozdania, *zobowiązując babki wiejskie, aby zamieszkiwały w miejscach dla nich zastrzeżonych, do czego się protokularnie na piśmie mają zobowiązać.*

Nadto zalecono tam jeszcze radzie szczegółowej szpitala Dzieciątka Jezus, której zarząd szkoły babek pod względem administracyjno-finansowym oddano, aby wybór kandydatek, na koszt rządu mających się kształcić, *robiła z różnych gubernii, a gdyby ich nie było z gubernii odleglejszych, w takim razie wybór tak urządzić, aby padał przynajmniej na różne powiaty jednej gubernii.*

Trudno nawet wymagać, aby cel i zadanie szkoły babek położniczych wiejskich określono jaśniej i dokładniej, niż to czyni rozporządzenie odnośne, powołujące do życia tak ważną dla kraju instytucję. Albowiem szkoła ma praktycznie przygotowywać kobiety wyłącznie wiejskie do udzielania pomocy położnicom po wsiach. Następnie, uczennice na koszcie rządowym zostające, winny powrócić na wieś i przynajmniej przez lat 3 tam praktykować. Dalej, rozporządzenie jakby w przewidywaniu uchybień i odstępstw od zasadniczej myśli, że babki położnicze, mające nieść pomoc na wsi, winny wyjść z ludu, lub sfery jemu bliskiej wyraźnie zastrzega, że osoba pragnąca wstąpić do tej szkoły między innymi musi mieć zaświadczenie protokularne przez urząd gminny o stałym pobycie na wsi przynajmniej od lat 5-ciu. W ciągu dalszym rozporządzenie wzmiankowane konsekwentnie nakreśla dwa inne warunki z poprzednich niejako wypływające, a mianowicie, że babki położnicze wiejskie zamieszkiwać mają w miejscach dla nich zastrzeżonych, do czego się protokularnie na piśmie zobowiązują; kandydatki zaś na babki powinny pochodzić z różnych gubernii, a przynajmniej z różnych powiatów jednej gubernii. Z zestawień powyższych najoczywiściej wypływa, że prawodawcy wyłącznie chodziło o zapewnienie pomocy położniczej kobietom, należącym do tej najliczniejszej, a najmniej może zaradnej sfery, t. j. warstwow ludowym.

W tem więc dobrze pomyślanem i umiejętnie rozwiniętem rozporządzeniu położono naprzód nacisk na to, że babka położnicza winna wyjść z ludu, jeżeli śród niego ma działać; powtóre, że wszystkim okolicom kraju należy — o ile możliwości — równomierną pod tym względem pomoc zapewnić. Oba te żądania są słuszne. Gdy drugie nie wymaga bliższego rozważania, ponieważ samo za siebie mówi, to co do pierwszego nadmienić trzeba, iż oparte ono zostało na dokładnej znajomości ludu. Wprawdzie, zetknięcie się z położnicą nie jest długotrwałe i pozornie luźne, jednak kobieta obsługująca na wsi poród niedozwownie winna posiadać znajomość ludu. Brak znajomości tego ludu, jego zwyczajów, obrzędów, a nawet zabobonów, może wobec konserwatyźmu włościanek poderwać zaufanie do takiej osoby, obni-

żyć jej wpływ i udaremnić jej rady i zabiegi. To też babka położnicza, praktykująca na wsi, musi pochodzić z ludu, wśród niego pracować i życiem jego żyć. Nie znaczy to, aby babka wiejska miała być osobą zabobonna, przesadna, gotową ulegać żądaniom lub zwyczajom szkodliwym dla zdrowia rodzącej, lub nowonarodzonego dziecięcia. Wysoce byłoby to niewłaściwym, aby drogą takich ustępstw szkodliwych zdrowiu zyskiwano zaufanie ludu. To też już w samym rozporządzeniu, w motywach założenia szkoły położniczych babek wiejskich, czytamy co następuje: „Pomoc przy porodach na wsiach udzielaną jest przez niewiasty, które nietylko żadnego wyobrażenia o rzeczy nie mają, ale, co gorsza, pełne są przesądów i szkodliwych nawyków, skąd nieraz najzgubniejsze wynikają skutki“, a dalej powiedziano: „wiele zdarza się nieszczęśliwych następstw z niewłaściwego zachowania się przy porodzie lub położeniu, tak z braku zdrowej rady, jako też wskutek przesądnych zwyczajów“¹⁾.

Zastanawiając się nad wymaganiem rozporządzenia, że kandydatki na babki wiejskie powinny pochodzić z różnych gubernii, a przynajmniej z różnych powiatów jednej gubernii, posiłkować się będę urzędowymi cyframi, które posiadam. Danych tych, dotychczas w druku nie było, a nawet prof. Tyrchowski²⁾ w swej książce, bogatej w szczegóły, i z lat poprzednich ich nie podaje. Materiał ten statystyczny zawiera nietylko ogólną liczbę osób, które w latach 1890—1895 z danej gubernii na naukę do warszawskiej szkoły babek wiejskich weszły, lecz — także dane z każdego poszczególnego powiatu, a nadto znaleźć tutaj można wieś i gminę, z której taka kandydatka na babkę pochodziła.

Przedtem nim przystąpię do przytoczenia odnośnych danych, przypomnę statystykę, zestawioną przezemnie³⁾ przed paru laty. — Według tej statystyki w Warszawie jedna akuszerka przypada na 950 kobiet, na kraj zaś cały, oprócz Warszawy, wypadło 627 akuszerek i 153 babki. Z warszawskiej szkoły wychodzi rocznie 36 babek. Wobec tego, że 80% porodów⁴⁾ u nas odbywa się bez udziału umiejętnej pomocy, wystawić sobie możemy, jak daleką jest cyfra rocznie kształconych babek od tej, która istotnie jest potrzebna.

Na domiar złego do szkoły babek wiejskich cisną się osoby, które ani pochodzą ze wsi, ani tam praktykować zamiaru nie mają. Objaw ten jest wynikiem podwyższenia wymagań od kandydatek do

1) Tygodnik Lekarski, 1860, 16.

2) Prof. Wł. Tyrchowski. „Instytut położniczy w Warszawie.“ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., 1897.

3) J. Jaworski. „W sprawie społeczno-lekarskiej“. „Kronika lekarska“, 1895 r.

4) loc. cit.

szkoły akuszerok, które winny przedstawić świadectwo z ukończenia 4 klas gimnazyalnych. Wobec małego zdemokratyzowania naszego społeczeństwa, — o czem przed laty już pisałem — szkoła akuszerok jest w pogardzie, a osoby ze sfery inteligentnej, które w dodatku te parę klas ukończyły, uważałyby sobie za ublizenie zawodowi temu się poświęcić. Obecnie np. warszawska szkoła akuszerok liczy tylko 3 polki, resztę uczenie stanowią omal wyłącznie żydówki ze środkowych gubernii pochodzące.

Przechodzę obecnie do tych liczbowych danych, które wyrażają, jakie okolice kraju w ciągu VI-lecia (1890—1895) wysyłały kobiety na naukę do warszawskiej szkoły babek. W podaniu odnośnych danych korzystać będę z dwóch tylko rubryk. Przytoczę ogólną cyfrę kobiet, jaką w okresie VI-letnim (1890 — 1895) dana gubernia na naukę do warszawskiej szkoły babek wysłała, a także podam nazwy powiatów, z których maximum i minimum w tym czasie babek wyszło, a nadto i te powiaty, co zupełnie nieczynne pod tym względem były.

Gubernia Warszawska ogólna liczba 73.

Powiaty: warszawski — 12; błoński — 8; radzyński — 1.

Gubernia Piotrkowska — 33.

Powiaty: łódzki resp. m. Łódź — 12; przedmieście Bałuty — 6; częstochowski — 4; łaski — 2; brzeziński — 0.

Gubernia Płocka — 19.

Powiaty: płocki — 6; mławski — 3; 4 powiaty po 1.

Gubernia Siedlecka — 17.

Powiaty: bialski — 5; łukowski — 4; włodawski, konstantynowski, sokołowski, garwoliński po 1-ej; radzyński — 0.

Gubernia Kielecka — 16.

Powiaty: pińczowski — 4, kielecki, olkuski po 3, stopnicki — 1; włoszczowski — 0.

Gubernia Radomska — 11.

Powiaty: radomski, konecki, opatowski po 3; kozienicki — 1; sandomierski, iłżycki, opoczyński — 0.

Gubernia Kaliska — 10.

Powiaty: kolski — 3; łęczycki — 2; z 5-ciu powiatów po 1; tureski — 0.

Gubernia Łomżyńska — 8.

Powiaty: łomżyński — 4; trzy powiaty po 1; ostrołęcki, mazowiecki, kolneński — 0.

Gubernia Lubelska — 6.

Powiaty: nowo-aleksandryjski i hrubieszowski po 2; lubelski i krasnostawski po 1; lubartowski, janowski, zamojski, biłgorajski, tomaszowski, chełmski — 0.

Gubernia Suwalska — 3.

Powiaty: suwalski, augustowski, marjampolski po 1; władysławowski, wołkowyski, kalwaryjski, sejneński — 0.

Rozpatrując powyższe liczbowe dane, widzimy, że gubernia Warszawska zajmuje pierwsze miejsce, następnie idą kolejno: Piotrkowska, Płocka, Siedlecka, Kielecka, Radomska, Kaliska, Łomżyńska, Lubelska, Suwalska.

Co do oddzielnych powiatów, to daje się stwierdzić ten smutny fakt, że 20 powiatów, na ogólną liczbę 48, w Królestwie Polskiem, nie wysłało w ciągu VI-ciolecia ani jednej kobiety na naukę do szkoły babek. Jeszcze jaskrawiej cyfra ta się przedstawi, gdy powiemy, że w ciągu tego okresu czasu do żadnej, z 540 gmin w przybliżeniu, (wszystkich jest 1,287) zamieszkałych przez ludność wiejską, nie przybyła wykształcona w położnictwie babka.

Tylko w dwu guberniach — Warszawskiej i Płockiej — nie znajdujemy powiatów, które nie wysłały kobiet na naukę do szkoły babek. W 4-ch guberniach naliczyć można po jednym takim powiecie: Piotrkowska — brzeziński; Siedlecka — radzyński; Kaliska — tureski; Kielecka — włoszczowski. Inne gubernie wykazują większą liczbę powiatów takich, i tak: Radomska i Łomżyńska po 3 powiaty; Suwalska — 4, zaś Lubelska aż 6 powiatów.

Liczby te choć w przybliżeniu, ale nader rażąco, dają wyobrażenie o wielkim braku pomocy dla położnic w kraju.

Co do różnic między oddzielnymi powiatami, to są one niekiedy wielkie. Wskażę tylko na niektóre cyfry. Powiat warszawski w tym czasie wysłał do szkoły 12 kobiet, włocławski — 7, błoński — 8, radzyński — 1, łomżyński — 4, 3 inne powiaty tej gubernii zupełnie nieczynne. Jedna cyfra wyróżnia się w gubernii Piotrkowskiej, dotyczy ona powiatu łódzkiego, resp. miasta Łodzi i przedmieścia Bałuty. Na 33 babek z całej gubernii przypada 12 na powiat łódzki, a 6 na Bałuty. Przypuszczać trzeba, że jest to wynikiem miejscowego zapotrzebowania, właściwego wielkim środowiskom. W każdym razie Bałuty posiadają pewien przywilej. Podmiejskie okolice Warszawy nie nadsyłały większej liczby kandydatek. Takie miejscowości, jak Wola, Saska Kępa, Chrzanów, Kamionek — odznaczono w tym czasie tylko raz jeden. Z innych powiatów gub. Warszawskiej znajdują kandydatki z różnych gmin (np. Grodzisk, Wiskitki, Żyrardów).

Podkreślam ten szczegół, gdyż istnieje rozpowszechnione mniemanie, że przepis co do pochodzenia i zamieszkiwania, przynajmniej od lat 5-ciu na wsi, bywa często przez osoby interesowane obchodzony.

Objaw to nie nowy. Prof. Tyrchowski¹⁾ w swej książce w ten sposób między innymi o tem pisze: „warunek wyłącznej praktyki po wsiach, zastrzeżony ustawą, stał się wkrótce uciążliwym dla tych, którym się obszernej zachciewało praktyki, które też ten przepis obejść pragnęły, pomieszczając się naprzykład w sąsiedztwie rogatki, za granicą miasta. Ale i na ten stan rzeczy nie można było się zgodzić, a ilekroć o to przyszło zapytanie, zawsze orzekaliśmy zda-

¹⁾ loc. cit.

nie, ściśle trzymając się ustawy, by nie otwierać furtki, przez której uchylene dałoby się później sposobność złamania prawnego przepisu; nie odstępowaliśmy przeto od ustawy.“

I takie zjawisko w wykazach miejscowości spostrzegać się daje, że dana gmina, czy wieś, bardzo odległa od Warszawy, przez lat kilka nie wysyła wcale kobiet do szkoły babek, a następnie udaje się z niej w ciągu jednego roku, na różne semestry parę niewiast, 2, lub 3. Jako przykład przytoczę Chroberz w powiecie pińczowskim, Wiślicę w tym samym powiecie. Przypuszczam, iż w tym razie oddziaływa pewien wpływ jednej osoby na drugą i stwarza rodzaj propagandy pod tym względem.

W ostatnich latach dla kandydatek do szkoły babek zaprowadzono rodzaj losowania. Nie przesądzam wogóle słuszności tej metody, która w tym wypadku przeszkadzać może w następstwie równomiernemu rozmieszczeniu babek, obowiązanych wracać na praktykę do poprzedniego miejsca zamieszkania, uważam jednak, że sam wybór kandydatek do losowania dokonywany winien być w myśl zasady tak wyraźnie w ustawie określonej. Liczba babek, kształcących się z danej miejscowości zależną jest nie tylko od przypadku, warunkowanego losem. I inne okoliczności wywierają wpływ tutaj mogą. Zaliczam do nich między innymi — odległość od Warszawy i utrudnione środki komunikacyjne. Wskazują na to cytry z niektórych powiatów gubernii Suwalskiej, na północ wysuniętych, a także dotyczy to powiatów w południowej części gubernii Lubelskiej, skąd w ciągu kilku lat ani jedna kobieta na naukę do szkoły babek nie wstąpiła. — W żadnym razie ten brak kandydatek do szkoły babek ze wzmiankowanych okolic uważać nie można za dowód, że te części kraju posiadają obecnie wystarczającą pomoc położniczą. Z zestawień tych wyprowadzamy następujące wnioski:

Warszawska szkoła babek wiejskich istnieje dla kształcenia w sztuce położniczej wyłącznie kobiet ze sfery włościańskiej, jako jedynie odpowiednich do praktyki po wsiach.

Szkoła ta wskutek ograniczonych środków wypuszcza rocznie zbyt szczupłą liczbę uzdolnionych w położnictwie kobiet.

Zwiększenie stopnia wymagań co do wykształcenia od kandydatek do szkoły akuszerek, kieruje te ostatnie do szkoły babek, na czem prowincya nie zyskuje, gdyż osoby te — ze sfery miejskiej — wśród lud praktykować nie idą.

Powiększenie liczby babek wiejskich, odpowiadające potrzebie, osiągnąć można jedynie drogą praktycznego kształcenia kobiet z ludu przy prowincjonalnych szpitalach, ewentualnie, powstać tam mogących przytułkach położniczych.

Przygotowanie kobiet wiejskich do praktyki położniczej w każdym mieście gubernialnem, ewentualnie powiatowem, zwiększy nie tylko ogólną liczbę babek wiejskich w całym kraju, lecz także bardziej równomiernie rozmieści je w oddzielnych okolicach.

Odległość od Warszawy, względnie wysoki koszt utrzymania, obawy przed pobytem w wielkiem mieście i tym podobne pośrednie przeszkody w takim razie istnieć nie będą.

Kształcenie praktyczne w sztuce położniczej kobiet z ludu, na prowincyi, niejako na miejscu, oddać może usługi wogóle lecznictwu, gdyż zaszczepiać ono będzie wśród mało oświeconego, a często zabobonnego otoczenia wiarę i zaufanie w racjonalną pomoc lekarską.

W końcu dodam, że kobiety, które uczą się praktycznie sztuki położniczej, choćby tylko u akuszerki, zgodnie z okólnikiem Ministra spraw wewnętrznych w dziale Dep. Med. z d. 7/V 1847 r., podlegają egzaminowi, według regulaminu, ułożonego przez Radę lekarską Urzędu lekarskiego i otrzymują prawo praktykowania w miejscach, gdzie niema akuszerek naukowo wykształconych.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go listopada 1899 r.

—h.— Zapadło nader ważne postanowienie odnośnie kwalifikacyi kandydatów, wstępujących do Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu. Mianowicie p. minister wojny po porozumieniu się z p. ministrem oświaty i po wysłuchaniu opinii rady profesorskiej Akademii, postanowił na przyszłość zezwolić na przyjmowanie do Akademii — realistów. Rada profesorów Akademii, która tej sprawie poświęciła osobne posiedzenie pod przewodnictwem prof. Paszutina, oświadczyła, że wychowañcy szkół realnych otrzymują lepsze przygotowanie do słuchania kursów lekarskich, niż uczniowie kończący gimnazjum klasyczne. Co się tyczy języka łacińskiego, to można się tu zadowolnić kursem 3 niższych klas gimnazyalnych.

Wobec tego, że, oczywiście, wymagania państwowe dla lekarzy muszą być jednakowe w całym państwie, postanowienie powyższe nie może ograniczyć się, albo chyba tylko chwilowo, do jednej Akademii medyko-chirurgicznej, ale zapewne będzie rozszerzone na wszystkie wydziały lekarskie wogóle. Akademia medyko-chirurgiczna, chociaż administracyjnie jest jednostką oddzielną, w istocie rzeczy stanowi fakultet lekarski i uzupełnia brak tegoż na uniwersytecie petersburskim. Niewątpliwie, że fakt powyższy, który zaszedł po porozumieniu się panów ministrów wojny i oświaty, będzie miał niemal wpływ na obrady nad wykształceniem średnim, jakie niezadługo mają się rozpocząć w ministerjum oświaty, i, o ile można przewidywać, nada im kierunek anti-klasyczny.

Nasze osobiste zdanie, co do dopuszczenia wychowañców szkół realnych dla studyów lekarskich, wyraziliśmy już dawniej ¹⁾. Uwa-

¹⁾ Patrz „Kronika lekarska“, 1797, styczeń. Dr. Hewelke. „Jakie przygotowanie jest korzystniejsze dla przyszłego medyka, realne czy klasyczne?“

zaliśmy i uważamy, jak to orzekła opinia rady profesorów Akademii, że nawet dzisiejsza szkoła realna daje lepsze przygotowanie przyszłym medykom, niż gimnazjum klasyczne.

—r.— Zaprojektowana przez redakcyę naszą kasa zaliczkowo-wkładowa została zatwierdzona przez p. ministra spraw wewnętrznych i odnośne papiery nadeszły już do Warszawy.

W opracowanym przez kol. J. Zawadzkiego projekcie, ostatecznie sformułowanym przez adw. Emila Waydla, ministeryum nie poczyniło żadnych zmian ważniejszych, tym więc sposobem stało się zadosyć żądaniom licznych kolegów, którzy od początku zainteresowali się sprawą.

Niebawem przez inicjatora zwołane będzie posiedzenie członków założycieli dla wyboru zarządu i rozpoczęcia urzędowych czynności kasy.

—h.— Według spostrzeżenia uczynionego przez „Zdrowie“ (№ październikowy r. b.), istnieje w dobie obecnej dążność do obniżenia stanowiska lekarzy szpitalnych, jego „prestige“, a to przez pomijanie przy ich mianowaniu praw dotąd obowiązujących. A mianowicie według Zbioru przepisów admin. Król. Pol., T. V, 1866 r., posady ordynatorów powinny być obsadzone z konkursu, tymczasem ten sposób nazywania ordynatorów został w ostatnich latach zaniechany. Drugi dowód „deprecyacji“ stanowiska lekarzy szpitalnych widzi „Zdrowie“ w mianowaniu na stanowisko lekarzy naczelnych w szpitalach lekarzy, podczas gdy cyrkularz departamentu lekarskiego z dnia 20 września 1866 roku, № 116, mający dotąd znaczenie obowiązujące, nakazuje udzielać urząd ten doktorom medycyny. Cykularz ten podaje w motywach swych konieczność podniesienia powagi urzędów szpitalnych i zachęcania w ten sposób lekarzy do zdobywania wyższych stopni uczonych, a to stosownie do zatwierdzonej przez p. ministra spraw wewnętrznych opinii rady lekarskiej.

Jeżeli taką była opinia rady lekarskiej przed przeszło 30 laty, przy prawie tej samej wtedy co dziś liczbie szpitali i posad szpitalnych, a znacznie mniejszej liczbie lekarzy, to zdaje się, że obecnie przy tak znacznie zwiększonej liczbie konkurentów na tę samą prawie co ongi liczbę posad wymagania dla ubiegających się nie powinny być chyba zmniejszane. Co do tego, jak również co do wynikających stąd następstw — upadku znaczenia stopnia doktora medycyny, w opinii naszego ciała lekarskiego i wogóle niżki w niem aspiracyi naukowych — zgadzamy się ze „Zdrowiem“. Świadczy o tem zresztą wymownie śmiesznie mała roczna cyfra promocyi doktorskich na uniwersytecie warszawskim.

Co się tyczy tytułu lekarza ambulatoryum, to powstał on siłą faktów. Dawniej prowadzili ambulatorya szpitalne ordynatorzy, dzisiaj prowadzą je lekarze pozaszpitalni, gdy więc są faktycznie lekarzami ambulatoryum, muszą się i tak nazywać.

Co za funkcyę pełni „przełożony ambulatoryum“ i jakim aktem urząd ten powołany został do życia, nie wiemy dobrze. Nie istnieje on we wszystkich szpitalach i ambulatoryach.

—h.— *Konkurs.* Profesor Kosiński złożył w redakcyi „Gazety lekarskiej“ rb. 300 z przeznaczeniem na nagrodę za najlepszą pracę z dziedziny chirurgii. Komitet konkursowy, pod przewodnictwem prof. Kosińskiego, zajmie się oceną wszystkich prac oryginalnych z dziedziny chirurgii, ogłoszonych w języku polskim, bądź w czasopismach lekarskich, bądź w oddzielnych książkach, w okresie czasu od dnia ogłoszenia konkursu aż do 1 stycznia 1901 r.

—z.— W stanie Dakota Ameryki północnej wyszło prawo, żądające przed ślubem złożenia przez nowożeńców świadectwa o stanie zdrowia. Wyłącza się dawanie ślubów alkoholikom, gruźliczym chorym, histerykom, chorym na blednicę i t. p.

—z.— Według Le Progr. Méd. w Madrycie panuje silny dur brzuszny, dziennie zapada 40 — 50 osób.

—z.— Wydział lekarski w Tomsku zajmuje się zbadaniem źródeł leczniczych na Syberji. Dotąd zbadano jezioro Szira, na co asygnowano 3,000 rb.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przypadek ropnia migdałka gardzielowego (tonsilla Luschkae) — Dr. med. O. Hewelke — str. 1085.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

462. Lewandowski — O wydzielaniu wewnętrznem nadnercza i nerki — str. 1091.
463. Emil Sergent i Léon Bernard — Niedomoga ostra nadnerczy, przebiegająca przy objawach nie choroby Addisona — str. 1092. 464. Teichmüller — Próby przeszczepiania białaczki śledzionowej świnkom morskim — str. 1093. 465. Stuparich — Wyrostek robaczkowy z punktu anatomicznego i anatomopatologicznego — str. 1093.
466. E. de Renzi i G. Boeri — O leczniczem działaniu Tiocol'u „Roche“ — str. 1094.

II. Choroby układu nerwowego.

467. Gilles de la Tourette — O rozpoznawaniu tak zwanej płasawicy ciężarnych — str. 1095.

III. Choroby dzieci.

468. Prof. Monti — Przyczynki statystyczne do nauki o skrofulozie — str. 1099.
469. Ch. Maygrier — O śmierci pozornej u nowonarodzonych — str. 1100.
470. Wilhelm Stoelzner — O leczeniu krzywicy wyciągiem nadnerczy — str. 1102.
471. W. Schiele — Przypadek obrzęku śluzowego, leczonego gruczołem tarczycowym — str. 1102.

IV. Wiadomości pomniejsze — str. 1103.

V. Odcinek — str. 1105.

Kronika bieżąca — str. 1112.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 13 Октября 1899 года.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA
Dr. Juljana Steinhaus

przeniesioną została

na ul. Wspólną Nr. 15.

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

FRANZENSBAD

ŹRÓDŁO-NATALII

Zalecona przez pierwsze powagi lekarskie.

Moczopędna. Smak przyjemny.

Wyłączna przesyłka **HEINRICH MATTONI**, Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

SZCZAWA—LETYNOWA.

Skuteczna we wszystkich przypadkach djatezy moczowej, przy piasku moczowym, przy chorobach nerek, pęcherza, reumatyzmie, podagrze i t. p.

Apteka i Skład Wód Mineralnych
Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

pod firmą

Dr. T. Heinrich

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejące.

Jest stale zaopatrzona we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.