

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego.

I. KILKA SŁÓW

o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej
i tej samej rodzinie

(De pseudohermaphroditismo hereditario)

z 6 rysunkami w treści.

Podał

Dr. med. Fr. Neugebauer.

W ostatnich dziesiątkach lat wielokrotnie starano się szukać dla związku przyczynnego objaśnienia sposobu powstawania różnych zбочeń rozwojowych, pomiędzy powstawaniem zniekształcenia a działaniem czynnika mechanicznego, który albo w sposób mechaniczny powstrzymywał rozwój fizyologiczny na pewnym stopniu rozwoju zarodkowego (*Hemmungsbildung*) lub też prowadził do zniszczenia części już ukształtowanych. Słynny z niezmordowanej pracy i takim doświadczeniem eksperymentalnym na zarodkach zwierzęcych poświęconego czasu *Darreste*, kilka lat temu zmarły w Paryżu, systematycznie nawet starał się wywoływać wrodzone zniekształcenia i powstrzymanie rozwoju naprzykład w jajach kurzych w termostacie wylęganych przez działanie wpływów pobocznych, termicznych, chemicznych, mechanicznych, atmosferycznych i t. d. i wydał dziełko obszerne w tej kwestyi. Jako przykład łatwo zrozumiały powstania wady rozwojowej wrodzonej wskutek zniszczenia części już istniejących przytaczam powstanie *exstrophiae vesicae urinariae* na drodze pęknięcia, rozerwania się pęcherza moczowego; wskutek zarosnięcia *urethrae* mocz nie mógł wydzielać się przez cewkę moczową do worka płodowego i poprostu

sposobem mechanicznym rozsadził już odsznurowany od reszty allantoidis pęcherz moczowy. Również prawdopodobnem zdaje się, tlómaczenie sposobu powstania przedniego rozszczepu miednicy (pelvis fissa) w niektórych przypadkach wskutek mechanicznego działania przeszkody, wytworzonej przez przylegające ku sobie tylne końce stóp. W tym ostatnim przypadku przeszkoda mechaniczna nie dopuściła do dalszego rozwoju prawidłowego powstrzymując go, tak samo tak zwane zrosty amniotyczne nieraz powstrzymują połączenie się w linii środkowej symetrycznych połówek tego lub owego narządu u zarodka, z innej znów strony mogą one działać i niszcząco: owinięte ściśle dokoła palca naprzykład lub kończyny jednej wywołać samowolną amputację palcy lub kończyny całej w czasie życia płodowego. Również łatwo zrozumieć można niszczące lub też wstrzymujące dalszy rozwój działanie pępowiny w niektórych przypadkach. Wiele prawdopodobieństwa ma za sobą teoria Ahlfeld'a o powstawaniu niektórych przepuklin sznurka pępkowego wskutek silnego napięcia *ductus omphalomesaraici*, powstanie niektórych anomalij wskutek zbyt silnego napięcia urachi i t. d. Od dawien dawna starano się i powstawanie wrzekomego obojnectwa objaśnić przez działanie przeszkody mechanicznej, powstrzymującej rozwój, tem bardziej, że, naprzykład, powstanie rozszczepu prącia, cewki, moszny, powstanie hypospadiaseos u mężczyzny na pierwszy rzut oka, wypadaloby wytłómaczyć jako skutek niezrośnięcia się w linii środkowej dwóch połówek symetrycznych tych narządów, które prawidłowo powinny były połączyć się ze sobą. Dotychczas jednak ani w jednym przypadku uzasadnienia takiego przypuszczenia nikt nie udowodnił w kazuistyce wrzekomego obojnectwa już w okresie życia płodowego dla badania ściślejzego dostępnego. Dalej wrzekomie obojnectwo polega przecież nietylko na powstrzymanym rozwoju naprzykład prącia, cewki, moszny u płodu męskiego, lecz i na wytwarzaniu się i dalszym rozwoju narządów, które prawidłowo powinny były zaniknąć. Tak naprzykład w wrzekomem obojnectwie męzkim wewnętrznem do wysokiego stopnia rozwoju dochodzi czasami organ Mueller'a, powstały ze zlania się dwóch nitek Mueller'a, czyli macica i pochwa. Już z góry więc nieprawdopodobnem się okazuje, żeby obojnectwo wrzekomie polegało tylko na działaniu przeszkód mechanicznych, z tem jednak zastrzeżeniem, że właśnie wskutek powstrzymania rozwoju naprzykład prącia, cewki i moszny mógł powstać bodziec nadzwyczajny dla rozwoju nieprawidłowego nitek Mueller'a u tegoż osobnika męskiego, u którego prawidłowo powinny były zaniknąć. Przy zmniejszonym odżywianiu jednego organu powstaje wzmożone

odżywianie innego, który powinien był zaniknąć (*Steigerung der nutritiven Reize für ein homologes Organ bei Verminderung der nutritiven Reize für das andere homologe Organ*). Z pomiędzy wszystkich hipotez dla objaśnienia powstawania obojnactwa wrzekomego we wszelkich jego odmianach, najwięcej za sobą ma hipoteza, że rozwój tych anomalij zależy po pierwsze od wpływu ośrodków kierujących rozwojem i od ustroju naczyniowego. Dawniej rozróżniano hermafrodytyczny ustrój organów płciowych zewnętrznych, wewnętrznych i pośrednich. Tak naprzykład u płodu żeńskiego za organy wewnętrzne uważano jajniki, za organy zewnętrzne srom o wargach dużych i małych, o lechtaczce, za organy pośrednie macicę i pochwę,—u męskiego płodu za organy wewnętrzne jądra i przyjądrza, za organy zewnętrzne prącie o ciałach jamistych i mosznę, a za organa pośrednie vasa deferentia, gruczoł krokowy etc.

Każdy z tych oddziałów odżywiany jest przez jedną parę tętnic, dwie tętnice odżywiają odcinek wewnętrzny, dwie odcinek zewnętrzny, a dwie tętnice odcinek pośredni. W przypadkach niedorozwoju tego lub owego odcinka, zauważono nieraz brak obu tętnic lub też jednej danego odcinka ustroju organów płciowych. Tłómaczenie takie powstawania obchodzących nas dziś anomalij rozwojowych, prowadzących do tak zwanego obojnactwa wrzekomego, jest do dziś dnia tylko hipotezą i brak dotychczas większej ilości badań podstawowych anatomicznych dla jej uzasadnienia. Tyle tylko można powiedzieć, że dziś udowodnionem jest, że wrzekome obojnactwo nie powstaje wskutek przeszkód mechanicznych. Dalej szereg spostrzeżeń wrzekomego obojnactwa u kilkorga dzieci lub nawet pokoleń z tej samej rodziny przemawia przeciw tłómaczeniu etyologii wrzekomego obojnactwa w sposób czysto mechaniczny. Widocznie i wpływy psychiczne ciężarnej mają tutaj pewne znaczenie. Jako dowód przytaczam nader ciekawe spostrzeżenie opisane przez Lingard'a „*The Hereditary transmission of hypospadias and its transmission bei by indirect atavism*“ (Lancet 19, IV, 1884).

W początku bieżącego stulecia spodziec pewien, którego ojciec i dziadek również dotknięci byli hypospadiasi penis, ożenił się z osobą z nim nie spokrewnioną i mieli trzech synów spódźców. Najstarszy z tych trzech synów ożenił się, miał czterech synów znów spódźców; z tych czterech synów dwóch ożeniło się, pierwszy miał dwóch synów, pomiędzy nimi jednego spódźca, a drugi jednego syna również spódźca. Dwaj pozostali bracia byli nie żonaci. Jak widać z rysunku, patrz fig. 1, z trzech braci z czwartego pokolenia, drugi

zmarł bezdzietnie, trzeci zaś miał dwóch spódzców. Ta sama wada rozwojowa hypospadoasieos penis w prostym spadku z ojca na syna powtarza się tutaj przez 6 generacyj. Ciekawszem jeszcze jest, że trzeci z tylko co wymienionych sześciu spódzców zmarł wkrótce po urodzeniu trzeciego syna. Wdowa jego po 18 miesiącach wyszła powtórnie za mąż za niespódzca i pod wpływem wrażenia pierwszego jakoby męża, nieboszczyka, urodziła czterech synów wszystkich spódzców. Dwóch znów z tych ostatnich spódzców „had hypospadias in their turns“. Jeden z nich miał trzech synów normalnie ukształtowanych, najstarszego zaś spódzca. „*The acquired predisposition of the mother thus gradually wore itself out*“ Lingard żałuje, że nie był w stanie zapoznać się z historią matek i córek z tych generacyj. Lingard przytacza takty owej spadkowej hypospadiasis penis z drugiego małżeństwa owdowiałej żony spódzca jako żywy przykład nauki Sedgwick'a o „*indirect atavism*“ mówiąc: „*All the breeders of cattle and other animals are familiar of the fact of the females throwing back that is, reproducing after impregnation by a second male the peculiarities of some other male by whom they had been previously impregnated. That this is not impossible in the human female*“, wypływa ze spostrzeżenia tego Lingard'a.

Fakt ten arcyosobliwy dotychczas u człowieka jest jedyny, lecz nie wyklucza to możliwości, że przy starannej kontroli pojedynczych spostrzeżeń zбочeń spadkowego pochodzenia, znajdzie się więcej faktów analogicznych.

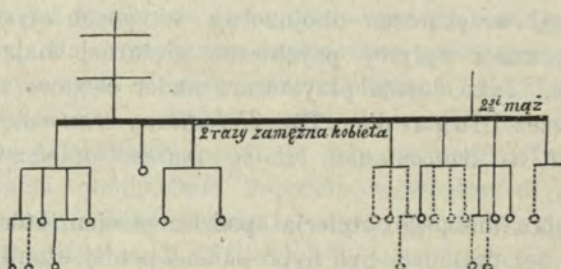


Fig. 1.

Figura 1: Linie ciągłe oznaczają spódzców, linie kropkowane dzieci normalnie ukształtowane, pochodzące od ojca spódzca.

Hypoteza aby nabyta po urodzeniu się dziecka anomalia mogła udzielić się potomkom tegoż osobnika jako wada wro-

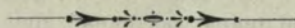
dzona, zawsze miała wielu wrogów. Dla czego, pytają się oni, na przykład u starozakonnych pomimo stałego obrzezania noworodków męzkich od dawnych czasów jednak płód rodzi się z napletkiem jak u dzieci chrześcijańskich ukształtowanym?

Zarzut ten jest zupełnie sprawiedliwy, a jednak nie sposób wykluczyć przy wrzekomem obojactwie dziedzicznym czynników psychicznych ze strony ciężarnej, wpływów, które prawdopodobnie działają w bardzo wczesnym okresie ciąży w przeciągu pierwszych miesięcy ciąży.

Zanim przystąpimy do badań tak trudnych i opartych li tylko na przypuszczeniach oraz na analogii z światem zwierzęcym, wypada najprzód zebrać materiał kazuistyczny, dotyczący powtarzania się obojactwa wrzekomego u różnych przedstawicieli jednej i tej samej rodziny. Czy istnieją takie spostrzeżenia, w jakiej ilości i jakie mianowicie?

Zainteresowany kwestyą, podjąłem się w tym kierunku przejrzeć kazuistykę przezemnie zestawioną przypadków wrzekomego obojactwa, obejmującą do dziś dnia 780 spostrzeżeń.

(D. c. n).

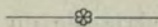


II. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 28 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

III. PATOGENEZA i ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Ze szkicu historycznego, umieszczonego na czele niniejszego odczytu jest rzeczą widoczną, w jaki sposób rozwijały się wiadomości o istocie zapalenia rdzenia. Na początku poszukiwań odpowiednich nie wiedziano, że istnieje pewna, że się tak wyrazimy, nić przewodnia, jedna główna przyczyna, obejmująca najrozmaitsze postaci chorobowe, należące do dziedziny „myelitis“. Podczas gdy zapalenie istoty białej rdze-

niałączono słusznie z naczyniami, sądzono, że poliomyelitis, t. j. zajęcie istoty szarej polega na pierwotnem zwyrodnieniu komórek przednich rogów (Charcot). Stopniowo jednak przekonano się, głównie na podstawie gromadzonego materiału sekeyjnego z przypadków świeżych, że zarówno poliomyelitis, jak i myelitis (*circumscripta, diffusa i disseminata*) wypływają z choroby naczyń. Zależnie od tego, które z łożysk naczyniowych ulegnie zmianom i na jakiej to będzie rozciągłości, powstaną te lub inne postaci zapalenia rdzenia, bądź to w istocie szarej, bądź w białej, bądź też jednocześnie w jednej i drugiej. Zmiany te ograniczyć się mogą na nieznaczej stosunkowo przestrzeni—*myelitis circumscripta* w rozmaitych odcinkach rdzenia lub też mogą być rozsiane w całym rdzeniu, powodując t. zw. *myelitis disseminata*.

Umyślnie mówimy tymczasowo o 3 głównych postaciach zapalenia rdzenia (*poliomyelitis, myelitis circumscripta* resp. *diffusa* i *myelitis disseminata*) pozostawiając na stronie inne pokrewne lub zbliżone do myelitis pod względem klinicznym lub anatomicznym cierpienia (*myelitis syphilitica, myelitis tuberculosa, myelitis traumatica* i *myelitis e compressione*). Czynimy to z tego względu, że chcielibyśmy nasamprzód nakreślić obrazy patologiczno-anatomiczne dla tych 3 postaci właściwych myelitis i z nimi potem porównać zmiany, jakie napotykamy w tylko co wymienionych cierpieniach.

Jest rzeczą konieczną dla lepszego oryentowania się w genezie zmian anatomicznych, dokładne zaznajomienie się z przebiegiem *głównych łożysk tętniczych w rdzeniu*. Znajomość tych ostatnich zawdzięczamy A d a m k i e w i c z o w i, głównie zaś K a d y i e m u.

K a d y i nastrzykiwał rdzenie ludzkie głównie karminowemi masami, olejkami i mając te wspaniałe preparaty iniekcyjne doszedł do następujących wniosków.

Jako ogólne prawidło, odnoszące się do tętnic rdzenia, uważać należy ten fakt, że tętnice udają się do rdzenia, towarzysząc korzeniom rdzeniowym i wraz z nimi przebijają oponę twardą. Wszystkie tętnice korzeniowe rdzenia są gałązkami tętnic zaopatrujących kręgosłup, które początek swój biorą: w okolicy szyjowej górnej od tętnicy kręgowej (*art. vertebralis*), w szyjowej dolnej od głębokiej tętnicy karkowej (*art. cervicalis profunda s. nuchalis*), w okolicy piersiowej od tętnic międzyżebrowych (*art. intercostales*), w okolicy lędźwiowej od tętnic lędźwiowych (*art. lumbales*), w okolicy krzyżowej od tętnic krzyżowych bocznych (*art. sacrales laterales*). Od tych więc tętnic biorą swój początek tętnice korzeniowe rdzenia, które wraz z korzeniami przednimi (*art. radicales anteriores*) lub z tylnymi (*art. radi-*

cales posteriores) udają się do rdzenia. Niektóre z tych tętniczek marnieją tak, że z pomiędzy 31 par korzeni rdzeniowych zaledwie tylko przy 24 znajdujemy owe tętnice. Liczba tych tętniczek, zarówno jak i ich rozmiary są bardzo zmienne. Wogóle da się powiedzieć, że tętnice korzeniowe przednie są mniej liczne, lecz silniejsze, niż tętnice korzeniowe tylne, których liczba jest większa, lecz objętość mniejsza. Co dotyczy przednich tętnic korzeniowych, to największą ich liczbę napotykamy w V—VII przednich korzeniach szyjowych (między nimi przynajmniej 1 lub 2 znaczniejsze pieńki). W okolicy od I do IX korzeni grzbietowych, znajdujemy 2 lub 3 tętnice korzeniowe przednie. W okolicy od IX grzbietowego do III lędźwiowego korzenia rdzeniowego udaje się do rdzenia najsilniejsza (1 mm. objętości) tętnica przednia korzeniowa. Najczęściej spotykamy te tętnice w I lub II korzeniu lędźwiowym lub w X grzbietowym.

Tylne tętnice korzeniowe wykazują większą stałość niż przednie, zarówno co do liczby, jak i objętości. Ponieważ jednak ich rozmiary są znacznie mniejsze aniżeli rozmiary tętnic przednich—widzimy więc, że tych boczne łańcuchy (p. niżej) są cieńsze od przednich. W okolicy V—VII korzeni szyjowych znajdujemy z obu stron po 1 lub po 2 tętnice dosyć silne. W górnej okolicy grzbietowej spotykamy nieznaczną ilość tylnych tętnic korzeniowych, na przestrzeni zaś od III—IV korzenia grzbietowego aż do III lędźwiowego tętnice te są rozmieszczone dosyć równomiernie (prawie co drugi korzeń tylny posiada swą tętniczkę).

Każda tętnica korzeniowa przybywszy do rdzenia, dzieli się na 2 główne gałęzie: wstępującą (*ramus ascendens*) i zstępującą (*ramus descendens*), które przebiegają na powierzchniach rdzenia w kierunkach pionowych. Te gałęzie podłużne łączą się ze sobą i tworzą w ten sposób łańcuchy anastomotyczne, a mianowicie jeden przedni najsilniejszy nieparzysty łańcuch (*tractus arteriosus anterior*, lub jak dotąd go nazywano *art. spinalis ant.*) i dwa łańcuchy tylnoboczne (*tractus arteriosi postero-laterales*, dotąd nazywane *art. spinales post.*). Przedni łańcuch tętniczy rdzenia (*tractus arteriosus anterior*) przebiega w samym środku przedniej powierzchni rdzenia, w przednim rowku rdzeniowym (*sulcus longitudinalis ant.*) Łańcuch ten tworzy się przez wyżej zaznaczone połączenie wstępujących i zstępujących gałązek przednich tętnic korzeniowych, zarówno lewych jak i prawych. Tylne zaś tętnice korzeniowe dzielą się niedaleko rdzenia również na 2 gałęzie pionowe: wstępującą i zstępującą i tworzą dwa oddzielne łańcuchy anastomotyczne—tylnoboczne łańcuchy tętnicze rdzenia (*tractus arteriosi postero-leterales*), które biegną na po-

wierzchni rdzenia z każdej strony na granicy pomiędzy bocznymi i tylnymi pęczkami rdzenia.

Przedni łańcuch tętniczy rdzenia (tractus arteriosus anterior medullae spinalis) znajdujemy na całej długości rdzenia: rozpoczyna się on od połączenia obu tętnic kręgowych (*art. vertebrales*) i sięga aż na stożek końcowy (*conus medullaris*), z kąd jego przedłużenie przechodzi jeszcze na niteczkę końcową, jako tętniczka parzysta. Łańcuch ten powstał w powyżej nakreślony sposób na skutek anastomotycznego łączenia się wstępujących i zstępujących gałązek przednich tętnic korzeniowych. Przypuszczać należy, że ten nieparzysty łańcuch powstał ze zlania się początkowo dwóch parzystych łańcuchów w jeden nieparzysty. Przemawia za tem np. ten fakt, że w niektórych miejscach (np. w górnych częściach rdzenia) znajdujemy po dwie tętnice, biegnące wzdłuż przedniego rowka.

Tractus arteriosus anterior wydaje następujące rodzaje gałązek tętniczych:

1) *Gałązki boczne (rami laterales)*, które przebiegają w oponie miękiej na poprzek lub skośnie, wydają na powierzchni rdzenia drzewiaste rozgałęzienia, przechodzą na boczną powierzchnię rdzenia, gdzie ich ostateczne gałązki spotykają się z gałązkami bocznymi tylnobocznymi łańcuchów tętniczych. Rozgałęzienia te przyczyniają się przez anastomotyczne łączenie się z innymi gałązkami do tworzenia siatek tętniczych opony miękiej i wysyłają zarazem gałązki, zanurzające się w istotę białą rdzenia. Zauważyć należy, że *rami laterales* wydają również gałązki dla korzeni przednich, które to gałązki łączą się później anastomotycznie z tętnicami nerwów obwodowych. (Ten ostatni fakt może posiadać pewne znaczenie dla patogenezy cierpień nerwów obwodowych, przechodzących na rdzeń pacierzowy).

2) *Gałązki przednie (rami anteriores)* przedniego łańcucha tętniczego są bardzo drobne i rozgałęziają się w oponie miękiej pokrywającej przednie sznury rdzenia. Od tych gałązek odchodzą również tętniczki, pograżające się w istotę białą tych sznurów rdzeniowych.

3) Najliczniejsze i najsilniejsze gałązki przedniego łańcucha tętniczego są na rdzeniu niepreparowanym ukryte, gdyż zawarte są w wypustce opony miękiej, która się znajduje w przedniej szparze rdzeniowej, są to t. zw. *centralne tętnice rdzenia (arteriae centrales medullae spinalis)* posiadające w patologii rdzenia pierwszorzędne znaczenie, ponieważ ona to zaopatrują (prawie wyłącznie) w krew przednie rogi szarej istoty rdzenia.

Tractus arteriosi postero-laterales wydają od siebie następujące gałązki tętnicze:

1) *Gałązki boczne (rami laterales)* rozgałęziają się w oponie miękiej na bocznej powierzchni rdzenia i łączą się tutaj z powyżej opisanymi bocznymi gałązkami przedniego łańcucha tętniczego.

2) *Gałązki tylne (rami posteriores)* znacznie silniejsze od poprzednich udają się w oponie miękiej na tylną powierzchnię rdzenia i tworzą tutaj obfite sieci tętnicze. Od tej siatki wnikają do istoty białej drobniejsze gałązki tętnicze (głównie w septum medianum posterius i w septum intermedium).

Uogólniając te fakty, dochodzimy do wniosku, że na powierzchni rdzenia biegną 3 główne łańcuchy tętnicze, a mianowicie jeden przedni (tractus arteriosus anterior) i dwa tylnoboczne (tractus arteriosi postero-laterales). Łańcuchy te wydają w rozmaitych kierunkach gałązki tętnicze, które tworzą przez wzajemne anastomozy sieć tętniczą, pokrywającą całą powierzchnię rdzenia. Główne gałęzie tej sieci wykazują przebieg poprzeczny, obejmujący obrączkowo rdzeń. Pewne zaś gałązki tych tętniczek obrączkowych, posiadając kierunek pionowy, łączą się ze sobą i tworzą drugorzędne podłużne łańcuchy anastomotyczne, które znajdujemy zarówno na przedniej powierzchni rdzenia (najślabsze), jak i na tylnej (najsilniejsze) i bocznej.

Opis powyższy wykazuje, w jaki sposób powstają na powierzchni rdzenia pierwszo- i drugorzędne łańcuchy tętnicze wraz z ich gałęziami, tworzącymi siatki obfite. Z opisu tego staje się widocznym fakt, że tętnice udające się z korzeni na powierzchnię rdzenia nie zasilają bynajmniej jakichś odgraniczonych od siebie dzielnic. Nie widzimy tutaj nigdzie miejscowości z własnymi, do nich tylko należącymi tętnicami. Przeciwnie na powierzchni rdzenia płyną łożyska wspólne dla całego rdzenia, łożyska połączone ze sobą nader obfitą siecią kanałów. Ta architektonika tętnic leżących na powierzchni rdzenia posiada ogromne znaczenie, ponieważ umożliwia prawidłowy, wzajemnie się wspierający i wyrównywający obieg krwi i co zatem idzie— prawidłowy przyływ krwi do odcinków rdzenia leżących na rozmaitych wysokościach. Jeżeli nawet zajdzie jakaś przeszkoda w krwiobiegu w jednym miejscu, to i wtedy przeszkoda ta może być powetowaną przez otaczające gałązki sieci tętniczej. Jeżeli tylko przeszkoda ta nie będzie zbyt wielką, to odpowiedni odcinek rdzenia otrzyma dostateczną ilość krwi.

Przechodzimy teraz do opisu *naczyń, zasilających, samą istotę rdzenia.*

Do rdzenia wnikają naczynia, które podzielić można na dwie kategorie: A) *tętnice centralne (arteriae centrales)* i B) *tętnice ob-*

wodowe (arteriae periphericae) Kadziego, czyli vasocorona Adamiwicza.

A. *Tętnice centralne (arteriae centrales)* stanowią wyżej zaznaczone gałązki przedniego łańcucha tętniczego. Odchodzą one od tego łańcucha i biegną w kierunku poziomym lub nieco skośnym w wypustce opony miękiej (w sulcus longitudinalis anterior) udając się aż na dno rowka. Dotarłszy do spoidła białego, zaginają się tętnice albo *na bok prawy, albo na lewy*, nigdy się nie rozwidlając i w całości udają się, między spoidłem i odpowiednim sznurem przednim, do środkowej części prawej lub lewej kolumny szarej i tam dopiero, tj. z boku kanału środkowego rozdzielają się na gałęzie. Tętnice centralne są więc par excellence tętnicami przednich rogów rdzenia. Ogólna liczba tętnic centralnych na całym rdzeniu wynosi około dwustu. Średnia odległość tętnic centralnych wynosi w części szyjowej górnej 2,7 mm. i w dolnej 2,1 mm. w górnej połowie grzbietowej 3,0 mm., w dolnej—2,4 mm., w części lędźwiowej 1,0 mm., w części krzyżowej 1,1 mm. Widzimy więc, że odstęp między tętnicami centralnymi są najmniejsze w części lędźwiowo-krzyżowej rdzenia, największe zaś w górnej części grzbietowej. Najgrubsze tętnice centralne napotykamy znowu w okolicy szyjowej (głównie w intumescutina cervicalis), najszczuplejsze w odcinkach krzyżowych.

Tętnice centralne zasilają głównie przednie rogi szarej istoty rdzenia, lecz zaznaczyć musimy, że niektóre ich gałązki przekraczają granicę dzielącą szarą istotę od białej i wkraczają w obręb tej ostatniej. Nigdy nie dochodzą one aż do obwodu istoty białej. Tętnice centralne wkroczywszy pomiędzy spoidłem, a sznurem przednim do istoty szarej rdzenia, rozgałęziają się w okolicy centralnej istoty kleistej (substantia gelatinosa centralis). Główne ich gałęzie mają przebieg *pionowy, równoległy do osi rdzenia*. Tylko mniejsze tętnice centralne mogą w całym swym przebiegu i rozgałęzieniu zatrzymać położenie poziome, przeważnie w lędźwiowo-krzyżowych odcinkach rdzenia. Często znajdujemy rozwidlenie tętnicy centralnej na dwie główne gałęzie: gałęź zstępującą i gałęź wstępującą, które po krótkim łukowatym przebiegu przyjmują kierunki pionowe. Główne te pionowe gałęzie naczyń centralnych wydają gałązki poboczne, które w rozmaitych kierunkach rozchodzą się w istocie szarej; same gałęzie pionowe ostatecznie się wyczerpują, albo również zbaczają ku obwodowi istoty szarej. Podrzedniejsze gałązki tętnic centralnych rozchodzą się więcej pionowo w rozmaitych często pozaginanych kierunkach, dążąc ku obwodowi kolumny szarej. Niektóre z nich kończą się w istocie szarej, niektóre zaś wkraczają w istotę białą rdzenia

Ponieważ każda z głównych gałęzi pionowych tętnic centralnych rozciąga się na odcinkach rdzenia 10—12 mm. długich, wynika więc ztąd, że *jedna arteria centralis może zasilać odcinek rdzenia do 2 ctm. długości* (np. w części grzbietowej rdzenia). Ponieważ długość ta jest 4—6 razy większą, niż odpowiednie odstępki pomiędzy tętnicami centralnymi (wychodzącymi od tractus arteriosus anterior) wynika więc ztąd, że *na tym samym przekroju rdzenia napotykamy obok siebie rozgałęzienie dwu, albo kilku nawet tętnic centralnych*, że zatem pojedyncze gałęzie albo pęczki gałęzi danej tętnicy centralnej, wstępując lub zstępując, wymijają się z rozgałęzieniami innych tętnic centralnych, leżących wyżej lub niżej od danego przekroju rdzenia. Co dotyczy stosunku zachodzącego pomiędzy rozgałęzieniami arteriae centralis i komórkami rogów przednich, to widzimy, że *każda gałązka zaopatruje kilka zbiorowisk komórek nerwowych, i że na odwrót każde zbiorowisko komórkowe otrzymuje naczynia od kilku gałązek tętnicznych, pochodzących nieraz nawet od odmiennych tętnic centralnych*.

Jakkolwiek arteriae centrales zasilają główne przednie rogi szarej istoty rdzenia, oddają one jednak gałązki dla szarej istoty leżącej więcej ku tyłowi, z drugiej zaś strony, niektóre ich gałązki mogą wkraczać w istotę białą (do sznurów przednich bocznych i nawet tylnych), nigdy jednak, powtarzamy nie dochodzą one do obwodu rdzenia.

B. *Tętnice obwodowe (arteriae periphericae K a d y i e g o, vasocorona A d a m k i e w i c z a)* wychodzą z sieci, utworzonej na powierzchni rdzenia przez gałęzie łańcuchów tętnicznych i wnikają w białą istotę (we wszystkie sznury rdzeniowe) i w tylny róg szarej istoty rdzenia.

Tętnice te przebiegają przeważnie w kierunkach poziomych i są zawarte w t. zw. przegrodach łącznie tkankowych (septa), odchodzących promieniowo od opony miękiej w głąb istoty rdzenia. Rozmieszczenie naczyń w tych przegrodach jest tak zmienne, że niepodobna wykazać jakiegokolwiek w tym kierunku prawidłowości. Tętnice te zagłębiają się w istocie białej na większej lub mniejszej przestrzeni. Niektóre z nich przekraczają nawet granicę dzielącą istotę białą od szarej i wnikają w tę ostatnią, nigdy jednak nie dosiegając jej części centralnych. Znaczniejsze naczynia, zawarte w przegrodach opony miękiej, znajdujemy wzdłuż septum medianum (posterius arteriae septi mediani posteriosis), w septum intermedium posterius (arteriae septi intermedii posterioris). Niektóre z tych gałązek wnikają w tak zwany rowek tylnoboczny (tj. w linii wyjść korzeni tylnych) do tylnych rogów szarej istoty rdzenia (arteriae cornuum posteriorum). Analogiczne

naczynia wkraczają z obwodu rdzenia wzdłuż przegród w sznury zarówno boczne, jak i przednie.

Tętnice obwodowe, unikające z opony miękiej do rdzenia przebiegają w płaszczyznach poprzecznych. Ich gałęzie rozchodzą się natomiast w kierunkach pionowych. Długość tych gałęzi jest nieznaczną (w przeciwstawieniu do długich gałęzi pionowych centralnych tętnie rdzenia). Ponieważ jednak główne gałęzie tętnie centralnych posiadają również kierunek pionowy, wynika więc ztąd ogólne prawidło, na mocy którego, *obszary rdzenia zasilane przez pojedyncze tętnice (zarówno centralne, jak i obwodowe) mają kształty podługowate (w kierunku osi rdzenia).*

Inne prawidło orzeka, że zarówno tętnice centralne, jak i obwodowe należą do kategorii naczyń końcowych, tj. ich rozgałęzienia nie łączą się z sobą za pomocą anastomozów.

W ostatnich kilku dziesiątkach lat zaszedł zwrot znamieny w poglądach na zjawiska histopatologiczne w rozmaitych chorobach układu nerwowego, szczególnie zaś — w cierpieniach rdzenia pacierzowego. W epoce Charcot'a panowała teoria, że się tak wyrazimy systemowa. Starano się różnorodne choroby rdzenia objaśniać za pomocą hipotezy o chorobie pewnych ściśle systemów anatomicznych, bądź to w dziedzinie ruchowej, bądź to czuciowej. Choroby rdzenia podzielono na choroby zależące, bądź od pierwotnych zmian w komórkach przednich rogów (a więc w układzie neuronu ruchowego obwodowego — poliomyelitis), bądź od zmian w drogach piramidalnych (a więc w układzie neuronu ruchowego ośrodkowego — sclerosis lateralis), lub w obu systemach (sclerosis amyotrophica lateralis); rozpoznano tabes jako chorobę systemową obwodowych neuronów czuciowych, kombinowane zaś choroby systemowe (combinirte Systemerkrankungen) umieszczono w układach ośrodkowych neuronów ruchowych i czuciowych.

W ostatnich jednak czasach teoria ta zaczęła z nieznacznymi wyjątkami (dla wiądu rdzenia i bocznej sklerozy) tracić na sile. Zamiast niej zjawiała się teoria o *naczyniowem* pochodzeniu chorób rdzenia. Coraz więcej przekonywano się o tem, że najważniejszą rolę w powstawaniu tej lub innej choroby rdzenia ma pewne rozgałęzienie się naczyń, tj. zależność pewnej części istoty rdzeniowej od głównych gałęzi tętniczych. Z drugiej zaś strony bakteriologia odcisnęła tutaj również swe piętno i genezę chorób rdzenia widziano coraz częściej w działaniu bakterii chorobotwórczych lub ich toksyn. Jeżeli dodamy do tego oddziaływanie rozmaitych substancji chemicznych, bądź wprowadzanych do organizmu z zewnątrz (oliów, ergotyna, lathyrus

i inne) bądź wyrabianych w samym organizmie (w cukrzycy, carcinomatosi, anaemii pernicioso i inne), to otrzymamy główne podstawy nowożytnej teorii, którą nazwać można *toksyczno-naczyniową* w najobszerniejszym tego słowa znaczeniu. Na podstawie tej teorii sądzimy, że zależnie od działania rozmaitych substancji toksycznych (wyrabianych przez bakterie lub też wprowadzanych w stanie chemicznym do organizmu lub wreszcie przez ten ostatni wyrabianych), te lub owe naczynia rdzenia ulegają zmianom i wywołują je w dalszym ciągu w odpowiednich dzielnicach rdzenia. Czasami same naczynia pozostają względnie nietknięte lub nieznacznie zmienione i przenoszą tylko substancje chorobotwórcze do pewnych dzielnic istoty rdzeniowej (np. w tężcu).

Jeżeli procesowi zapalnemu ulegną tętnice centralne rdzenia, zasilające krwią głównie rogi przednie—powstanie wtedy zapalenie tych rogów czyli t. zw. *poliomyelitis*. W razie zapalenia całej istoty szarej, będziemy mieli do czynienia z *myelitis centralis*. Jeżeli zaś zmiany powstaną pierwotnie w naczyniach obwodowych rdzenia (*vasocorona*), w takim razie powstanie zapalenie białej istoty rdzenia—*Leucomy-elitis*. Rozumie się, jest to tylko szemat, który w czystej formie nigdy się nie zdarza, ponieważ nie istnieją ani naczynia przeznaczone wyłącznie dla istoty szarej, ani też dla istoty białej. Zarówno więc w przypadkach *poliomyelitis acutae* spotkamy zmiany w sąsiedniej istocie białej, jak w ostrem zapaleniu istoty białej—wystąpią pewne zбочenia w istocie szarej. Jeżeli proces zapalenia rozwinie się głównie albo wyłącznie na pewnej wysokości rdzenia, powstanie *myelitis transversa (cervicalis, dorsalis, lumbo-sacralis)*, jeżeli zaś zapaleniu ulegną jednocześnie rozmaite odcinki rdzenia—powstanie t. zw. *myelitis disseminata*.

Dotychczas pozostało rzeczą zupełnie niezbadaną, jakie warunki są niezbędnie potrzebne, aby proces zapalny ogarnął tę lub inną dzielnicę rdzenia. Czy znajduje się to w zależności od rodzaju infekcji lub intoksykacji, lub też od pewnego usposobienia danego osobnika lub danego wieku (np. powstawanie *poliomyelitis acutae* prawie wyłącznie w wieku dziecięcym) i t. d., wszystko to są zapytania, które zapewne jeszcze przez czas długi pozostaną bez odpowiedzi. Zaznaczamy i podkreślamy jednakże zdanie, że zapewne *badania doświadczalne* rzucają światło na te ciemne i tajemnicze zjawiska.

Gdybyśmy się mieli oglądać wyłącznie na anatomię patologiczną chorób rdzenia,—w takim razie nie zachodziłaby potrzeba dzielenia zmian zapalnych, zachodzących w rdzeniu na wielką ilość poddziałów. Ponieważ jednak obraz kliniczny staje się zupełnie odmiennym w zależności od umiejscowienia tych zmian zapalnych, musimy więc po-

dzielić sprawy zapalne na *kilka typów*, które najczęściej odpowiadają pewnym klinicznie wyodrębnionym obrazom chorobowym. Sprawy zapalne w rdzeniu ostre i przewlekłe dzielimy więc głównie na 3 kategorie, a mianowicie na 1) poliomyelitis, 2) myelitis circumscripta i diffusa i 3) myelitis disseminata.

Rozpatrzmy te poszczególne formy spraw zapalnych w rdzeniu, i przejdziemy potem do kategorii tych zmian, które a) są im wprawdzie pokrewne, pod względem histopatologicznym, lecz wyróżniają się przez swój charakter swoisty (myelitis syphilitica, myelitis tuberculosa); b) są zbliżone do zmian zapalnych w rdzeniu głównie pod względem klinicznym, natomiast są inne pod względem histopatologicznym (t. zw. myelitis e compressione).

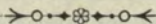
Będziemy więc mieli do rozpatrzenia głównie następujące 3 kategorie procesów patologicznych w rdzeniu:

A. *Właściwe zmiany zapalne w rdzeniu paciierzowym (poliomyelitis acuta et chronica, myelitis circumscripta et diffusa, acuta et chronica, myelitis disseminata acuta et chronica).*

B. *Zmiany zapalne w rdzeniu z charakterem swoistym (myelitis syphilitica, myelitis tuberculosa).*

C. *Zmiany w rdzeniu wywołujące obraz kliniczny myelitidis, lecz odmienne pod względem histopatologicznym (myelitis e compressione).*

D. c. n.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

426. Cipollina. **O kwasie szczawiowym w ustroju.** (Berl. Klin. Woch. № 20, 1901).

Zgodnie z wynikami ostatnich badań uznano już dziś za fakt, iż kwas szczawiowy, wydzielany z moczem, podwójne ma pochodzenie; część jego tworzy się jako jeden z produktów ogólnej przemiany materii, odbywającej się we wnętrzu ciała naszego, część zaś zostaje w postaci gotowej wchłonięta wraz z pokarmami i następnie przez nerki wydalona. Sporną pozostaje kwestya, w jakich się narządach on tworzy i jakie substancje poprzedzają jego powstawanie.

Autor pod kierunkiem prof. Salkowskiego przedsięwziął szereg badań nad zwierzętami i ludźmi i doszedł do wyników następujących:

1) Narządy ludzkie i zwierzęce zawierają nieznaczne ilości kwasu szczawiowego; najwięcej zaś śledziona, pomijając grasicę, która u osób dorosłych nie wchodzi w rachubę.

2) Jakkolwiek ilość ta w poszczególnych narządach nie jest wielka, jednakże całkowita ilość kwasu szczawiowego, w nich się znajdująca, kilkakrotnie przewyższa maksymalną jego ilość, w ciągu doby wydzielaną z moczem.

3) Śledziona, a być może, że wątroba i mięśnie produkują kwas szczawiowy przez utlenianie kwasu moczowego; prawdopodobnie, że i z cukru gronowego może powstawać w ustroju kwas szczawiowy.

4) Niektóre substancje pokarmowe są tak zasobne w kwas szczawiowy, że spożywanie ich przez osoby, cierpiące właśnie z powodu obfitego wydzielania się tego związku, może być bardzo szkodliwe. Największą zawartość kwasu szczawiowego posiadają następujące jarzyny: szpinak, szczaw, galarepa, groch zielony, ogórki, kapusta, kalafior, wreszcie marchew.

A. Lande.

427. M o h r. O wpływie chorób gorączkowych na cukromocz w cukrzycy. (Zeitsch. f. klin. Med. 42 Bd. 5, 6 H., 1901).

Oddawna jest wiadomą rzeczą, że u dyabetyków podczas ostrych gorączkowych chorób cukromocz albo znacznemu ulega zmniejszeniu albo nawet zupełnie znika. C a n t a n i przypuszczał, że zjawisko to stoi w pewnym związku ze stanem gorączkowym resp. ze znacznym podniesieniem ciepłoty, L e v y i S o c i n widzieli tu wpływ drobnoustrojów, czy też fermentów przez nie wydzielanych, które, powodując rozkład cukru, w organizmie krążącego, znoszą dzięki temu cukromocz. S e h u p f e r zjawisko wspomniane usiłował sprowadzić do kilku przyczyn, a mianowicie: 1) odkładanie się glikogenu w białych ciałkach krwi absorbuje pewną ilość cukru; 2) wzmożone wydzielanie się kwasu węglanego przez płuca oznacza spotęgowany rozpad wodonów węgla; 3) zmiany w apetycie i zaburzenia w przyswajaniu cukru pod wpływem chorób gorączkowych też pewną rolę tu odgrywają.

W nowszych jednak czasach mnożą się obserwacje wprost przeciwnie, dowodzące, że u dyabetyków pod wpływem chorób gorączkowych intensywność cukromoczu się wzmaga. Autor opisuje z kliniki prof. N o o r d e n'a 6 odnośnych spostrzeżeń, gdzie pod wpływem grypy, zapalenia gardła i płuc mniej lub bardziej spotęgował się istniejący już uprzednio cukromocz, powodując ogólne pogorszenie w stanie zdrowia pacjentów. Nie ulega więc kwestyi, że możemy odróżnić dwie kategorie dyabetyków t.j. takich, u których gorączkowa choroba zmniejsza ilość cukru, wydzielanego i takich, u których widzimy zjawisko wprost przeciwne. Tę pozorną sprzeczność tłumaczą nam do pewnego stopnia doświadczenia R i c h t e r a. Badając wpływ chorób gorączkowych na ustrój, musimy uwzględnić dwa czynniki: 1) podniesienie się ciepłoty, które, jak wykazały odnośne badania doświadczałne, sprowadza hyperglycemię, a więc i cukromocz w pewnych warunkach; 2) działanie toksyn, dzięki któremu krew ubożeje w cukier.

Oba te czynniki więc wywierają wpływ wprost sobie przeciwny i od wzajemnego stosunku obu tych momentów zależeć będzie, czy u danego osobnika cukromocz się zwiększy, czy też zmniejszy. Czy i o ile tu odgrywają rolę swoiste własności zarazka—trudno odpowiedzieć; zdaje się np., że zakażenie czysto septyczne przebiega prawie zawsze ze wzmocnionym cukromoczem.

A. Lande.

428. Volhard. O fermentcie żołądka rozszczepiającym tłuszcz. (Zeit. f. Klin. Med. 42 Bd. 5 i 6 H., 1901).

Że pod wpływem soku żołądkowego wydzielać się mogą z obojętnych tłuszczów kwasy tłuszczowe, było faktem znanym dawniejszym autorom (Maret, Cash); w nowszych czasach zaczęto powątpiewać o tem zjawisku (Klug, Contejean) i powszechnie utarło się mniemanie, że tłuszcz w żołądku żadnym nie ulega zmianom, albo przynajmniej w bardzo ograniczonym zakresie. Autor szeregiem badań dowiódł, co następuje:

1) Sok żołądkowy zawiera w sobie ferment, który posiada własność rozszczepiania tłuszczów t. j. wydzielania z nich wolnych kwasów tłuszczowych.

2) Ferment ten na podobieństwo pepsyny zostaje przeważnie wytwarzany przez tę część błony śluzowej, która wyściela dno żołądka.

3) Za pomocą gliceryny udaje się z łatwością otrzymać wyciąg fermentu z tej właśnie części błony śluzowej; wyciąg taki jest w stanie rozszczepić przeszło 60% tłuszczu jaj, i około 50% tłuszczu mlecznego;

4) Ferment ten działa tylko na tłuszcz, znajdujący się w stanie zawieszenia (emulsyi) naturalnego (mleko, żółtko, śmietana), czy sztucznego (np. emulsya z oliwy, oleju migdałowego, tranu etc.), a działanie jego jest tem silniejsze, im łatwiej dany tłuszcz ulega zemulsyonowaniu. Nie ma więc tu właściwie zasadniczej różnicy między fermentem żołądka i odpowiednim fermentem trzustki, ta tylko jednak zachodzi różnica, że kwaśny sok żołądkowy nietylko nie sprzyja tworzeniu się zawiesiny, ale nawet sztuczną emulsyję rozkłada, podczas gdy sok trzustkowy dzięki swemu alkalicznemu odczynowi i obecności żółci sam się przyczynia do zemulsyonowania tłuszczów.

5) Interesujący nas tu ferment przechodzi przez filtr gliniany, a sok żołądkowy, pozbawiony w ten sposób wszelkich enzymów zorganizowanych, w dalszym ciągu przetrawia białko, wyzwalając jednocześnie 62% kwasów tłuszczowych z emulsyi żółtkowej.

6) Kwas solny oraz pepsyna w pewnej nadmiernej koncentracji działa szkodliwie na ferment rozszczepiający tłuszcze.

7) To ostatnie spostrzeżenie, być może, tłumaczy nam znany fakt, że pod wpływem tłuszczu żołądek wydziela sok, uboższy w pepsynę i kwas solny.

8) Obecność opisanego fermentu w soku żołądkowym przemiała na korzyść poglądu Pflügera, który naucza, iż tłuszcz tylko

po uprzednim rozszczepieniu może uleść wchłonięciu i tłumaczy nam też zjawisko, że nawet po wyłuszczeniu trzustki, jeszcze ustrój wchłaniać może 53% tłuszczu z naturalnych zawiesin (mleka).

A. Lande.

429. Talma. **O bakteryobójczym działaniu żółci.** (Zeits. f. klin. Med. Bd. 42 H., 5 i 6 1901).

Kwestyę tę, przez rozmaitych badaczyw dotychczas rozmaicie rozstrzyganą, podjął autor na nowo w szeregu doświadczeń nad królikami. Zwierzętom tym, pogrążonym w kąpieli z 0,7% wodnego roztworu soli kuchennej ciepłoty $\pm 37^{\circ}$ C., Talma zastrzykiwał do pęcherzyka żółciowego przy pomocy igły rozmaite ilości czystych hodowli, a następnie przez nakłucie pęcherzyka zakażał niemi i otrzewnę. Po pewnym czasie badał drobnowidzowo wątrobę i otrzewnę, określając rozległość i głębokość zmian, jakie one tu wywoływały. Autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Żółć zawiera substancję powstrzymującą do pewnego przynajmniej stopnia rozwój laseczników okrężnicy, tyfusu i błonicy.

2) Zdolność bakteryobójcza względem drobnoustrojów rozmaitych nie jest jednakową, a nie zawsze idzie w parze z jadowitością danego mikroba.

3) U rozmaitych zwierząt i w rozmaitych czasu okresach żółć wykazuje zmienną własność bakteryobójczą.

4) Bardzo ważną rolę w przebiegu doświadczeń gra ilość mikrobów, zastrzyknięta do pęcherzyka.

5) Nabłonek dróg żółciowych i komórka wątrobowa stawiają silny opór wkraczającym drobnoustrojom, zwłaszcza lasecznikom błonicy.

A. Lande.

430. Gebele. **Żelatyna jako „haemostaticum“.** (Münch. med. Woch. № 24, 1901).

Wr. 1896 Carnot po raz pierwszy ogłosił metodę miejscowego stosowania żelatyny w krwotokach nosa. Następnie zaczęto jej używać do podskórnych zastrzykiwań w 5—10% roztworze soli kuchennej w krwawieniach z najrozmaitszych narządów. Większość autorów mniema, że żelatyna tamuje krwotoki dzięki temu, iż zwiększa szybkość krzepnięcia krwi, jakkolwiek nie ma zgody pod tym względem między badaczami.

Autor z dobrym skutkiem stosował metodę Carnota (u hemofilików z bardzo obfitymi krwotokami z nosa i dziąsła po wyjęciu zęba) i, przerobiwszy szereg doświadczeń nad królikami, do takich wniosków dochodzi: utrata krwi już sama przez się zwiększa krzepliwość, a żelatyna, jak wszystkie wogóle ciała koloidalne, potęguje tylko tę wzmożoną już krzepliwość; utrata krwi następnie przyspiesza wchłonięcie żelatyny, która bardzo minimalny wpływ wywiera bez

uprzedniego obfitszego upływu krwi. Utrata krwi musi wynosić mniej więcej $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ całkowitej jej ilości w organizmie, jeżeli żelatyna ma okazać szybkie działanie, co też w praktyce w większości przypadków rzeczywiście bywa. Najlepiej stosować ogrzaną żelatynę do 37° — 38° podskórnie w 2%, a miejscowo w 10% roztworze z zachowaniem wszelkich przepisów aseptyki. W krwawieniach natury lżejszej wystarczają zwykle środki tamujące termiczne, chemiczne czy mechaniczne.

Z powyższego widać, że działania profilaktycznego żelatyna mieć nie może. Z powikłań autor spostrzegał następujące: białkomocz, wznesienie się ciepłoty, silne swędzenie na miejscu zastrzyknięcia, objawy ogólnego podniecenia. Użycie żelatyny jest przeciwwskazane w cierpieniach nerek.

A. Lande.

431. Offer. **O sztucznych preparatach odżywczych.** (St. Petersburger Medicinische Wochenschrift № 19, 1901).

W ostatnich czasach sztuczne preparaty odżywcze stały się niejako potrzebą. Wobec coraz większej ich ilości, wybór bywa trudny, zwłaszcza, że preparaty miernej wartości cieszą się wielkiem powodzeniem, dzięki reklamie. Przedewszystkiem autor zwraca uwagę, iż zalecanie preparatów białkowych jest dobre wtedy, kiedy węglowodanów i tłuszczów organizm ma poddostatkiem, a jedynie białka mu brak, a więc zależnie od tego co do jakiej grupy pokarmów zachodzi brak w organizmie, stosować winniśmy ten lub inny preparat. Leyden stawia następujące żądania od preparatów odżywczych: 1) jako stężony pokarm winien w małej ilości zawierać wiele materiałów odżywczych; 2) winien być płynny, w każdym razie w tym stanie należy go chorym podawać; 3) powinien być łatwy do trawienia, łatwy w przyswajaniu; 4) na koniec, powinien być smaczny, aby go przez dłuższy czas można było używać.

Dalej autor wspomina o preparatach, których zadanie polega na pobudzaniu apetytu, a które żadnych odżywczych właściwości nie posiadają. Np. mięsny ekstrakt Liebig'a, Wyeters, Beeфинice Valentins meat inice, a także niemiecki Puro. Sztuczny preparat pożywczy ma wartość o tyle, o ile jest w stanie pokryć deficyt, wynikający z niedostatecznego przyswajania pożywienia naturalnego. Normalny człowiek dorosły potrzebuje 45 gramów białka, chory mniej. Otóż jeśli w upośledzonej asymilacji, dzięki preparatom odżywczym, uda nam się dostarczyć organizmowi 45 gr. białka, będzie to dobrze świadczyć o wartości danego surrogatu. Przy odżywianiu preparatami sztucznymi należy zwrócić uwagę na zdolność organizmu do asymilacji wogóle; o ile jest zmniejszoną, odbija się to i na asymilowaniu sztucznych preparatów.

Z preparatów białkowych rozróżniamy dwie grupy: 1) produkty przetrawionych właściwych ciał białkowych i 2) ciała białkowe skoncentrowane. Albumozy i peptony jako produkty rozszczepienia przy pepsynowem trawieniu nie mają większego znaczenia pod względem

ilości azotu, niż właściwe białka, zaś produkty trawienia trzustkowego (antypepton, leucyna i tyrozyna) nie mają własności oszczędzania organizmowi białka.

Tego rodzaju preparaty stosowano w przypadkach upośledzonego trawienia żołądkowego (brak kwasu solnego lub pepsyny). Autor nie przypisuje temu zbytnej wagi, zwłaszcza, że dowiedziono, iż przy zupełnym braku kwasu solnego w żołądku białko było dobrze przetwarzane. W każdym razie niestosowne jest wprowadzanie do prawidłowo funkcjonującego żołądka preparatów, które już przeszły stadyum peptonizacji, zwłaszcza że małe ich dawki pozostają bez znaczenia odżywczego, zaś większe drażnią błonę śluzową żołądka i kiszek.

Jeden gram peptonu lub albumozy może zamienić tylko 1 grm. białka, zaś więcej niż 10 grm. takiego preparatu jest nie do zniesienia. Dziś prawie już niema w sprzedaży preparatów czystego peptonu, jak np. peptonum siccum W i t t e. K ü h n e dowiódł, iż tego rodzaju preparaty nie mają żadnej wartości odżywczej, zaś w mniej czystych preparatach tak zależną jest od domieszki albumozy, to ostatnie stanowi o wartości preparatu. Pierwsze miejsce pod tym względem zajmuje *somatoza* (77,8% albumozy i 2,2% peptonu); N e u m a n n na samym sobie obserwował bardzo niedostateczną asymilizację somatozy, mianowicie 40—50% bez zmiany wychodziło z kałem; obok tego obserwował biegunkę i silne swędzenie w odbytnicy; ostatni objaw występuje często przy stosowaniu somatozy w lawatywie. To samo twierdzi K n o e p f e l m a c h e r.

Więcej przekonywajacem jest doświadczenie V o i t'a: pies, po przyjęciu 8,92 grm. azotu w postaci proszku mięsnego, wydzielił 1,0 grm. nieprzetrawionego, zaś przy tej samej ilości somatozy 2,61 azotu niezassymilowanego. Jako stomachicum lub laxans w niewielkich dawkach (10—15 grm.) zaleca somatozę V o i t ze względu na jej własności pobudzania ruchu robaczkowego kiszek, a także sekrecji błony śluzowej przewodu pokarmowego. Inne preparaty tej grupy jako to Denayers Pepton, Antweilers nutroza, i inne ze względu na też braki co i somatoza nie zasługują na rozpowszechnienie.

Co do 2-jej grupy t. j. ciał białkowych skoncentrowanych, proszek mięsny ze względu na przykry zapach powoli wyszedł z użycia. F i n k l e r zdołał usunąć przykry odór tych preparatów przez usunięcie drobnych cząsteczek tłuszczu, to dało pohop do nowego preparatu t. zw. Troponu (mieszanka różnorodnych ciał białkowych).

L a w e s dowiódł, iż 28% azotu wychodzi z kałem; M ü l l e r wyliczył, iż 82,7% azotu doskonale się asymiluje—potwierdził w ten sposób i dopełnił badanie poprzednika. Przy karmieniu mięsem 7% azotu wychodzi z kałem, a więc czwarta część tego, co notujemy w troponie. W każdym razie, tropon ma duże znaczenie jako preparat odżywczy.

Podobny do troponu jest *sozon*. Obadwa jednak mają tę wspólną wadę, iż w płynach się nie rozpuszczają i powodują przykre uczucie piasku w ustach. Dalej pewne znaczenie autor przypisuje preparatom kazeinowym jako to: nutroza, sanoza, plasmon, sanatogen (po-

łączenie kazeiny z kwasem glicerynofosforowym. Podług Neumanna, nutroza doskonale się wchłania, a i w smaku nie do życzenia nie pozostawia, to samo da się powiedzieć co do *eukazyiny*. Dawka dzienna tak jednego jak i drugiego preparatu może dochodzić do 50 grm. W nowszych czasach ukazał się w sprzedaży pokrewny poprzednim *plasmon*, co do którego Poda i Prausnitz dowiedli, iż może zastąpić mięso. Z doświadczeń Müllera widać, iż 92,3% plasmonu doskonale się wchłania. Wszystkie te preparaty dają się zapiekać w chlebie, tak iż podnoszą wartość białkową tegoż o 30%; sanoza (80—88% białka i 14—20% albumozy) może być używana w dużych (do 50 grm.) dawkach. Nakoniec, co do *sanatogenu*, to badania dały dodatnie rezultaty.

Wspomina jeszcze autor o *ferzanie*; preparat ten posiada dwa zadania: odżywcze i krwiotwórcze; pierwsze zostało sprawdzone i potwierdzone przez Kornantha i v. Czadeka. Co do preparatów wprowadzanych przez odbytnicę, to, jak dotąd, zdobycze są niewielkie, gdyż albumozy zbyt drażnią błonę śluzową, zaś preparaty kazeinowe źle się wchłaniają.

Z surrogatów węglowodanowych autor wylicza *Aleuronat*, *Roborat* i *Ergon*. Wogóle, wszystkie sztuczne preparaty obok często wątpliwej wartości pożywnej, mają jeszcze tę wielką wadę, że są bardzo drogie, a wskutek tego nie dla wszystkich dostępne.

Maryan Stawiński.

II. Choroby dzieci.

432. Rahner. Przyczynek do epidemiologii i etyologii koklusu. (Arch. f. Hyg. 40 Bd. I H. 1901).

Na podstawie 30 odnośnych przypadków, obserwowanych i badanych w instytucie higienicznym w Fryburgu, autor dochodzi do wyników następujących:

Koklusz jest niezawodnie cierpieniem zakaźnym, które zawleczone przez chorego osobnika, wystąpić może nagminnie w danem miejscu. Co się tyczy drobnoustrojów specyficznych, wywołujących koklusz, to niema pod tym względem zgody między badaczami. Przytoczywszy historią dotychczasowych licznych bardzo poszukiwań, autor komunikuje rezultat badań osobistych; w znacznej większości znajdował on laseczniki bardzo podobne do t. zw. pseudodyfterytycznych, pseudodyfterytyczne typowe oraz diplokoki rozmaitych gatunków; niektóre postaci tych drobnoustrojów Rahner otrzymywał nawet w czystych hodowlach. Porównyując pokrewieństwo znalezionych przez siebie grzybków do zarazków wykrywanych przez poprzedników swoich, autor dowodzi, że wbrew twierdzeniu pewnych badaczy nie odnaleziono jeszcze sprawcy koklusu, a przyczynę bezowocności usiłowania dotychczasowych w tym kierunku, widzi autor w tem, iż płowina mimo najstaranniejszego jej obmywania zawiera zawsze obfita domieszkę bakteryj, pochodzących z jamy ust, nosa i gardzieli.

Między częstotścią zapadania na koklusz, a porami roku nie udaje się wykryć żadnego związku; natomiast gwałtowne zmiany pod względem ciepłoty i wilgotności powietrza, które mogą występować w każdej porze roku, zwłaszcza jednak zimą, zdają się wpływać na długotrwałość choroby, oraz na śmiertelność. Płęć i konstytucja dzieci nie gra żadnej roli w częstotści zapadania na koklusz, natomiast wiek ważne ma znaczenie dla rokowania: śmiertelność wśród dzieci poniżej roku tak się ma do śmiertelności dzieci, więcej nad rok liczących, jak 2 : 1 lub 3 : 1, a śmiało można powiedzieć, że 1,5—2,5% wszystkich przypadków, kończących się śmiercią, przypada właśnie na dzieci poniżej roku. Zresztą, w każdym wieku dziecka może się przytrafić choroba o ciężkim bardzo przebiegu i niepomyślnym zejściu.

A. Lande.

III. Choroby nerwowe.

433. Rothmann. O czynnościowym znaczeniu dróg piramidalnych. (Berl. Klin. Woch. № 21, 1901).

Dotychczas większość klinicystów uważa za fakt prawie niezbity, iż tory piramidalne stanowią między korą mózgu i rdzeniem jedyny łącznik ruchowy, po którym biegą impulsy woli. Tymczasem, mnoży się coraz więcej danych w zakresie fizjologii porównawczej, które pogląd ten prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości zmodyfikują. Już dawne doświadczenia Munka nad psami i małpami wykazały, że wyłuszczenie odcinka kory mózgowej, gdzie biorą początek tory piramidalne, sprowadza tylko przelotne porażenie, bo gdy zwierzę po tym zabiegu operacyjnym przyjdzie do siebie, jest ono w stanie wykonywać nawet bardzo złożone ruchy (biegać, wdrapywać się, chwycać etc.) i tylko w zakresie pojedynczych ruchów istnieją pewne braki. Browne-Séguard następnie dowiódł na królikach, że jednostronne przecięcie mlecza przedłużonego nie tylko nie sprowadza porażenia, ale u zoperowanego w sposób powyższy zwierzęcia udaje się przez podrażnienie prądem elektrycznym kory wywołać ruchy w odpowiedniej kończynie. Autor, wreszcie, dowiódł, że po całkowitem jednostronnem albo nawet obustronnem zniszczeniu torów piramidalnych, psy swobodnie biegały, wykazując tylko pewne osłabienie siły mięśniowej i lekka nieborność ruchów, która, zresztą, po pewnym czasie zupełnie znikła. Powyższe oraz analogiczne badania dowodzą, że u zwierząt prócz torów piramidalnych istnieć muszą inne jeszcze drogi, łączące korę mózgową z rdzeniem. Pomiędzy temi drogami przedewszystkiem wymienić należy poraz pierwszy przez Monakowa opisany pęczek, który, biorąc początek w t. zw. jądrze czerwonym (nucleus ruber), w okolicy przednich wzgórków czworaczych, ulega skrzyżowaniu, przebiega następnie w bocznych częściach mostu i rdzenia przedłużonego i układa się wreszcie w tylnej części bocznych słupów wraz z włóknami torów piramidalnych; ponieważ jądro czerwone posiada liczne połączenia z wzgórkami wzrokowymi (thala-

mus opticus), a te ostatnie znów z korą, wynika stąd niezawodnie, że prócz piramid istnieje jeszcze jedno połączenie, z 3 neuronów się składające, między korą i rdzeniem. Jeżeli teraz oba tory (piramidy i pęczek Monakowa) ulegną zniszczeniu, to występują już zaburzenia poważne (między innymi drażnienie prądem kory nie wywołuje ruchów w kończynie) z jednoczesnym skurczem rozginaczy kończyn.

Autor po przecięciu piramid u małpy, która żyła po tej operacji $4\frac{1}{2}$ tyg., zauważył z początku zupełną utratę ruchów odosobnionych i pewną niezborność ruchów skojarzonych, po pewnym czasie jednak braki te, zwłaszcza dotyczące ruchów skojarzonych, wyrównane zostały.

Co widzimy u człowieka? Badania Manna dowiodły, że w typowej hemiplegii (po zniszczeniu dróg ruchowych w torbce wewnętrznej) trwale porażone zostają tylko pewne grupy mięśniowe, podczas gdy inne względnie odzyskują swą władzę, powodując kontraktury, więc niektóre tylko czynnościowo sprzężone ze sobą mechanizmy mięśniowe stoją w zależności od półkul mózgowych, innymi zawiadują prawdopodobnie ośrodki niżej położone. Następnie, zwłaszcza u osobników młodych, ruchy szczególnie kończyn dolnych powracać mogą prawie do normy, jakkolwiek badanie drobnowidzowe wykazuje całkowite zwyrodnienie pęczków piramidalnych. Więc i u człowieka niezawodnie istnieją po za piramidami inne jeszcze szlaki ruchowe. Badania embryologiczne dowiodły, że pomiędzy torami piramidalnymi istnieje kompleks włókien, które się wcześniej okrywają myeliną, dalej przy degeneracji zstępującej piramid zostają pewne włókna zachowane w całości — wszystko to dowodzi prawdziwości tego mniemania, że i u człowieka w najbliższej przyszłości odkryjemy pęczek, analogiczny do pęczka Monakowa. Nie ulega kwestyi, że czem wyżej posuwamy się w kierunku ustrojów, tem ważniejszą rolę odgrywa mózg i drogi piramidalne, których np. ptaki jeszcze wcale nie posiadają, ale nie dowodzi to bezwzględnej konieczności, aby u człowieka po za nimi nie było już żadnego innego połączenia między mózgiem i rdzeniem.

A. Lande.

434. Balint. **O dyetycznym leczeniu padaczki.** (Berl. Klin. Woch. № 23, 1901).

Przed dwoma laty Toulouse i Riehet zauważyli, że organizm, pozbawiony dowozu chloru, lepiej oddziaływa na bromi rzeczywiście, stosując odpowiednią dyetę, z bardzo dobrym wynikiem przeprowadzili leczenie u 20 kobiet z zastarzałą padaczką.

Autor na klinice prof. Koranyi i Shaffera próbował tej samej metody u 28 chorych; 9 przypadków dotyczyło padaczki świeżo wybuchłej, 19 zaś — choroby zastarzałej. Po kilku nieudanych próbach z czystym mlekiem, które nazbyt prędko obrzydło pacjentom, wywołując nadto dotkliwe zaparcie, autor żywił swoich pacjentów w sposób następujący: 1— $1\frac{1}{2}$ litra mleka, 40—50 gramów masła, 3 jaja (nie solone), 300—400 grm. chleba i owoców; przyczem do wy-

pieku chleba zamiast soli kuchennej, użyto soli bromowej; chory więc otrzymywał dziennie 2300—2400 kaloryi t. j. tyle, ile ich zawiera w zwykłych warunkach strawa codzienna. We wspomnianem jadłe pacjent spożywał tylko koło 2 grm. soli kuchennej, a dostawał prócz tego 2—3 grm. bromu na dzień w proszkach.

Pod wpływem takiej diety z początku (2—3 pierwsze dni) ilość napadów się zwiększała, ale począwszy od 5—7 dnia dobroczynny jej skutek stał się widocznym.

Z 9 świeżych przypadków w 7 napady zupełnie ustąpiły prawie nagle, z 19—starych w 15; a więc uleczeń było 80%. W 20% zauważono znaczną poprawę, bo częstość napadów znakomicie zmalała, a zamiast silnych toniczno-klonicznych drgawek dawało się nieraz zauważyć tylko drżenie na całym ciele. Ogólny stan przytem znaczej uległ poprawie: łaknienie się wzmagalo, waga przybywała, stan psychiczny wracał do normy. Kuracja trwała przecięciowo 35—40 dni. Objawów bromizmu ani razu nie dostrzeżono. Po przerwaniu diety stan się pogarszał, jakkolwiek zawsze był lepszy od pierwotnego. Prawdopodobnie rezultat byłby lepszy, gdyby kuracja trwała dłużej, bo w jednym przypadku, gdzie pacjent trzymany był na takiej diecie 3 miesiące, recydywy nie było dotychczas (miesiąc czasu). Leczenie należy prowadzić w zakładzie.

Wyniki pomyślnie otrzymywane przy stosowaniu wspomnianej metody nie zależą bynajmniej od tego, że pokarm jest mało drażniący, ale, jak twierdzą Toulonse i Richet, od tego, że chlor został z ustroju poniekąd wykluczony i zastąpiony przez brom, który działa sedatywnie na układ nerwowy. Jeżeli bowiem choremu zaczęto podawać dodatkowo sól kuchenną w proszku, natychmiast częstość napadów się wzmagala. Autor radzi próbować tej metody i w innych cierpieniach nerwowych.

A. Lande.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

435. Dr. K. Lewin używa gorących okładów, jako środka rozpoznawczego w ostrych zapaleniach pochodzenia drobnoustrojowego. Wyсіęki w takich zapaleniach, nie mające wolnego ujścia, odpowiadają na ciepło dwojako: w tych razach, kiedy zapalenie nie przechodzi jeszcze w ropienie, ból od ciepła znacznie się zmniejsza, albo zupełnie przechodzi; w innych razach, kiedy już nastąpiło ropienie, ból pod wpływem ciepła znacznie się zwiększa. Naprzykład, jeśli w gośócowym wysięku w kolanie obłożyć to ostatnie gorącym okładem, można niem ruszać bez najmniejszego bólu, jeśli tylko w stawie niema ropy, i naodwrot, ból znacznie się zwiększa, jeśli nastąpiło już ropienie. Dzięki takiej własności ciepła, Lewin w jednym przypadku zdołał rozpoznać ropne zapalenie stawu kolanowego zaraz w pierwszym dniu, pomimo że próbne przekłucie dało rezultat ujemny. Za najpożyteczniejsze Lewin uważa gorące okłady dla rozpoznawania istoty zapalenia w perityphlitis. Podług niego w tych przypadkach, dzięki okła-

dom, można rozpoznać obecność ropy już w pierwszym dniu choroby, na dowód czego przytacza 10 przypadków, gdzie ani razu sposób ten go nie zawiódł. Stosowanie okładów gorących dobre jest i przy rozpoznawaniu istoty para-i perimetrit'ów. (Blätter für klinische Hydrotherapie, Paźd. i Listop. 1900 r.).

L. N.

436. Dr. Koeseler studyował **przewlekłe zatrucie siarkowęgla-nem**. Najczęściej zatruciu temu podlegają robotnicy w fabrykach wulkanizacji gutaperki. Powietrze fabryk, zawierające 0,0025—0,003 grm. CS₂ na litr, należy uważać za szkodliwe, a 0,007—0,01 grm. na litr—za niebezpieczne dla życia. Przebieg ostrego zatrucia CS₂ podobny jest do zatrucia narkotykami: śmierć następuje wskutek paraliżu ośrodka oddechowego.

Przewlekłe zatrucia CS₂ autor dzieli na dwa stopnie: pierwszy—okres podniecenia, drugi—paraliżu. Występuje przytem znieczulenie, zależne częściowo od bezpośredniego wpływu CS₂ na nerwy czuciowe skóry, częściowo od działania na centralny układ nerwowy; prawie zawsze przytem bywa silne osłabienie mięśniowe. Czasami choroba rozwija się podobnie jak wiał rdzenia kręgowego, lecz różni się od niego znacznem osłabieniem mięśni i drgawkami. Wzrok osłabia się wskutek tworzenia się skotomatu środkowego; inne zmysły podlegają porażeniu rzadko. Zaburzenia płciowe polegają na zmniejszeniu się pociągu płciowego aż do zupełnego osłabienia płciowego. Co się tyczy dróg pokarmowych, dają się zauważyć przewlekłe nieżyty żołądka i kiszek. Czasami bywa zapalenie nerek i zaburzenia pęcherza moczowego. Wskutek podrażnienia błon śluzowych często rozwijają się nieżyty jamy gardzielowej i oskrzeli. Zmiany anatomo-patologiczne podobne są do zmian przy uduszeniu: przepełnienie prawej jamy sercowej i naczyń jamy brzusznej krwią, rozedma, wybroczyny krwawe i zawały krwotoczne w płucach. W mózgu i rdzeniu kręgowym znajdujemy przekrwienie, obrzęk, włoskowate wybroczyny krwawe i ogniskowe rozmięczenia. Drobnowidz wykazuje zwyrodnienie tłuszczowe narządów wewnętrznych:—wątroby i nerek. Rokowanie w zatruciu CS₂ wogóle pomyślne, lecz nieraz pozostają na zawsze zaburzenia nerwowe i psychiczne. Leczenie powinno polegać na usunięciu chorego z pod wpływu niezdrowego powietrza, a następnie na pobudzaniu przemiany materii i gazów (wanny, świeże powietrze). Najważniejszą jednak rolę grają środki zapobiegawcze. (Vierteljahr-schrift für die gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, t. XX).

L. N.

437. Goldflam uważa **lekkie a szybkie uderzenia łokciową strona zaciśniętej pięści okolicy lędźwiowej**, jako doskonały sposób rozpoznawczy, która nerka jest chora. U chorego ze zdrowymi nerkami takie uderzenia nie wywołują żadnego bólu, a w chorych nerkach ból jest bardziej wyraźny, co szczególnie jest widoczne, jeśli cierpienie jest jednostronne.

Autor zauważył bolesność okolicy lędźwiowej w kamicy nerkowej, piasku moczowym, zapaleniu miedniczek nerkowych, gruźlicy, ropniu i guzach nerek. Natomiast w zapaleniu nerek bolesności autor nie zauważył. Bolesność bywa również i w para—

i perinephritis a także w lumbago, ale tutaj rozpoznanie różniczkowe nie jest trudne. Cierpienia okolicznych narządów nie wywołują bolesności okolicy lędźwiowej. (Berl. Klin. Woch. № 2, 1901).

E. K.

438. Siemerling ogłasza przypadek **postępowego wiądoparaliżu** (Tabesparalyse), w którym spostrzegano wyraźny *état criblé*. Czas trwania choroby: 8—9 lat. Sekeya w 22 godziny po śmierci. Arterioskleroza aorty. Katar pęcherzykowy (Follicularkatarrh) kiszki grubej. Po utrwaleniu mózgu w płynie Müllera i formolu i zrobieniu cięć podłużnych przez całą półkulę, okazało się mnóstwo torbieli, przeważnie w przedniej części, okrągło-owalnego kształtu, nierównomiernie rozrzuconych i nierównomierniej wielkości (od drobnowidzowych do 2 cm.), napełnionych przezroczystym płynem. W niektórych torbielach znaleziono silnie rozszerzone naczynia, w innych resztki ścian naczyń i mnóstwo drobnoustrojów. Przepuszczalnie znajdowały się one i za życia, a po śmierci rozmnożyły się, wytwarzały guzy i w ten sposób niszczyły tkankę nerwową. Podobne przypadki opisywali Hartmann i Pierre Marie. (Deutsche. mediz. Woch. 19, 1901).

M. B.

439. Dr. H. Haenel, stosując się do wskazówek H. Head'a, zwrócił uwagę na **zaburzenia drażliwości skóry w chorobach wewnętrznych**, głównie zaś w chorobach żołądka i zbadał w tym kierunku 42 przypadki różnych chorób żołądka (głównie u kobiet). Rezultaty otrzymał w ogólności zgodne z Hea d'e m. Rzeczywiście, w chorobach narządów wewnętrznych zdarzają się zaburzenia czucia skóry w postaci ściśle ograniczonych, zogniskowanych nadczułości (hyperalgesia), które w tych przypadkach należy uważać za odruchowe. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1).

L. N.

440. Dr. Alfred Martinet zauważył, że cały szereg **uciążliwych zjawisk**, spotykanych w przewlekłych chorobach żołądka, jako to: uczucie ciężaru i ciśnienia w dołku, odbijanie się, przyplwy do głowy, senność i t. p., **zależy od nieuaturalnie długiego zatrzymania miazgi pokarmowej w żołądku**. Wszystkie te zjawiska znacznie zmniejszają się albo nawet zupełnie ustępują, jeśli chory po upływie 15—30 minut po jedzeniu—wogóle w tym czasie, kiedy zaczyna się nieprzyjemne uczucie w żołądku, kładzie się na chaise longue na prawy bok z lekko podniesioną głową i w tej pozie wypija oddzielnymi łykami filiżankę ciepłego naciągu kwiatu lipowego lub rumianku. Pomyślnie działanie takiego zabiegu Martinet tłumaczy tem, że przy leżeniu na prawym boku odźwiernik znajduje się niżej, niż przy stojącym lub siedzącym położeniu, i wskutek tego miazga pokarmowa łatwiej przechodzi z żołądka do kiszek. (La Presse médicale, 2 st.).

L. N.

V. XI Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie

(Sprawozdanie specjalne).

№ 441—447.

W niedzielę dnia 14 Lipca zebrali się uczestnicy zjazdu w restauracji pod Różą dla wspólnego zapoznania się. Następnego dnia rano o g. 8 15 Lipca zwiedzali klinikę chirurgiczną prof. K a d e r a. W przeciągu dość krótkiego czasu działalności swojej potrafił on nie tylko wprowadzić wiele ulepszeń i zmian w urządzeniu wewnętrznym kliniki, zaopatrując ją, jak to już w przeszłym roku widzieliśmy w najnowsze urządzenia, konieczne dla całkowitej aseptyki, ale, co trudniejsza, zdobyć potrafił od rządu pozwolenie na zbudowanie nowego pawilonu, w którym mieści się pracownia bakteryologiczna, chemiczna, Roentgenowska, sale dla gimnastyki leczniczej, gabinety ortopedyczne, sala operacyjna dla doświadczeń nad zwierzętami, bardzo dobre pomieszczenia dla tych zwierząt.

O 9-ej rano prof. R y d y g i e r, jako prezes Zjazdu, pięknem i ciepłem przemówieniem otworzył Zjazd. Zaznaczył przedewszystkiem, że Zjazdy dzisiaj obchodzą święto nowej dekady, a ad hoc napisana praca D-ra H e r m a n a wykazuje, że Zjazdy te dały obfity plon dla lekarskiej literatury polskiej.

Z radością widzę, mówi, tak licznie zebranych lekarzy z prowincyi, mojem zdaniem chirurgia winna się decentralizować, lekarze szpitali prowincjonalnych mogą, a nieraz wprost powinni umieć operować dla dobra chorego. Operować można nie tylko w pałacu chirurgicznym, dobre wyniki otrzymać można i w małym szpitaliku. Udział tak wielki, 60 lekarzy, daje rękojme wielkiego zainteresowania się chirurgią, a liczne prace są dowodem, że i panowie prymaryusze prowincjonalnych szpitali operują i dla chirurgii naukowy plon niosą. W dalszym ciągu proponuje, by zjazdy i nadal odbywały się corocznie, co zostaje uchwalone. Sprawozdania winny być drukowane corocznie z każdego Zjazdu, prace znaleźć można w pismach lekarskich, dyskusya jednak bez tych sprawozdań ginie, a przecież posiada ona doniosłe znaczenie. Wskutek tego proponuje, by dyskutujący notowali swoje uwagi na osobnych arkuszach, prace w sprawozdaniach podawane były by in extenso. Prof. K a d e r proponuje, by sprawozdania te drukować w Przeglądzie chirurgicznym, nie tworzyć zaś nowego organu. Postanowiono wejść w umowę z Dr. K r a j e w s k i m, co do tego, w razie zaś niemożliwości porozumienia się, wydawać swoim kosztem sprawozdania. Między innymi prof. R y d y g i e r zaznacza, że niemożna nikogo krępować, by prace swoje, odczytane na Zjeździe drukował w *Przeglądzie Chirurgicznym*, a K r a j e w s k i może niezachcieć ponownie drukować tych prac w sprawozdaniach. W końcu prof. K a d e r proponuje na wiceprezesów prof. K a d e r a, W e h r ' a, z Warszawy kol. O d e r f e l d a, z Białej D-ra B o g d a n i k a, z Kielc kol. C z a p l i c k i e g o i prymaryusza kol. K o z ł o w -

skiego. Sekretarzem stałym pozostaje Bossowski, skarbnikiem Trzebicki.

Prace postanowiono podzielić w ten sposób, by na początku sły odczyty, dotyczące chirurgii ogólnej.

Pierwszy odczyt miał kol. Kucera, czech ze Lwowa: *dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka* (z demonstracjami). Mówca przytacza historię literatury o pochodzeniu raka, w historycznym porządku podaje wszystkie teorie, jakie rozmaici autorzy podawali co do przyczyn powstania raka (Tiersch'a, Conheim'a, Virchow'a), w końcu ostatnią pasorzytniczą. Krytycznie rozbiegając wszystkie teorie, mówca streszcza swój pogląd na sprawę w ten sposób: „Rak jest to objaw pewnego zwyrodnienia, ewentualnie pewnych zmian w nabłonku, objaw pewnej wewnętrznej przemiany w charakterze komórek nabłonkowych, zdradzającej się nieograniczonym rozrostem miejscowym i czasowym, i spowodowanej wśród pewnych warunków usposabiających czynnikiem szkodliwym. Zmiana ta wewnętrzna jest pierwotnym dziełem owego szkodliwego agens, a nie jest zjawiskiem następczym, idącym za zmianami tkanki łącznej (Ribbert). Jako moment usposabiający, można przyjąć naruszoną równowagę, między tkankami naprzykład statrość (Thiersch), dalej działanie urazów i odziedziczone osłabienie tkanek. Ostateczny czynnik szkodliwy nie jest jeden, lecz może być różnorodny. Dla pewnej grupy raków (kankroidów) najprawdopodobniej jest nim uraz, dla innej mógłby nim być pasorzyt, lecz go dotąd nie znamy, a nawet dowodów pasorzyta niema.

Po Kucerze przemawiał kol. Ruff: *O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych*. Podał statystykę odnośną, na zasadzie której dochodzi do wniosku, że uraz, w tym lub innym słowa znaczeniu (np. kamyki żółciowe etc.) odgrywa bardzo ważną rolę.

W dyskusji prof. Browicz krytykował pogląd Kucery na to, iżby rak powstawał wskutek degeneracji komórek. Kucera broni się, że użył złego wyrażenia, bo nie myślał o degeneracji, lecz o pewnych zmianach, użył tego wyrażenia, bo jeszcze niezbyt dobrze włada polskim językiem. Wehr zaznacza, że on rzeczywiście, jak to zaznaczył Kucera, pierwszym był, któremu udało się przeszczepić raka, dalekim jest mimo to od myśli, by to miało być dowodem pasorzytniczej teorii, chociaż przyszłość jest pełną zagadek i nie wiadomo, co nam jutro przyniesie.

Klecki (Kraków) zaznacza, że istnieje cały szereg nowych teorii o oddziaływaniu produktów żywych różnorodnych tkanek wzajem na siebie; również produkty tkanek jednorodnych mogą wywoływać najrozmaitsze zmiany, pobudzać tkanki do bujania, lub tamować ich rozwój, teorie te podaje dzisiaj chemia biologiczna. Nieraz większa ilość produktów wstrzymuje rozwój, bardzo mało pobudza do bujania. Czy nie należało by w tym kierunku szukać przyczyn?

Bogdanik zaznacza, że uraz ma, niewątpliwie, wielkie znaczenie, może to stwierdzić na zasadzie własnego doświadczenia, czy uraz mechanicznie działa, czy też daje grunt podatny dla pasorzyta,

czy też po urazie zmieniają się własności produktów tkanek i wskutek tego bujają tkanki i t. d., trudno coś powiedzieć, w każdym razie, praktycznie rzecz biorąc, należy wobec sądowych orzeczeń stalemu urazowi przyznać w etyologii poważne miejsce. Mowa tu o powtarzającym się urazie (rak kominiarzy etc.) W dalszym ciągu dyskusji Wehr przytacza niepocieszające dane statystyczne, (80% śmiertelności ewent. recydyw) i zastanawia się nad tem, że leczenie raka na drodze operacyjnej jest niedostateczne, przewiduje możliwość jakiejś surowicy w przyszłości.

Kader energicznie oponuje, zaznacza, że dzisiaj nie znamy danego środka, że sam jest mocno przekonany o skuteczności noża i że gdyby na chwilę chociaż wątpił o tem, nie operował by, zresztą statystyka nie jest tak złą, jak pokazują chociażby dane statystyczne kol. Rossnera (50%), drugą bardzo ważną rzeczą jest ulga, jaką niesiemy choremu, publiczność winna wcześniej zgłaszać się do operacji.

Wehr zaznacza, że zdanie o tem, że coraz rzadziej bierze go ochota operować raki, wypowiedział dla lekarzy, wobec publiczności tego zdania nie wygłasza.

Rydygier oponuje przeciwko podwójnej etyce. Operujemy, bo wierzymy w skuteczność tej metody leczenia, gdybyśmy nie wierzyli, pacjentom nie zalecalibyśmy jej.

Trzecim z kolei mówcą był Bogdanik (Biała): *O zachowawczem operowaniu włókniaków macicy* (z przedstawieniem preparatów).

Przedstawia trzy przypadki operowane przez siebie:

1) Włókniak podsurowicy macicy.

Laparotomia, wyluszczenie włókniaka z podotrzewny, szew.

2) Miąższowy, operowany takąż drogą.

3) Pod błoną śluzową, również tylko wyluszczonej, macica zachowana.

Z kolei przemawiał Aleksander Zawadzki (Warszawa): *Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka*. Autor przedstawił wyczerpująco dawne i tegoczesne poglądy na tę sprawę, rozpatrując krytycznie dane statystyczne i wywody zwolenników konserwatywnego leczenia; na zasadzie ostatnich prac, dochodzi do wniosku, że dzisiaj każda rana postrzałowa drażąca brzucha wymaga natychmiastowej operacji, gdyż w tych warunkach mamy szanse małej śmiertelności (15%).

W końcu mówca przytacza przypadek operowany przez siebie wspólnie z kol. Solmanem.

Uczeń, lat 14, otrzymał postrzał w lewą górną okolice brzucha, w 2 godz. potem był operowany, znaleziono ranę wejściową na przedniej ścianie żołądka, kula z żołądka nie wyszła, gdyż przebiła również w przedniej ścianie żołądka w pobliżu wielkiej krzywizny tylko błonę śluzową i mięsną, otrzewna była nienaruszona. Przebieg zdrowienia dobry, pacjent wyzdrowiał, na przedstawionej fotografii Roentgena kula znajduje się w okolicy małej miednicy, po nad nią nieco—zapewne w świetle którejkolwiek pę-

tlicy kiszek. Fotografia robiona w 3 tygodnie po postrzale, następna robiona w 3 tygodnie później, wskazuje kulę w innym miejscu. Dalej autor podaje opis jeszcze dwóch przypadków, jeden rany klutej wątroby i żołądka, operację wykonał Borzymowski—pacyent wyzdrowiał; drugi—pęknięcie połowy żołądka, pod wpływem urazu przy pęknięciu wielkiego żelaznego syfona od wody sodowej. Przypadek o tyle ciekawy, że skóra powłok brzusznych była nienaruszoną.

W końcu autor podaje sposób doraźnego postępowania w ranach drażących brzucha, używany w Pogotowiu Warszawskim.

Po dwugodzinnej przerwie zabrał głos prof. Ziembicki ze Lwowa w sprawie stosowania wstrzyknięć Bier'a-Tuffier.

Po całym szeregu zestawień statystyki tego sposobu i po przedstawieniu niebezpieczeństwa, na jakie narażony być może zawsze chirurg, stosujący chloroform, autor dochodzi do wniosku, że sposób ten zasługuje na zupełne uznanie, ostrzega jednak, by stosować go oględnie.

Autor stosował z początku kokainę, potem jednak, zgodnie z poglądem Schwarza, zaczął wstrzykiwać tropokokainę $\frac{1}{\%}$ w ilości 0,08 grm. Po tropokokainie niema ani uporczywych bólów głowy, ani wymiotów; wspaniała analgezja otrzymuje się przy operacjach na rectum. Analgezja sięgała do obojczyka.

W końcu prof. Ziembicki podaje swoje przypadki: operował w ten sposób 62 razy, w 2 przypadkach nie mógł trafić do kanału, w 14 użył kokainy, w 46 tropokokainy, w 12 przypadkach musiał użyć chloroformu, w 50 znieczulenie było wystarczające. W 14 przypadkach nie miał żadnych zaburzeń, w innych mniejsze lub większe sensacje. W jednym przypadku wyluszczenia rozległego mięsaka jądra 14-go dnia miał śmierć; sekcyja wykazała generalizację mięsaka, mlecz normalny.

W tej samej sprawie przemawiał prof. Kader.

Przedewszystkiem zaznacza, że pracę tę podjął na propozycję prof. Rydygiera, że mówić będzie o narkozie tylko chloroformowej i sposobie Bier'a, gdyż inne działy narkozy objęli inni referenci. Obszernie przedstawił autor historję rozwoju narkozy chloroformowej i badania rozmaitych autorów nad szkodliwością tej narkozy dla organizmu, wpływ na nerki, wątrobę, w końcu na serce (bad. Wölflera, Kasta).

Potem przeszedł do sposobów podawania narkozy chloroformowej, używanych przez innych i przez siebie, w końcu dodał słów parę o sposobach ratowania. Statystyka śmiertelności nie jest poręczającą, chwycił się przeto autor metody Bier'a-Tuffier i dzisiaj tylko operacje na szyi i na twarzy wykonywa pod chloroformem, zresztą operuje sposobem Bier'a.

Autor używa $\frac{1}{\%}$ roztworu tropokokainy, przed operacją wprost roztwór ten przegotowuje. Po wkluciu długiej stalowej igły, wypuszcza około 130 kropel (liquoris cerebro-spinalis), poczem zwolna wstrzykuje od 8—10 cen. sz. tropokokainy. Chorego natychmiast kła-

dzie w położeniu Trendelenburg'a z głową nieco podniesioną. Po 10 minutach—zupełna analgezya do obojczyków.

Z początku autor stosował kokainę—miał przy niej bóle głowy i wymioty, czasem coś w rodzaju chwilowego omdlenia. Drugiego dnia zwykle podniesiona ciepota nawet do 40°. Potem zaczął stosować eukainę w ilości do 0,07 grm., eukaina jednak łatwo ulega rozkładowi, daje również bóle głowy. W razie osłabienia serca autor wstrzykiwał olejek kamforowy. Dla serca wogóle przedstawia niebezpieczeństwo 2-gi kwadrans po wstrzyknięciu, trwa to 15 minut, potem wszystko przechodzi. Zdarza się takie osłabienie niezbyt często. Po tropokokainie autor zaburzenia widział rzadko. Tropokokainę używał autor w 75 przypadkach. Ciepota zawsze normalna, bóle głowy nieznaczne wystąpiły tylko w 2 przypadkach. Wykonano 20 laparotomij, 22 radykalne operacje przepuklin i t. d. Tropokokaina na serce nie działa zupełnie. W końcu autor podaje statystykę tych zabiegów, do tej pory zrobiono 2,353 iniekcji, śmierć zanotowano 12 razy, nie we wszystkich jednak przypadkach wskutek działania kokainy. Wrażenie, jakie robi chory podczas operacji przy tym sposobie, działa na chirurga uspokajająco, w porównaniu z ciągłą obawą przy chloroformowaniu, wybór metody łatwy do odgadnięcia.

Po prof. Kaderze demonstrował przyrząd Wohlgemuth'a kol. Słęk ze Lwowa. Przyrząd to drogi (150 reńskich), ciężki, niewygodny, trzeba posyłać go po 10 narkozach do Berlina dla napelniania. Chory, chloroformowany w ten sposób, robi bardzo dobre wrażenie, śpi spokojnie, twarz różowa, nie wymiotuje.

Prof. Rydygier do kupna nie namawia.

Barącz (z Krakowa): *O narkozie chlorkiem etylu (kelenem)*. Autor stosował tę narkozę w 27 przypadkach operacji krótkotrwałych. Uspia się za pomocą maski Brayer'a. Nieprzyjemną stroną tej narkozy stanowią kurcze mięśniowe. Narkoza nie jest niebezpieczna—śmiertelność 1: 5,500.

Mieczkowski (Wrocław, klin. Mikulicza). *O znieczulaniu.*

W klin. Mikulicza do ubiegłego nowego roku stosowano tylko chloroform, parę przypadków śmierci skłoniło Mikulicza do używania eteru. Uspianie rozpoczyna się, lejąc czysty eter na zwykłą maskę Schimmelbusch'a w dość znacznej ilości; w chwili, kiedy chory przestaje liczyć, nakłada się maskę Wanger'a (nieco zmodyfikowaną—maska podobna do maski Junkera z dodatkiem rezerwoaru gumowego, do którego wlewa się eter, usta i nos prawie hermetycznie zamknięte maską, chory oddycha tylko eterem). Wyniki tej narkozy doskonałe, używać eteru w sprawach płucnych nie można, w tych rzadach prof. Mikulicz operuje pod Schleichem, operacje na twarzy pod chloroformem. W końcu autor przytacza dane z kliniki co do sposobu Bier'a. Z początku używano kokainy sterylizowanej sposobem Tindala (frantionierte Ster.), potem kokainę rozpuszczano w spirytusie 50%, po 8 dniach kokaina wykryształizowuje się, spirytus się ulatnia. Taką kokainę rozpuszcza się w wyjalowionej wodzie — roztwór 2% gotów do wstrzyknięcia — ilość $\frac{3}{4}$

szprycy 1 cm³. Mimo, że znieczulenie nie we wszystkich przypadkach było dostateczne, prof. Mikulicz sposobowi temu wróży wielką przyszłość. W końcu kol. Mieczkowski przytacza przypadek, w którym prof. Mikulicz, operując jednego z lekarzy, dyabetyka z arteriosklerozą, z powodu przykurczeń na dłoni (Dupuytren'a), nałożył opaskę Esmarcha na ramię, wstrzyknął w jedną rękę 8 szpryczek 1 cm.³ 1% roztworu kokainy, chory dawkę tę zniósł dobrze, opaskę zdjęto po 30 min., w 3 dni potem w ten sam sposób wstrzyknął w drugą rękę 10 szpryczek i w tym przypadku zaburzeń żadnych nie było. Prof. Mikulicz zgadza się z jednym z niemieckich autorów, który na ostatnim zjeździe w Berlinie objaśniał to niszczeniem trującego działania kokainy przez żywe soki organizmu. Autor ten robił odnośne doświadczenia na królikach.

W dyskusyi zabiera głos prof. Trzebicki, który w krótkości przedstawia swoich 200 przypadków, operowanych przy stosowaniu metody Bier'a. Prof. Trzebicki, chwalać ten sposób, powiada jednak, że „sam nie poddał by się temu zabiegowi“.

Pruszyński mówi o chloroformie, o jego trującym działaniu i dodaje, że należy przed użyciem zawsze go analizować na obecność HCl. Oburza się jednocześnie na podawanie chloroformu przy leczeniu ambulatoryjnym.

Lebkowski próbował narkozy za pomocą kelenu, nie jest jednak zadowolony, silne skurcze mięśni, sinica silna — zraziły go. Przedstawia nowy preparat nerwocydyne, środek ten doskonale znieczula, używa się go w postaci proszku. Wehr obstawia przy dalszem używaniu chloroformu, Bier'a-Tuffier, obawia się, chloroform w dobrych rękach jest środkiem dobrym. Kryński zgadza się z prof. Kaderem co do sposobu chloroformowania. Oddech dla niego jest najważniejszą wskazówką.

A. Zawadzki w krótkości streszcza sposób podawania chloroformu, jaki stosuje prof. Kosiński od dawna, sposób ten jest prawie identyczny ze sposobem, używanym przez prof. Kadera. Dziwi się, że nikt nie mówił o chloroformowaniu za pomocą maski Junker'a (Krone-Seseman'a), maska wprawdzie droga, ale chorzy śpią dobrze, rzadko wymiotują, zaburzenia następcze bardzo małe, nawet po długotrwałych narkozach. Zapytuje o przeciwwskazania dla sposobu Bier'a-Tuffier. Oderfeld, zaznacza, że Zawadzki uprzedził go, mówiąc o masce Junker'a; oddawna używa tej maski i jest bardzo zadowolony. Czapllicki używa wyłącznie maski Junker'a, również z dobrym wynikiem. Rydygier—obawia się sposobu Bier'a. Zwraca Kaderowi uwagę, że zapomniał o pracy Hempla, mówiąc o skutkach chloroformu dla nerek, wątroby i serca, niemieckie jednak prace przytacza np. Wölfler'a; Kader odpowiada, że pracę Hempla zna, w referacie jego praca ta jest uwzględniona, również jak i inne prace polskich autorów, nie mówił o niej dla braku czasu. Kol. Zawadzkiemu odpowiada, że przeciwwskazań dla sposobu Bier'a-Tuffier nie widzi w żadnym przypadku, chyba wobec idyosynkrazji. Na tem zakończono pierwszy dzień Zjazdu.

A. Zawadzki.

VI. Korespondencya z Wiednia.

Ostatnimi czasy izby lekarskie austriackie zajmowały się kwestyą kasy chorych majstrów i w tym celu nawet odbyło się 25 maja 1901 nadzwyczajne ich zgromadzenie. Po założeniu kas chorych majstrów lekarze austriaccy zobowiązali się słowem honoru na piśmie izbie lekarskiej danem nie przyjmować żadnych posad we wspomnianej kasie chorych, a izby lekarskie uchwały lekarza, przyjmującego jakąkolwiek posadę w tejsze kasie, uznać za niehonorowego i szkodzącego stanowi lekarskiemu i poddać go sądowi honorowemu. Namiestnictwo Czech zniosło powyższe rozporządzenie izby lekarskiej czeskiej, skutkiem czego izba lekarska czeska postanowiła apelować do wszystkich lekarzy, by w ten sposób sprawę całą wyświecić a zarazem zawezwać rząd do usunięcia podobnych nadużyć. W kwestyi tej nie wszystkie izby lekarskie były jednego zdania. Większość (11) była zdania, że należy natychmiast zwołać ogólny zjazd izb lekarskich i przeciw namiestnictwu czeskiemu zająć stanowisko obronne, mniejszość zaś chciała wyczekać rozsądzenia rekursu i dopiero wtedy zwołać zjazd ogólny. Za wnioskiem większości zwołano zjazd do Wiednia, na który przybyli przedstawiciele wszystkich izb austriackich i na wniosek prezesa izby lekarskiej czeskiej d-ra Petrinny postanowiono rezolucyę: 1) że kasy chorych majstrów stworzone są tylko na szkodę stanu lekarskiego, nie mają zaś zadania humanitarne; 2) że instytucyi takich, jak kasa chorych, nie powinien rząd tworzyć pierwej, zanim zasięgnie zdania izb lekarskich; 3) przeciw rozporządzeniu namiestnictwa czeskiego założono protest i uchwalono, iż w kwestyi honorowości i honorowego postępowania lekarzy, jedynie izba lekarska jest kompetentną; 4) kasy chorych szkoda wprost materyalnie stanowi lekarskiemu i podkopują jego powagę; 5) zażądano zmiany prawa dla kas chorych—że kasy chorych majstrów mogą wypłacić chorym członkom podczas słabości odpowiednie wsparcie pieniężne, nie powinny zaś dawać członkom bezpłatnego leczenia. Z rezolucyą tą udała się też zaraz wybrana deputacya, która prezydentowi ministrów przedłożyła powyższe życzenia, które rząd przyrzekł według możności wypełnić.

Drugą sprawą, która zajmowała ogólny zjazd izb lekarskich austriackich, była sprawa wynagrodzenia lekarzy za czynności sądowo-lekarskie. Dotychczasowe wynagrodzenie za czynności sądowo-lekarskie było niżej wszelkiej krytyki, tak że dziwić się tylko trzeba i podziwiać cierpliwość stanu lekarskiego, że tak długo czekał na sankcyonowanie nowej taryfy. Nowa jednak taryfa, która weszła w życie r. b., okazała się jeszcze nędzniejszą, niż taryfa stara—i w tej nowej ustawie dotyczącej wynagrodzenia lekarzy za czynności sądowo-lekarskie, wprawdzie podwyższono niektóre czynności na 10 i 20 koron, ale cóż kiedy owo podwyższenie zależne jest od sędziego, który, nie mając pojęcia o kwalifikacyi czynności lekarskiej, ma osądzić czy lekarz ma dostać wynagrodzenie jakoby za czynność pojedynczą lub

też skomplikowaną. Dalej podwyższone wynagrodzenie może być lekarzowi przyznane za zezwoleniem sądu wyższego.

Rzecz prosta, że każdy sędzia, wiedząc jak w górze dobrze jest widziana oszczędność, nie przyzna lekarzowi taksy podwyższonej, tembardziej, że zapytywać się musi w tym wypadku władzy wyższej. Dziwny także punkt, jedyny może tylko w ustawie austriackiej, znajdujemy w owej noweli: od wyroku władzy wyższej przysługuje lekarzowi prawo rekursu, do teje samej ale władzy wyższej, która ma rekurs rozsądzić i na siebie wyrok wydać. Rzecz prosta, że takie rekursu pozostaną tylko na papierze, albo raczej przez lekarzy nie będą mogły być podawane, boć rzeczą jasną, że raz wynik rekursu będzie dla lekarza niepomyślny, drugi raz narazi lekarza na płacenie stempla i t. d. Tak podwyższona taksa wywołała, rzecz prosta, u lekarzy rozgoryczenie, i na zebraniu izb lekarskich wzięto sprawę pod obrady i wystosowano prośbę do ministra sprawiedliwości o zniesienie nowej taksy, ułożenie nowej, odpowiadającej wymogom tegoczesnym i przyjętej przez izbę lekarską.

Za przykładem lekarzy krakowskich poszli lekarze szpitali wiedeńskich, żądając od ministra i namiestnictwa polepszenia ich bytu i podniesienia ich płac. Żądania te, naturalnie, spotkały nieprzychylnie usposobienie władz nadzorezych, tak że lekarze zmuszeni byli zapowiedzieć, że jeżeli życzenia ich nie zostaną wypełnione, usuną się od wykonywania służby, czyli zagrozili strejkami. To dopiero zmusiło władze, że przyrzeczono od przyszłego roku słusznym życzeniom sekundaryuszów zadość uczynić—co zaś do powiększenia liczby sekundaryuszów, to na razie z powodu niezbyt sprzyjających stosunków finansowych, władze dały odpowiedź wymijającą. Czy taka odpowiedź i przyrzeczenie zadowolni sekundaryuszów—nie wiemy, w każdym razie sprawa ta wyszła po za mury szpitalne i z każdej strony przyrzeczono lekarzom pomoc.

Sprawa szpitala głównego wiedeńskiego, o której kilkakrotnie w korespondencyach pisałem, doczekała się wreszcie po długich ankietach ostatecznego rozstrzygnięcia. Kliniki i instytucje naukowe pozostaną dalej w centrum miasta, na gruntach domu przytułków i domu waryatów, właściwe zaś oddziały szpitalne przeniesione będą za miasto na grunta szpitala Wilhelminy w Ottakringu. Rozwiązanie to jest nadzwyczaj korzystne, żalować tylko należy, dlaczego w nowym tym projekcie nie pomieszczono kliniki pediatrycznej, której brak daje się czuć dotkliwie, tem bardziej, że prócz nowo budującego się szpitala jubileuszowego dla dzieci, Wiedeń prawie nie posiada żadnego innego. Spodziewać się należy, że i ta sprawa załatwioną zostanie, jak niemniej sprawa budowy szpitali w 2 i 20 dzielnicach miasta, które to dzielnice szpitali żadnych nie posiadają, a odległość od w projekcie będącego szpitala jest znaczna i dla chorych z pewnemi trudnościami i niebezpieczeństwami połączona. W dalszym ciągu czeka władze rozwiązanie kwestyi pomieszczenia szpitali dla obłąkanych i zakładu dla podrzutek, które muszą być według wymagań nowoczesnych albo przebudowane, co zapewne więcej pieniędzy by kosztowało, lub też całkiem nowo postawione.

W. Jeź.

VII. O D C I N E K.

Dr. Józef Zawadzki.

ORGANIZACYA POGOTOWIA RATUNKOWEGO

w małych miastach.

(Rzecz czytana na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie).

Dokończenie.

Obecnie z kolei zająć się wypada kwestyą organizacyi personelu.

Zarząd Towarzystwa ratunkowego, powinien spoczywać w ręku komitetu, złożonego z kilku ludzi dobrej woli. Niezależnie jednak od Zarządu, jeden z lekarzy dyżurnych powinien pełnić funkcję zarządzającego stacyą, a, jeżeli praca kancelaryjna byłaby niewielką, współcześnie prowadzić i kancelaryę Towarzystwa.

W tym celu powinien mieszkać na stacyi, albo w pobliżu jej, i pełnić dyżury nocne (od 12-ej do 8-ej z rana).

Cała służba niższa powinna być pod jego bezpośrednim kierunkiem. Oprócz lekarza zarządzającego powinna być odpowiednia liczba lekarzy dyżurnych (od 2-eh do 4; w pierwszym wypadku dyżur trwałby po 8 godz. dziennie; w drugim—po 4 godz.). Liczba lekarzy, naturalnie, zależy musi od środków materyalnych Towarzystwa.

Sanitariusze bezwarunkowo cały czas pozostawać muszą na stacyi, powinni się rekrutować z pośród ludzi trzeźwych, pojętnych i silnych fizycznie, a za swą pracę, prócz całkowitego utrzymania, otrzymywać odpowiednie wynagrodzenie. Dyżur ich jest ciągły, mają zaś najmniej raz na tydzień pół dnia wolnego od pracy i zastępowani są wtedy przez sanitariusza zapasowego, który nadto zastępuje ich w razie choroby.

Woźnica powinien być jeden, a zastępować go może również sanitariusz zapasowy, który w tym celu odpowiednie musi posiadać kwalifikacye.

Powyżej już wspominałem, że przy urządzeniu stacyi ratunkowej, kierować się należy nie tylko ilością ludności, ale też i przestrzenią, na jakiej Towarzystwo udzielać ma pomocy.

Jeżeli przestrzeń jest mała, utrzymanie koni, a zatem i stan-gretów, oraz kupno karety są zbyt ciężkie, wystarczają zwykle nosze i lektyki, oraz wózek ręczny, na którym byłyby umieszczone potrzebne do ratownictwa kufry i torby. Tam zaś gdzie odległości są większe, utrzymywać należy najmniej dwie karetki, oraz 4 konie, co zwiększa koszt urządzenia i utrzymania stacyi.

Prócz odległości brać należy pod uwagę i cechy miasta, t. j.

czy miasto jest handlowe, przemysłowe, czy jest stacją kolei i t. d., niewątpliwie bowiem od tego zależy będą zarówno rodzaj, jak i liczba nieszczęśliwych wypadków.

Co się tyczy tych ostatnich, podzielić się dadzą na dwie grupy: 1-sza obejmuje *wypadki wspólne dla wszystkich miast i miasteczek*, 2) zaś *specjalnie zdarzające się w miejscowościach fabrycznych, rolniczych i t. d.*

Na zasadzie statystyk Warszawy, Lwowa i Krakowa, pierwszą kategorię (wspólną dla wszystkich miast), rozdzielić możemy na dwie wielkie grupy: 1) *uszkodzenia zadane umyślnie*, 2) oraz *uszkodzenia przypadkowe*. A więc do I-ej grupy zaliczyć wypadnie: samobójstwa, zabójstwa, uszkodzenia w bójkach powstałe i t. p. Naturalnie, im miasto jest większe, im więcej różnorodnych czynników ludność miasta posiada, tem liczba będzie większa.

Stąd np., choć ludność Częstochowy jest mniejsza od ludności Lublina, Częstochowa, jako miasto pełne fabryk, niewątpliwie, ma więcej wypadków tej kategorii, aniżeli Lublin.

Co się tyczy poszczególnych rodzajów zabójstw i samobójstw, statystyki wielkich miast uczą nas, że wybór środka zależy od upodobań miejscowości, od łatwości otrzymania środka, od narzędzi używanych w tym, lub innym kierunku przez robotników.

Jak widzimy, niepodobna z góry wszelkich rodzajów uszkodzeń przewidzieć, a co zatem idzie, należy być przygotowanym na wszystkie, stąd też nie mniejsza jest różnaitość i w drugiej grupie uszkodzeń — przypadkowych, a więc mamy zasłabnięcia nagle wszelkiego rodzaju, zatrucia, napady nerwowe, a z chirurgicznych najrozmaitszego rodzaju uszkodzenia ciała.

Jedne z tych uszkodzeń, jak naprzykład zmiążdżenia kończyn, są częstsze w miejscowościach posługujących się maszynami z transmisyami, w innych częściej zdarzają się rany rąbane, tam gdzie mamy do czynienia z maszynami krającami, w innych oparzenia i uszkodzenia, zależne od wybuchów łatwo palnych materiałów, jednym słowem różnaitość uszkodzeń jest wielka, zależna od wielu czynników, których część rozpatrzyliśmy powyżej. Zgóry jednak zastrzedz się muszę, że o ile pożądaną jest rzeczą przewidzieć przy organizacji zarówno ilość, jak i jakość wypadków w danej miejscowości, o tyle praktyka późniejsza zazwyczaj nie zgadza się z pierwotnymi przypuszczeniami, i dlatego pierwsze 2 lata istnienia stacji są zawsze żywą wskazówką, lepszą od teoretycznych wywodów.

Sz. Panowie! Powyżej w krótkości starałem się wam przedstawić szkic stacji ratunkowych, jest to jednak szkielec, który o tyle tylko ożywić się może, o ile będzie połączony z najpotrzebniejszą w tym razie rzeczą, zebraniem funduszy odpowiednich.

Muszę się przyznać, że pod tym względem jestem wielkim optymistą. Dla instytucji, której potrzebę społeczeństwo uznaje i rozumie, byle tylko znaleźli się umiejętni i chętni organizatorzy, zawsze fundusze się znajdują, dowód mamy na Warszawie, gdzie zaczynaliśmy działalność Pogotowia z 300 rb. w kieszeni, a dziś po latach 4-eh działalności, mamy inwentarz wartości przeszło 22,000 rb. i przez kasę Pogotowia przeszło z górą 130,000, i to tylko prawie wyłącznie dzięki ofiarności mieszkańców Warszawy.

Toż samo jest i w Łodzi, nie widzę racyi, dla czegoby Lublin, Częstochowa, Kielce, Radom i inne miasta Królestwa miały być gorsze pod tym względem.

Fundusz publiczny jednak jest świętością, która umiejętnie powinna być użyta. Umiejętność ta powinna być czerpana z doświadczenia innych i dokładnej znajomości warunków miejscowych.

Dlatego też niejednokrotnie zaznaczałem różnicę w urządzeniu stacyi w rozmaitych miejscowościach. Dlatego teraz, przechodząc do ułożenia budżetu, urządzenia i utrzymania rocznego stacyi ratunkowych podaję tylko szemat przybliżony, który może być drogowskazem przy układaniu budżetów dla miejscowości pojedynczych, ale dla każdej z nich odpowiednio zmieniony być musi:

I. *Budżet urządzenia stacyi.*

a) stajnia: 4 konie	800	
b) uprzęż i potrzeby stajenne	315	
c) wozownia:		
2 karety po 850 rb.	1700	
lektyka	43	
wózek ręczny	104	
6 noszy	200	
2 fotele	52	
inne	100	2199
d) sala opatrunkowa: urządzenie, stół operacyjny i narzędzia	600	
e) kufry wyjazdowe (2 komplety po 200 rb.)	400	
1 kufer posterunkowy	150	
f) urządzenie pokoju lekarzy i kancelaryi	400	
g) pokój dla służby i kuchnia	300	
h) umundurowanie służby	250	
i) pościel i bielizna	200	
		5,614

II. *Budżet utrzymania rocznego stacyi ratunkowej.*

a) lokal, obejmujący: pokój na skład kufrow, salę opatrunkową, pokój lekarzy dyżurnych, pokój dla służby, wozownię, stajnię, kuchnię, górę etc. zależnie od miejscowości	300—800 rub.
b) wydział ruchu: pensya lekarza zarządzającego stacyą	600
pensya 2—4 lekarzy po 500 rb.	2,000
„ 3 sanitaryuszy	400
„ 1 woźnicy	180
1 kucharki	180
życie 5 ludzi po 25 kop. dziennie	460
ubranie	120
utrzymanie koni	800
materyały opatrunkowe	500
konserwacya powozów	400
c) kancelarya: pensya intendenta	300
materyały piśmienne	150
	6,090

Jak widzimy z powyższego, w takich miastach jak Lublin i Częstochowa, utrzymanie stacyi ratunkowej osiągnąć się da 7,000 tysiącami rubli rocznie, a urządzenie pierwotne wyniesie od 5,000—6,000 rb., nie są to chyba tak przestraszające cyfry, aby miasta takie zdobyć się na nie nie mogły.

Taki sam koszt pociągnęło by za sobą urządzenie stacyi ratunkowych w miastach III-ciej kategorii, za to w miastach IV i V kategorii możnaby koszt urządzenia ograniczyć. Mianowicie, uniknąć kosztu kupna koni, a co zatem idzie uprząży oraz karety, przez co koszt urządzenia stacyi zmniejszył by się do 2,800 rb., a koszt utrzymania (oszczędność na lokalu 500 rb., na 2 lekarzach 1000 rb., na utrzymaniu koni i powozów 1,200 rb., pensya intendentą 300 rub. = 3,000) do 3,890 rb. Cyfry te będą jeszcze niższe, gdyż obliczałem koszt utrzymania według cen Warszawskich, niewątpliwie, droższych od cen w małych miastach.

Naszczicowana powyżej organizacya zastosować się daje do miast większych, gdzie znaleźć można personel odpowiedni, w miastach małych, naturalnie, trzeba ograniczyć się i urządzić pomoc doraźną w ten sposób, że stacya ratunkowa mieściłaby się obok mieszkania lekarza wolno-praktykującego. Miałby on do pomocy wykwalifikowanego sanitaryusza oraz rozporządzałby środkami ratunkowymi i transportowymi. Na stacyi za umówioną z góry pensyę udzielałby pomocy doraźnej wszystkim bezpłatnie.

Urządzenie takiej stacyi, zredukowanej do 2 pokoi, gdzie byłyby kufry ze środkami ratunkowymi i nosze nie przenosiło by 600 rub., a koszt utrzymania 500 rub. rocznie (pensya lekarza 200 rub., utrzymanie sanitaryusza (120 rub.), mieszkanie 80 rb.). *Koszt ten ponieść winno miasto.*

Co się tyczy wsi i osad, w których niema lekarzy, ograniczyć się należy do urządzenia tam w jednym z domów, np. u wójta lub sołtysa posterunku, na którym byłyby nosze i kufry z narzędziami i opatrunkami. W razie nieszczęśliwego wypadku, chore na noszach mógłby w pozycyi, o ile można, wygodnej oczekiwać przybycia lekarza. Ktoś z inteligentnych mieszkańców, przygotowany odpowiednio przez lekarza, mógłby udzielić wtedy choremu pierwszej przed przybyciem lekarza pomocy.

Organizacya pierwszej pomocy lekarskiej w osadach i wsiach nierozłączną jest z organizacyą pomocy lekarskiej dla ludu i uwzględniana być winna w reformie ogólnej. Kwestyi tej poświęciłem pracę, drukowaną w 1898 r. *), tu zająć się nią bliżej nie mogę, w każdym razie gdyby reforma nie nastąpiła, nastawałbym na urządzenie bodajby posterunków według powyższego szkicu.

Szanowni Panowie! Kiedym przed laty 4-ma bliżej zetknął się z organizacyą ratownictwa w miastach, nie przypuszczałem, do jakiego stopnia stacye ratunkowe są potrzebne, nie miałem pojęcia o różnaitości i częstotści nagłych zasląbnięć i urazów — dziś widzę,

*) Ateneum 1898 r.

że pomoc stacyi była nieodzowną w Warszawie w ciągu lat 4-eh w 25,000 blisko wypadkach. Taksamo i z innymi miastami, dopóki stacyi ratunkowych niema, nie odczuwa się ich potrzeby, która dopiero z chwilą otwarcia stacyi ujawnia się w całej pełni.

Organizacya stacyi ratunkowej w Warszawie i Łodzi jest skończona, dziś należałoby zainicyować podobne stacye w Lublinie i Częstochowie, mam nadzieję, że inicjatywa ta przyoblecze się w życie i że znajdzie oddźwięk wśród lekarzy tych miast i ich mieszkańców. Naszą rolą będzie ułatwić urządzenie stacyi. Dla tego też sądzę, że na czasie było obznajmić Sz. Panów z organizacyą stacyj ratunkowych. Co się tyczy miast innych, potrzebna nam jest statystyka, którą tylko lekarze prowadzić mogą, dlatego też XI zjazd lek. i przyr. polskich powziął uchwałę następującą: *Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie, postanowił upraszać lekarzy, zamieszkujących małe miasta, o prowadzenie dokładnej statystyki wypadków nagłych w miastach, osadach i wsiach, i o nadsyłanie statystyki do Towarzystwa ratunkowego Warszawskiego* *).

Jeśli uchwała ta znajdzie oddźwięk wśród lekarzy, na przyszłym zjeździe będę mógł może dostarczyć Sz. Panom cyfr zamiast przypuszczeń.

A cyfry te przemówią do społeczeństwa, jaskrawo oświecą zaniedbaną dotąd kwestyę.

Lipiec 1900 r.

DODATEK.

Inwentarz Pogotowia Ratunkowego dla miast II—V kategorii.

1. Uprząż i sprzęty stajenne.

2 Łóżka żelazne. Zgrzebła. Szczotki do czyszczenia koni. Widły. *Uzdziennice*. 2 *Pary szorów*. 4 *Rendeki* skórzane czarne. 2 *Płaszcz* skórzane dla stangretów. *Dery wężniane na konie*. *Szafka-umywalnia* z miską emaliowaną. 4 *Żłoby* wpuszczane żelazne. 2 *Kubły blaszane*. *Latarnia wisząca*.

2. Wozownia.

2 *Powozy* fabryki Lohnera w Wiedniu. 6 *Noszy* różnych typów. *Wózek ręczny* na 2-eh kółkach z lektyką. *Lektyka wyścielana*; obita ceratą.

3. Pokój lekarzy dyżurnych i kancelarya.

Umywalnia z białem marmurowym i statywą na słoje. *Wiadro fajansowe* do umywalni. 2 *Słoje szklane* do umywalni. *Puszka fajansowa* do mydła. *Puszka fajansowa* na szczotkę do rąk. *Szczotka* do włosów. *Grzebień*. *Lustro*. *Szafa dębowa do ubrania*. *Stolik*. *Krzeseł* wiedeńskie. *Łóżko żelazne* z materacem drucianym. *Szafka nocna*. *Kozeta* kryta skórą amerykańską. *Przybory do pisania*: *Klaser*. *Linie*. *Przyciski* z bibułą. *Podkłady*

*) Szemat kartek załączam.

z bibułą do pisania. Kałamarze. *Utensylia gospodarcze*: Lichtarze metalowe. Karafka. Zegar-regulator Samowar mały — Taca pod samowar — Mieczka do samowara. Prasa żelazna do kopiowania. Kosz do bielizny. Trzepaczka do kurzu. Rolety z rączkami. Spluwaczki emaliowane. Szafa na apteczkę. Stół dębowy, Szczotka do kurzu—Smietniczka. Cukierniczka niklowana. Skrzynka do listów. Toporek, Młotek, Obcążki (narzędzia domowe). Komplet do pieca: cęgi, łopatką i haczyk. 25. Łóżko żelazne dla woźnego. Termometry. Numerator. Szafa sosnowa na ubranie dla woźnego. Lamy z kompletem.

4. Koszary.

4 Łóżka żelazne. 4 Kubły cynkowe duże z przykrywą do brudn. bielizny. Stół dla służby. 4 Szafy sosnowe podwójne.—4 Miednice blaszane—Konewka blaszana duża — 3 Kubły blaszane duże — 4 Toaletki blaszane 4 Taburety. 4 Kubki emaliowane do ust.

5. Kuchnia.

1/2 tuzina noży i widełcy. Konewka lakierowana do wody. Patelnia mała. Garnek żelazny. Ławki sosnowe. Szafka-umywalnia z miską emaliowaną. Bańka do nafty. Krzeselko. Balia. Wanna do bielizny. Stołek pod balię. Stągiewka do wody. Kosz na bieliznę. Koszyk po sprawunki kuchenne. Garnki żelazne. Rynka żelazna. Żelazko do prasowania stalowe. Wannenka blaszana do zmywania. Moździerz mosiężny. Kocioł miedziany z przykrywą do wygotowywania bielizny i opatrunków. Noże kuchenne. Widełce kuchenne. Patelnia. Szczotki do zamiatania. Półka do sprzętów. Kubek emalowany do wody. Kubek blaszany do wody. 2 Beczki do kapusty. Łyzeczki metalowe do herbaty.

6. Sala opatrunkowa.

Stół operacyjny szklany na żelaznych nogach. Stół żelazny z blatem szklany z 2 kłapami do instrumentów. — Dwa emaliowane pudełka do opatrunków. Umywalnia z blatem marmurowym i statywą. Miska na podstawie z kółkami. Stół żelazny z 2 szklanymi płytami do instrumentów i statywą do irygatorów. Stołek żelazny do instrumentów. Szafa szklana do instrumentów (górną część z 3 płytami szklanymi, dolną drewnianą) zawierająca: 6 Klampów hemostatycznych dużych. 4 Klampów hemostatycznych średnie. Nożyczki krzywe 1. Nożyczki proste 1. 2 haki tępe Olliera. 2 haki podwójne ostre. 2 igłotrzonki Langenbeck'a. 6 pincetów Pincet anatomiczny. Szpadel. Kleszcze gardzielowe. Pancierz metalowy na palec. Szczypczyki uszne. Igła do obcych ciał w oku. Pinceta uszna Politzera. Tracheotom. 2 Rurki tracheotomijne kauczukowe. Rurka tracheotomijna metalowa. Wziernik nosowy. Wziernik uszny. Komplet wzierników usznych. Kleszcze akuszerskie „Simpsona“. Wziernik Cosco. Rurka Bolloqu'a. Kateter męzki metalowy — Kateter męzki gumowy. Sonda z uszkiem. Reflektor uszny z taśmą — Reflektor metalowy do świecy. Stetoskopy. Plessimetry. Młotek. Termometr maksymalny. Przyrząd Paquelina w pudełku drewnianem. Przyrząd laryngologiczny w pudełku skórzanem. Szprycy do nosa kauczukowa. Aparat indukcyjny Grenel'a. Pudełko kauczukowe do jodoformu. Pudełko kauczukowe do mydła, Sonda żołądkowa. Pudełko emaliowane do ceratek. Wiadro blaszane emaliowane. Baseny wyścielane blaszane. Szprycy do ran metalowa. Klamp do języka. Łyzeczka w rogowej oprawie do ciał obcych w oku — Troakar — Pasek do ostrzenia brzytw — Marmur do ostrzenia brzytw — Menzurka 100 gramowa — Rurka Königa.

[7. Kufer wyjazdowy.

Fornierów wyścielanych 6. Szyn tekturowych 4. Trójkątów 4. Ścierek 2. Pudełko niki. z watą hydr. zawierające: Wziernik Cosco 1. Pudełko niki. z wiórkami. sterylizowanem zawierające: 1. Termometr maks 1. Słuchawkę 1. Pudełko niki. z gazą hygrosk. sterylizowaną w bandażu 1. Pudełko niki. z gazą zapasową 2. Pudełko niki. z serwetkami sterylizowanymi 3. Pudełko niki. z plastrzem lepkim. Pudełko niki. ze szprycą kauczuk. 1. Pudełko niki. do iniekcji 1. Pudełko niki. do agrafek. Nożyczki 1. Grajcarek. Brzytwa 1. Łyżka stołowa 1. Kieliszek 1. Stołek z solą lawendową 1. Szprycyck Pravaz'a

2. Flaszka z wodą czystą. Flaszka z płynem Burowa 2% 1. Flaszka z bromkiem potasu. Flaszka z płynem do oparzeń 1. Flaszka w kapslu nikiel. z eterem, Flaszka w kapslu nikiel. z benzyną 1. Flaszka w kapslu nikiel. z waleryaną. Flaszka w kapslu nikiel. z mydłem. Flaszka w kapslu nikiel. z makowcem. Flaszka w kapslu nikiel. z amoniakiem Flaszka w kapslu nikiel. z mydłem w proszku. Flaszka w kapslu nikiel. z tasiemką. Stoików z ligaturami 2. Szlauch. Bandaży 30. Ceratka opatrunkowa. Słoik z pastylkami sublimat. *Trus maty niklowany* zawiera: Igotrzonek Reintera. Pudełko do igieł. Pincety anatomiczne. Pincety chirurgiczne. Zgłębnik rowkowy. Zgłębnik okrągły Nożyczki proste. Szpateł. *Trus duży niklowany* zawiera: Pudełko nikiel. z 3 bisturami. Ekarterów ostrych 2. Ekarterów tępych 2. Szczypczyków Pean'a 6. Rurka Belloque'a. Tracheotomijnych 2. Roszerzacz. Zgłębnik Greefe z nożyczkami. Kleszcze do ciała obcych w gardzieli.

8. Odtrutki.

Flaszka z Antidot Dúflos. Flaszka z Magnesia usta. Flaszka z magn. sulfur. Flaszka c. Ac. Tartarico, Flaszka Natr. c. hyposulfur. Flaszka Cupro sulfurico Flaszka Natr. chlorat. Flaszka c. Cali hypermangan. Tanninum. Flaszka c. magnesia sulfuric. Flaszki mniejsze z eterem, z amoniakiem, z waleryaną, z makowcem, Öl. Terebinthin, z Amyl., nitros z Atrop. sulfuric, z Cocain. muriat. Szpryc Pravaz'a 2. Pudełko nikiel. Zgłębnik żołądkowy zwykły. Kateter № 29 do przemywania żołądka dzieciom. Pudełko nikiel. zawierające Rozwieracz Rosera, klamp do języka, łyżeczkę rogową. Pancierz na palec. Pudełko nikiel. Pudełko nikiel. z waseliną 1 i kieliszkiem. Podstawka czarna. Ścierek 2. Pudełek zapasowych do magnezya usta et sulfur 2. Pudełko nikiel. do papierków lakmusowych. Pudełek do gotowych iniekcji 3.

9. Torba.

Fartuchów sanitaryuszy 2. Fartuchów lekarskich 1. Miednica gumowa 1. Pudełko z mydłem 1. Pudełko ze szczotką 1. Prześcieradeł w workach gumow. 2.—Podstawka czarna 1.—Irrygorator aseptyczny 1.—Rękawiczki gumowe 2. Flaszka z płynem do oparzeń.

10. Kufer posterunkowy.

Szyn tekturowych 4 — wyścielanych 4—drewn. wyściel. 4. Trójkątów 4. Ścierek. Pudełko nikiel. z watą hygroskopijną. Pudełko nikiel. z watą zwykłą. Podstawka emalowana. Postawka czarna. Sekator. Pudełko z płastrem lepkiem. Miednica gumowa. Ceratka opatrunkowa. Łyżka stołowa. Pudełko blaszane. 2 Serwetki sterylizowane. Rozwieracz do zębów. Nożyczki. Grajcerek. Klamp do języka. Brzytwa. Pudełko z mydłem. Pudełko z gazą jodoform. Pudełko z jodoformem steryliz. Pudełko z gazą borną. Pudełko z agrafkami. Pudełko z iniekcjami gotowymi. Słoik z ligaturami. Bandaż Esmarcha. 2 skórzane szpryce Pravaza. Sól lawendowa. Flaszki z eterem, z mydłem, z benzyną, z waleryaną, z opium, z amoniakiem. Pancierz na palec. Kieliszek. Szczotka do rąk w pudełku blaszanym. Waselina. Pastylki sublimatowe. Flaszka z bromem. Flaszka z płynem Burowa Flaszka z płynem do oparzeń. Flaszka z wódką. Bandaży 30. Sonda żołądkowa. 2 Trusy: większy i mniejszy jak w kufrze wyjazdowym.

Szemat kartek statystycznych do nadsyłania wiadomości,

o ilości wypadków w ciągu roku 190..

ułożony na zasadzie uchwały IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Miasto	Gub.	. . . . .	powiat
Ilość mieszkańców . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Ilość lekarzy praktykujących . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Czy jest i jaki szpital . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Ilość wypadków . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
a) wogóle . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
b) urazów . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
c) zasląbnięć nagłych . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
d) samobójstw i zabójstw . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .

Jakiej i w jakim czasie po wypadku udzielono pomocy

Czy zdaniem piszącego w mieście potrzebna jest stacya ratunkowa

Polypis

UWAGA. Kartkę zwrócić do Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie. (Leszno 25).

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1-go Czerwca 1901 r.

—r— Nadesłano nam sprawozdanie tutejszego Pogotowia ratunkowego z 4-letniej działalności stacyi, która, jak wiadomo, została otwarta 22 lipca 1897 r. Przez ten czas wzywano pomocy instytucyi w 24900 wypadków, 18011 razy wyjeżdżano dla udzielenia pomocy, w 4900 udzielono pomocy na stacyi, posterunków czasowych urządzono 104. Członków liczy Towarzystwo 836, w tem 10 protektorów i 6 czynnych. Instytucya czerpie dochody ze składek członków, zapomogi miejskiej, wydawnictw (kalendarz) oraz ofiarności publicznej, która osłabła w czasach ostatnich.

Towarzystwo rocznie wydaje około 32000 rb. i utrzymuje z tego: personel lekarski, złożony z 16 lekarzy dyżurnych i 1 zarządzającego stacyą; 4 woźniców, 11 sanitaryuszy, oraz 3 urzędników kancelaryi; koni posiada 11, wozów 6.

Zarząd składa się z 12 członków wybieralnych i 2 z urzędu.

—z— W nowozatwierdzonym programie szkolnym w 7 klasie znajdujemy wiadomości z higieny. Wykłady będą, prawdopodobnie, powierzone lekarzowi, znajdzie się on jednak w kłopotie przy wyborze podręcznika. Ponieważ wprowadzenie reformy do klasy 7-ej nastąpi dopiero za lat kilka, należało by pomyśleć o wydaniu podręcznika dla szkół, wzorując się na tego rodzaju wydawnictwach angielskich i francuzkich.

—z— Kol. P u ł a w s k i, dyrektor zakładu w Nałęczowie, uprasza nas o zawiadomienie, że zakład został zamieniony na Towarzystwo akcyjne i że są do nabycia akcye po 250 rb. 10 akcyj daje prawo głosu. Przy zapisie pobiera się 10% sumy zadeklarowanej i liczy się od złożonych pieniędzy 5% do chwili wpłaty akcyj.

—z— W Irlandyi jest 578 osób w wieku powyżej 100 lat, w Serbii 575, we Francyi 213, w Hiszpanii 401, w Niemczech 78, w Anglii 146; najstarszym z żyjących jest murzyn z Rio Janeiro (150 lat).

—z— Na uniwersytecie w Helsingforsie zrównano mężczyzn i kobiety pod względem praw studenckich.

—z— Uplłynęło 25 lat od chwili otwarcia zakładu leczniczego w Sławucie.

—z— W Staszowie kol. Władysław Rott obchodził 40-lecie działalności lekarskiej. Sfery ziemiańskie oraz inteligencya miejscowa wzięła udział w tym obchodzie.

—z— Profesorem okulistyki na uniwersytecie Warszawskim mianowano docenta z Charkowa d-ra Nie z n a i m o w a. Klinika została przeniesioną do szpitala D-ka Jezus.

Z M A R L I.

Jan Buszek, doktor medycyny i chirurgii, magister położnictwa, fizyk czyli naczelnik służby lekarskiej miasta Krakowa, przeżywszy lat 56, zmarł w Krakowie, w dniu 11 Lipca r. b.

Zgasły, urodzony w Muszynie, ukończył wydział lekarski w Krakowie, a mianowany w r. 1871 lekarzem miejskim, rozwinął na tem polu błogą czynność, osobiwie podczas epidemii cholery w roku 1873. Mianowany następnie fizykiem, przyczynił się znakomicie do poprawy stosunków higienicznych w Krakowie; i publikował kilka cennych prac naukowych, ogłoszonych w *Przeglądzie lekarskim*, *Dwutygodniku medycyny publicznej* i w warszawskim *Zdrowiu*. O stanie zdrowia publicznego w Krakowie wydał cztery tomy sprawozdań zawierających mnóstwo innych dat i uwag. Bardzo dobry kolega, uczynny dla publiczności, pozyskał w mieście ogólny szacunek, którego wyrazem były tłumy publiczności na jego pogrzebie. S. D.



Do bieżącego numeru dołącza się ogłoszenie H. Mattonie z Francensbadu „Wyciągi borowinowe do kąpieli“

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Kilka słów o powtarzaniu się obojactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (De pseudohermaphroditisme hereditario) z 6 rysunkami w treści.—Dr. med. Fr. Neugebauer—str. 743.
- II. O zapaleniu rdzenia—E. Flatau i J. Koelichen—str. 747.
- Dr. Fr. Neugebauer. Sur le pseudohermaphroditisme héréditaire (avec 6 fig).
- Dr. E. Flatau et dr. J. Koelichen. Sur les myélites (Patologie et anatomie pathologique).

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Choroby wewnętrzne.
426. Cipollina—O kwasie szczawiowym w ustroju—str. 756. 427. Mohr—O wpływie chorób gorączkowych na cukromocz w cukrzycy—str. 757. 428. Volhard—O fermentacji żołądka rozszczepiającym tłuszcz—str. 758. 429. Talma—O bakteryobójczym działaniu żółci—str. 759. 430. Gebele—Żelatyna jako „haemostaticum“—str. 759.
431. Offer—O sztucznych preparatach odżywczych—str. 760.
- II. Choroby dzieci.
432. Rahner—Przyczynek do epidemiologii i etyologii koklusz—str. 762.
- III. Choroby nerwowe.
433. Rothmann—O czynnościowym znaczeniu dróg piramidalnych—str. 763. 434. Bahlint—O dyetetycznym leczeniu padaczki—str. 764.
- IV. Wiadomości pomniejsze—str. 765.
- V. XI Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie—str. 768.
- VI. Korespondencja z Wiednia—str. 774.
- VII. Odcinek — str. 776.
- Kronika bieżąca — str. 784.
- Nekrologia—str. 785.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Іюля 1901 г.