

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 24.

Warszawa d. 31 Maja (13 Czerwca) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Urazowe pęknięcie kiszki grubej. Podał D-r Józef Bogdanik z Białej. — Przyczynę do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Podał W. Sterling. (Ciąg dalszy). — i osierdzia. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Jad tężcowy i odporność na jego działanie. Podał B. Żebrowski. (Do-kończenie). — KRONIKA. — ODCINEK. Sprawozdanie z działalności przytułku położniczego w Częstochowie za rok 1902. Podał D-r J. Pietrasiewicz. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Bogdanik — Rupture traumatique du colon. 2) D-r W. Sterling — Contribution aux recherches sur la maladie de Morvan et sur la formation des cavernes dans la moelle

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Bogdanik — Traumatiscbe Ruptur des Dickdarms. 2) D-r W. Sterling — Ein Beitrag zur Frage der Morvan'schen Krankheit und der Höhlenbildung im Rückenmark.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

URAZOWE PĘKNIĘCIE KISZKI GRUBEJ.

Podał

D-r Józef Bogdanik z Białej.

Podług wykładu mianego na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 14 lipca 1902 roku.

Jako pewny objaw przedarcia kiszki podnosi BERNDT wymioty: „wymioty jednak muszą być ustawiczne, nie dające się ukończyć, z treścią przeważnie żółciową“. Dwu lub trzyrazowe wymioty zdarzają się i wtedy, gdy jama brzuszna zostaje wstrząśnięta, te objawy jednak szybko ustępują, dadzą się wytłoma-

czyć odruchem nerwowym, podczas gdy wymioty ukończyć się nie dające, są w przypadkach pęknięcia kiszki następstwem ustawicznie z otworu w kiszce wydobywających się gazów i treści płynnej. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. XXXIX p. 516).

W przypadku, który niedawno obserwowalem, miała się sprawa odmiennie, dlatego podam w krótkości jego historię choroby wraz z uwagami. Nadmienić jednak z góry muszę, że przedmiotem niniejszego wykładu są jedynie podskórne pęknięcia kiszki grubej, uszkodzeń

innych narządów jamy otrzewny, ani też zranień, zadanych narzędziem ostrem lub bronią palną, nie uwzględniam.

48-letni robotnik cukierniczy doznał w dniu 21. II. 1902 r. przy warsztacie urazu deską w brzuch, poczem upadł omdlały. Lekarz przywołany stwierdził istnienie przepukliny i odesłał go do szpitala. Natychmiast przedsięwzięte badanie wykazało wolną przepuklinę pachwinową po stronie lewej, wielką bolesność brzucha przy dotyku, bez bębnioty lub stłumienia, przemawiającego za treścią wolną w jamie otrzewny. Tętno nieco przyspieszone — 120, wyraz twarzy mocno cierpiący. Zalecono spokój i zimne okłady na brzuch. Chory był jednak niespokojny, często z łóżka wychodził na stolec, wypróżnienia były jednak nader skąpe. Wiatrów nie było; z wieczora raz wymiotował, bóle brzucha miał silne, a w nocy około 14 godzin po doznaniem uszkodzeniu zmarł.

Z protokołu sekeyjnego zajmą nas jedynie zmiany, znalezione w jamie brzusznej. Zewnętrznie nie znaleziono podbiegnięć krwi ani na skórze, ani też w mięśniach brzucha, który weale nie był wzdęty. Otrzewna ścienna i trzewiowa była nieco przekrwiona, zmętniała, tu i owdzie pokryta odrobiną włókniaka. W jamie otrzewny nieco brudno żółtej, kałem cuchnącej cieczy. Na kiszce poprzecznej (*colon transversum*) leżą dwa ugotowane nie pogryzione ziarnka fasoli. Na kiszce zstępującej (*colon descendens*) blisko zgięcia esowatego widać na przedniej ścianie otwór okrągły, w który wprowadzić się da mały palec. Postrzępione brzegi tego otworu są nieco zaczerwienione, a w otworze tkwi ziarnko dużej fasoli. W rozdętej kiszce znajduje się spora ilość kału i ugotowanych nie pogryzionych fasoli. Zresztą nie znaleziono żadnych uszkodzeń. Lewy kanał pachwinowy jest drożny dla kilku palców i stanowi początek worka przepuklinowego, sięgającego do lewego worka mosznowego, ale bez treści. Otrzewna jest tylko bardzo nieznacznie nastrożona.

Widzimy przeto, że kiszka gruba pękła wskutek doznanego urazu, i sędzę, że się dońtego niewątpliwie przyczyniła okoliczność, że kiszka była obfitą ilością kału wypełniona. Wskutek tego przedarcia kieszki nastąpiło septyczne zapalenie otrzewny, które jednak za życia nie dawało objawów, uprawniających do rozpoznania, owszem, objawy raczej przeciwko pęknięciu przemawiały.

Przeglądając odnośną literaturę, przekonałem się, że przypadki podskórnych pęknięć kieszki grubej są nieliczne, a rozpoznano je przeważnie dopiero na stole sekeyjnym. W swojej rozprawie inauguracyjnej przytacza VoLK z literatury do roku 1890 tylko pięć przypadków, zakończonych śmiertelnie w ciągu 7 do 50 godzin. Do tych przypadków dodaje dwa nowe, gdzie pękła poprzecznicą (*colon transversum*). Oba przypadki zakończyły się śmiertelnie drugiego dnia i były powiklane wolnemi przepuklinami. W jednym z tych przypadków — u robotnika 40 letniego — operowano przepuklinę bez skutku.

JULIEN opisuje przypadek, gdzie do szpitala przyjęto młodą dziewczynę po urazie w brzuch. Siedmnastego dnia po doznaniem urazie rozpoznano zapalenie otrzewny, przystąpiono tedy do cięcia brzuszego. Znaleziono ropień, który osączkowano (*drainage*). W ośm dni później chora umarła. Sekeya zwłok wykazała przedarcie kieszki grubej 80 ctm. powyżej kątnicy. Jest to przypadek wyjątkowy, gdzie śmierć nastąpiła dopiero po 4 tygodniach.

Protrowski opisuje 6 przypadków podskórnego pęknięcia trzew, z tych 5 dotyczy pęknięcia jelita, i tylko w jednym przypadku była przedarta kiszka gruba, mianowicie, poprzecznicą. Był to mężczyzna, 27 lat liczący. Cięcie brzuszne wykonano w dwa dni po doznaniem urazie i znaleziono okrągławy otwór po prawej stronie poprzecznicy o brzegach bardzo kruchych. Chory umarł jedenastego dnia, a sekeya zwłok stwierdziła w miejscu pęknięcia wrzód gruzliczy. Inni chorzy z uszkodzeniami jelit

również pomarli w ciągu dni 8 bez względu na to czy wykonano operację, czy nie.

Z ostatnich lat znalazłem dwie obszerniejsze prace, dotyczące tego samego przedmiotu a mianowicie, pracę WITZACK'a w zeszybie 8 i 9 „Wiener Klinik“ z r. 1898: „Die gerichtsarztliche Beurtheilung der Darmverletzungen“ i pracę THOMMEN'a w tomie 66 „Archiv für Klinische Chirurgie“ z r. 1902. Z prac tych skorzystam tylko o tyle, o ile omawiają urazowe pęknięcie podskórne kiszki grubej.

Przedewszystkiem stwierdzić należy, że liczba tych uszkodzeń jest nieznaczną. I tak przytacza WITZACK na 30 przypadków tylko 3, w których uszkodzona była kiszka gruba, a THOMMEN przytacza z kliniki HILDEBRAND'a w Bazylei tylko jeden przypadek podskórnego pęknięcia kiszki wstępującej (*colon ascendens*), który operowano w 19 godzin po urazie i wyleczono w 46 dni. Nie uwzględniam tutaj przypadków niepewnych t.j. niestwierdzonych czy to operacją, czy sekcyą zwłok, bo nie mamy ani jednego objawu, uprawniającego do rozpoznania, jak to poniżej omówię. Wszakżeż się nawet przytrafiło, że przeoczono pęknięcie nawet po otwarciu jamy otrzewny.

Rozpoznanie podskórnego pęknięcia kiszki utrudnione jest przez to, że nie mamy żadnego objawu, na podstawie którego na pewno rozpoznać można podskórne pęknięcie kiszki grubej. Tutaj zastanowię się bliżej nad poszczególnymi objawami, które zdaniem niektórych autorów mają być następstwem pęknięcia kiszki. Objawy drugorzędne, t.j. takie, które występują dopiero po kilku dniach, pominię, bo to są objawy zapalenia otrzewny.

Zemdlenie po urazie doznany prawie stale spostrzegano, z tego jednego objawu jednak wnosić nie można, że nastąpiło pęknięcie kiszki. Zemdlenie występuje bowiem po uderzeniu w brzuch nawet i tam, gdzie nie było znacniejszego obrażenia.

Silny ból w brzuchu i znaczna wrażliwość przy obmacywaniu brzucha zapewne także występuje stale przy pęknięciu kiszki, sędzę jednak, że temu większej wartości rozpoznawczej przypisać nie można. Większą lub mniejszą bolesność znajduje się przy wszelkiem uderzeniu w brzuch. Wielki nacisk kładzie się na gwałtowny nieustający ból, ściśle umiejscowiony i ztąd promieniujący się rozchodzący, ale objaw ten zupełnie zależy od wrażliwości badanego, i ocenić wiarygodności zeznań nie możemy. Objawy bólu zależą w zupełności od indywidualności osoby, nie dadzą się skontrolować, a wiemy, że lokalizacja bólu jest trudna nawet u osób bardzo inteligentnych.

Pozornie większe znaczenie przypisaćby można w y m i o t o m. Jak już wyżej wspomniałem, jest to zdaniem BERNDT'a najpewniejszy objaw pęknięcia kiszki, jelita lub żołądka. Wielu autorów tego samego jest zdania. Według TRENDELENBURG'a jednak mogą wymioty mieć wartość rozpoznawczą pęknięcia, jeżeli występują bezpośrednio po urazie najdalej w pierwszych dwóch godzinach, inaczej uważać je należy jako objaw zapalenia otrzewny. W przypadku, przemnie opisanym, były tylko jednorazowe wymioty, a nie było wymiotów ustawicznych, ukość się nie dających — brak zatem tylu objawów jeszcze nie przemawia przeciw rozpoznaniu pęknięcia.

Według THOMMEN'a ma wielką wartość rozpoznawczą stan powłok brzusznych: „Brzuch jest zapadły, niepodatny, twardy, jak deska. Napięcie brzucha wzmaga się przy obmacywaniu, zwłaszcza, jeżeli się dotknie miejsca, na które uraz podziałał. Przy stłuczeniach mniejszych objawu tego prawie nie ma“. W moim przypadku nie stwierdziłem tego.

Utrudnienie w oddawaniu moczu uchodzi również za stały objaw, nie może mieć jednak wielkiego znaczenia, jeżeli się zważy, jak często występuje zatrzymanie moczu przy ope-

racyach w jamie otrzewny, a nawet przy operacyach pozaotrzewnowych w sąsiedztwie pęcherza.

Zniknięcia stłumienia wątroby lub stłumienia w pochylonych częściach brzucha również nie znalazłem. Zniknięcie stłumienia wątroby tłumaczyć można tem, że z miejsca przebicia pewna ilość powietrza dostała się do jamy otrzewny, stłumienie zaś, jeżeli się tamże nagromadzi wolny płyn. Brak tych objawów w przypadku, przezemnie opisanym, tłumaczyłoby można tem, że nagromadzony w kiszce kał i niestrawione fasole ziarna przeszkodziły wydotaniu się gazów lub płynu do jamy otrzewny, co i sekcyja zwłok stwierdziła.

Jeżeli się przeto dokładnie rozważy wartość rozpoznawczą poszczególnych objawów, dojdzie się do przekonania, że żaden z nich nie daje pewności, iż nastąpiło przebicie кишки grubej. Tem się tłumaczy, że w znanych przypadkach nie rozpoznano przed operacją lub sekcyą zwłok przebicia podskórnego kiszki.

W przypadku, który powyżej opisałem, liczyć się trzeba jeszcze z tą ewentualnością, że może nastąpiło przedarcie ścian kiszki aż do otrzewny, i że pęknięcie otrzewny dopiero później, niezadługo przed śmiercią, nastąpiło — może podczas parcia na stolec.

Co się tyczy leczenia, wskazana jest laparotomia nietylko we wszystkich przypadkach, w których się rozpoznano pęknięcie, ale wskazana jest operacya natychmiastowa, jeżeli tylko podejrzewamy, że może pęknięcie nastąpiło. Do tego uprawnia nas przegląd odnośnej literatury. Według statystyki THOMMEN'a wynosi bowiem śmiertelność 100%.

Z pracowni dr. FLATAUA w Warszawie.

Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu.

Podał

Władysław Sterling.

(Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Warsz.
dnia 25 listopada 1902 r.).

(Ciąg dalszy — Patrz Nr. 23).

Dzisiaj w nauce tożsamość większości przypadków choroby MORVAN'a z syringomyelią została już przyjęta niemal ogólnie. Na zjeździe neuropatologów i psychiatrów w Moskwie w roku 1897 SCHLESINGER proponował nawet zarzuć termin „choroba MORVAN'a“ i zastąpić go przez nazwę „typ MORVAN'a“. Ten sam pogląd przewija się przez cały szereg publikacyi. ogłoszonych do lat ostatnich, a więc podzielają go: HAECKEL (1889), SOUQUES (1891 i 1892), GESSLER (1893), VERHOOGEN (1893), ANFIMOW (1893), EISENLOHR (1894), SINGER (1894), HÜBLER (1894), MÜLLER (1895), BIELSCHOWSKY (1896), BOURNEVILLE (1896), THOMAS (1897 — opis typu MORVAN'a u dziecka), NALBAUDOFF (1898). Bronił go nawet CHARCOT (1890), pierwotny zwolennik dualizmu. Tylko MORVAN i DÉJÉRINE pozostali mu wierni do końca. Znajdują oni sprzymierzeńców w BABES'ie i MANICATIDE (1897) oraz w kilku autorach angielskich i amerykańskich, jak JACKSON, GALLOWAY (1892), HALLION (1892). Jako *curiosum* przytaczam zdanie SACHS'a i ARMSTRONG'a (1892), którzy różniczkowanie opierają na podstawie zdarzających się jakoby w chorobie MORVAN'a wyzdrowień (!).

Lecz samoistność typu MORVAN'a zagrożona była już dawniej nie tylko ze strony pokrewieństwa z syringomyelią. W r. 1893 ZAMBACOPASCHA wykrył w Bretanii ogniska trądu. Ogniska te objaśnia EHLERS corocznie zwiedzaniem przez rybaków bretańskich silnie nawiedzanej trądem Islandyi. Ponieważ zaś Bretania była

ojczyzną opisaną przez MORVAN'a choroby, zaczął się ZAMBACO bliższem zbadaniem tej kwestyi i doszedł do przekonania, iż trąd dawać może objawy najzupełniej analogiczne do opisanych przez MORVAN'a przypadków. Istotnie badania SCHULTZE'go i SAAS'a stwierdziły w trądzie obecność zaników mięśniowych, SCHLESINGER wykrył w trądzie nerwowym częściowe zajęcie czucia, spostrzegano także w rozmaitych postaciach trądu zastrzały, martwicę i oddzielenie się członków palców oraz opisywane przez MORVAN'a i CHARCOT'a wessanie się dotkniętych chorobą falang. PITRES, POTAIN, QUINQUAUD, STRAUSS opisują przypadki, w których zmuszeni byli zmienić rozpoznanie syringomyelii na trąd. PITRES przytacza historję chorego, u którego przez dłuższy czas rozpoznawał syringomyelię, dopóki badanie bakteryologiczne krwi nie wykazało obecności laseczników HANSEN'a i NEISSER'a. SABRAZÈS opowiada o przypadku, w którym rozpoznanie przez dłuższy czas wahało się pomiędzy trądem a syringomyelią, wreszcie laseczniki trądu odnalezione zostały nie we krwi, lecz pomiędzy włóknami *nervi musculo-cutanei*. LELOIR opisał przypadek wrzekomej syringomyelii, w którym ORO MARIO w krwi znalazł laseczniki trądu. LAJARD i REGNAULT opisywali u mieszkańców Pirenejów osłabioną postać trądu, którą cechowały: zastrzały na palcach kończyn górnych, białawe zabarwienie skóry, przerost i zniekształcenie paznogi, zaniki mięśniowe i t. d.

W roku 1895 podał Prus niezmiernie szczegółny opis chorej ze Zborowa (Galicya): choroba rozpoczęła się od postępującego osłabienia w mięśniach prawego ramienia, silnych bólów, owrzodzeń na kończynach dolnych i od wytworzenia się mała bolesnych zastrzałów na palcach obu dłoni, następnie wystąpiła utrata czucia w palcach, palenie i bóle w górnych kończynach i w karku, wreszcie zanik pierwszej falangi małego i czwartego palca lewej stopy, postępujące zniekształcenie palców, nieruchomość niektórych

stawów międzyfalangowych, białe plamy na skórze dłoni, zanik paznogi oraz wielu mięśni, zwłaszcza rozginaczy palców i mięśni ramienia z objawami częściowego odczynu zwyrodnienia, rozszczenie czucia na dłoniach i na ramieniu, zaburzenia naczynio-ruchowe na kończynach dolnych, osłabienie mięśni kończyn górnych, utrudnienie chodzenia, osłabienie odruchów ścięgniastych na kończynach górnych oraz osłabienie odruchów skórnych. Przy barwieniu krwi metodą RIKLE'a znalazł autor liczne laseczniki trądu.

Na zasadzie danych powyższych wytworzył się krańcowy pogląd, jakoby wszystkie przypadki choroby MORVAN'a oraz syringomyelii były tylko wyrazem zakażenia trądowatego. Najbardziej skrajnym wyrazicielem podładu tego był ZAMBACO, który wszelkie zmiany organiczne w rdzeniu w chorobie MORVAN'a, a między innymi i jamy uważał za przypadkowe. Inni autorowie, nie zamykają oczu na te zmiany, lecz widzą w nich wpływ laseczników HANSEN'a. PRUS stara się nawet wyjaśnić mechanizm takiego powstawania jam na tle zakażenia trądowatego, opierając się na doświadczeniach włoskiego badacza TADESCHI'ego. Jak wiadomo, pomimo licznych prób, dotychczas nie udało się doświadczalnie przenieść trądu ludzkiego na zwierzęta, otóż TADESCHI za pomocą szczepienia drobnych cząsteczek guziczek trądu pod oponę rdzenia wywoływał u małp w rdzeniu niewątpliwe zmiany trądowate. W 8 dni po szczepieniu małpa zdychała, a rdzeń na przestrzeni 10 ctm. otoczony był czerwono-żółtą masą umiarkowauej konsystencji oraz mętnym białawo-żółtym płynem. Masa ta składała się z białych ciałek krwi, komórek nabłonkowatych oraz wielkiej ilości laseczników trądu. Opony mózgowia były przekrwione, a w płynie komór mózgowych, pod oponą pajęczą oraz w wysięku w rdzeniu znajdowała się znaczna ilość laseczników trądu. Wewnątrz tkanki nerwowej widać było drobne ogniska martwicowe, nerwy i komórki zwojowe by-

ly obrzmiałe, prócz tego widoczne było nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż naczyń oraz ogniska, składające się z komórek nabłonkowych o charakterze guziczków trądu. U królików i świńek morskich wywoływało szczepienie zapalenie mózgowia, rdzenia oraz ich opon. Widzimy więc, że w ośrodkach nerwowych oraz w cieczy mózgo-rdzeniowej posiadają laseczniki trądu daleko pomyslniejsze warunki rozwoju, aniżeli wstrzyknięte pod skórę, do przedniej komory ocznej, do jamy brzusznej lub do krwi. Ztąd wyciąga PRUS przedwczesny wniosek, że, dostawszy się drogą przebiegających wzdłuż nerwów naczyń limfatycznych do rdzenia, laseczniki trądu wywołują tam bujanie neuroglii oraz rozpad jej — zjawiska charakterystyczne dla syringomyelii. Badania anatomo-patologiczne przemawiają raczej przeciwko temu przypuszczeniu: w większości badanych sekcyjnie przypadków trądu nie było w rdzeniu żadnych zmian makroskopowych (HANSEN-LOOFT, DANIELLSEN-BRECK, LIE, STWEH) lub były takie, które nie miały nic wspólnego z bujaniem neuroglii (TSCHIRIEW, BENITI-HERNANDO, BABES, SUDAKIEWICZ, CHASSIOTIS i inni). Co się tyczy badań bakteriologicznych układu nerwowego w trądzie, to, jakkolwiek znajdowanie laseczników HANSEN'a w nerwach obwodowych nie należy do rzadkości, w rdzeniu natomiast spostrzegano je bardzo rzadko (BABES, CHASSIOTIS, SUDAKIEWICZ).

Zaznaczam tutaj, że tak poważni badacze, jak MARESTANG, SCHULTZE, HOFFMANN, kategorycznie wyłączają wszelki związek pomiędzy syringomyelią *resp.* chorobą MORVAN'a i trądem. Tymczasem prawda, jak się zdaje, leży wpośrodku pomiędzy tymi dwoma krańcowymi poglądami. Nie uwzględniono tutaj wielkiego prawa patologii, polegającego na tem, że sprawy o rozmaitym charakterze patologicznym, a nawet o rozmaitem umiejscowieniu mogą częstokroć w wyniku swoim prowadzić do jednakowych rezultatów klinicznych. Dzisiaj nie ulega już żadnej wątpliwości, że zmiany w nerwach

w t. zw. „trądzie nerwowym“ mogą klinicznie dawać obraz choroby MORVAN'a. Być może nawet, że inne cierpienia nerwów natury dotychczas niewiadomej mogą prowadzić do tego samego zbioru objawów, zupełnie wyłączając zmiany w rdzeniu kręgowym.

Jeżeli zatem wyłączyć trąd, to każdy przypadek t. zw. choroby MORVAN'a możemy zaliczyć do syringomyelii. W miejscowościach natomiast, gdzie można przypuszczać endemię trądu, trzeba poważnie zastanowić się nad rozpoznaniem. Podaję tu według LAEHR'a niektóre cenne oznaki różniczkowe, gdyż ujemny wynik badania bakteriologicznego nie może być momentem rozstrzygającym.

1) Trąd nerwowy często daje wyzdrowienie — oczywiście, nielicząc zmian wtórnych w organizmie, wywołanych przez sprawy nerwowe; tymczasem syringomyelia zawsze kończy się śmiertelnie.

2) W trądzie już we wczesnych okresach występują objawy ogólne: bóle głowy, łamanie w kościach, nieokreślone parestezye, bóle neuralgiczne i reumatyczne.

3) W trądzie częstym zjawiskiem są lekkie podniesienia ciepłoty — w syringomyelii bywają one tylko wyjątkowo (przy tworzeniu się zastrzałów).

4) Wszelkie objawy trądu umiejscowione są zupełnie nieprawidłowo: na karku, twarzy, częstokroć jednocześnie na kończynach górnych i dolnych. Różnorodności w umiejscowieniu nie spotykamy w syringomyelii: objawy początkowe występują tylko na górnych kończynach, kończyny dolne dotknięte bywają dopiero w późniejszych okresach, toż samo można powiedzieć o zajęciu twarzy.

5) Z zaburzeń troficznych charakterystyczne jest dla trądu występowanie pigmentowanych plam na twarzy i na powiekach — początkowo naczulonych, później znieczulonych — oraz swoistych błękitno-czerwonawych siatkowatych rysunków na skórze.

6) W trądzie spotykamy często bolesne obrzmienie stawów, prowadzące następnie do zniekształceń. Zmiany stawowe w syringomyelii są niebolesne.

7) Dotknięte trądem zakresy skóry wykazują już we wczesnych okresach upośledzenie pocenia, gdy w syringomyelii przez dłuższy czas spostrzegamy *hyperidrosis*.

8) Wybitne rozszerzanie się zaników wraz rozległym drganiem włókienkowym przemawia stanowo za sprawą ośrodkową.

9) Trąd dotyka zawsze mięśni dłoni i stopy, w syringomyelii spotykamy czasem t. zw. „typ łopatkowo-ramieniowy“

10) Zaniki w trądzie zajmują zawsze zakres znieczulenia, w syringomyelii zaś spotykamy czasem typ skrzyżowany.

11) Rozszepienie uczucia nie stanowi żadnej oznaki rozpoznawczej. Daleko ważniejsze znaczenie posiada umiejscowienie zmian uczuciowych: w syringomyelii spotykamy zaburzenia uczucia w postaci odcinkowej, w trądzie zaś w postaci *plaques* rozmaitej postaci i wielkości.

12) W trądzie spotykamy wrzecionowate wzdęcie nerwów (strzałkowego, łokciowego) oraz bolesność ich przy ucisku. W syringomyelii nerwy są zupełnie niebolesne.

13) Wreszcie dla syringomyelii charakterystyczne są zaburzenia pęcherza, kiszki oddechowej, objawy spastyczne w kończynach dolnych, skolioza kręgosłupa. Wszystkiego tego nie ma w trądzie.

W roku bieżącym miałem sposobność zbadać mikroskopowo rdzeń chorego, zmarłego na chorobę MORVAN'a. Rdzeń ten zawdzięczam uprzejmości d-ra Kazimierza ZIELIŃSKIEGO, na którego oddziale w szpitalu na Pradze chory leżał. Zaznaczam z góry, że *status nervosus* chorego daleki jest od wyczerpującej dokładności, gdyż chory przybył do oddziału w stanie bardzo ciężkim i niezupełnie przytomnym, leżał wszy-

stkiego 3 dni, badanie obiektywne było bardzo utrudnione, a dokładne zebranie wywiadów prawie niemożliwe.

Antoni KOŁT lat 59. Dwa lata temu ropienie na palcach obu dłoni, lekka gorączka, mrowienie w obu kończynach górnych, od kilku miesięcy chód utrudniony, od miesiąca leży. W szpitalu leżał kilkakrotnie: z powodu uderzenia w klatkę piersiową, z powodu kaszlu i t. d.. Kaszle oddawna, w ostatnich czasach nasilenie kaszlu i duszności. Warunki życia fatalne.

16. II. 01. *St. gravis*. Nawpół przytomny. Ogólne wyniszczenie. Wzrostu średniego, odżywiania złego.

Klatka piersiowa beczkowata. Granica płuc opuszczona. W prawym wierzchołku nieznaczne stłumienie; *resp. aspera* prawie *indeterminata*, świsty i nieliczne drobne rżenia. W dolnych częściach obu płuc oddech osłabiony i nieliczne drobne wilgotne rżenia.

Tępość serca znacznie zmniejszona. Tętno głuche i słabe. *Arythmia*. Tętno drobne, miękkie, 120 uderzeń na minutę.

Brzuch zapadnięty, niebolesny. Wątroba, ani śledziona nie wyczuwa się.

Na wszystkich palcach obu stóp rozpoczynająca się *gangraena humida*. Falangi paznociowe, a poeżęści i inne falangi szaro-czarnego koloru z naskórkiem wzniesionym miejscami w kształcie pęcherzyków, wypełnionych brunatno-czerwonym płynem. Na niektórych miejscach pęcherzyki te już popękały, naskórek zaś jest zmarszczony i macerowany.

Paraphimosis, na *glans penis* wiele owrzodzeń powierzchownych.

W okolicy kości krzyżowej widać wielką odleżynę o postaci przypominającej motyla. Na wewnętrznych powierzchniach kończyn górnych i dolnych (na powierzchniach zginania) widać wiele owrzodzeń wielkości od monety kopiejkowej do 5-ciokopiejkowej, o postaci nieprawidłowej z ostrymi konturami. Dno owrzodzeń posiada zabarwienie prawie czarne, miejscami

składa się ono z zmartwiałej skóry; na innych miejscach naskórek uniesiony jest, jak to opisywałem na palcach nóg — pęcherzyki te również zawierają płyn brunatno-czerwonawy. Prócz tego dwa małe owrzodzenia na skórze brzucha oraz wielkie ropiejące owrzodzenia na obu kolanach.

Na obu dłoniach symetryczne zniszczenie ostatnich falang 2 i 3 palca, na wszystkich palcach zniszczenie paznogi, prócz 5 palca obu dłoni.

Zaniki mięśniowe *thenaris* i *hypothemaris*.

Ruchy czynne w prawej kończynie górnej utrudnione (wskutek starego zwicnięcia w stawie barkowym), w lewej — zachowane. Siła mięśniowa osłabiona.

Kończyny dolne w stawach kolanowych w stałej kontrakturze i przygięte do brzucha. Ruchy czynne niemożliwe, bierne bardzo ograniczone.

Czucie na dotyk, ból i ciepłość wszędzie osłabione; na wielu miejscach kończyn górnych i dolnych zupełnie zniesione. Rozszczepienia czucia nie można było stwierdzić nigdzie.

Odruchy kolanowe i z ścięgien ACHILLES'a obustronnie wzmożone, z prawej strony znacznie żywsze, aniżeli z lewej. Odruchy skórne normalne.

Ze strony nerwów czaszkowych brak zmian wyraźnych. Źrenice równe — odczyn na światło

stały, na przystosowanie dobry. Ruchy gałek ocznych zachowane.

Brak objawów opuszkowych. *Incontinentia et retentio urinae et alvi*. Bardziej szczegółowe badanie z powodu ciężkiego stanu chorego niemożliwe.

17. II. 01. *St. gravis*. Duszność i kaszel silniejsze. Tętno 128, ciepłota 38,2°C., oddech 39. Owrzodzenia i odleżyny bez zmian, miejscami z pod strupów zmartwiałej skóry sączy się ropa.

18. II. 01. Śmierć przy objawach duszności i wyczerpania serca.

Objawy tak typowe, jak zastrzały na palcach dłoni, zaniki mięśniowe, zmiany czucia, dotykające wszystkich kategorii czucia bez rozszczepienia czucia, zniekształcenia palców i paznogi i inne wybitne zmiany odżyweze zniewalają do rozpoznania w przypadku tym typu MORVAN'a.

Sekeya, dokonana dnia 18. II. 01 wykazała, prócz rozedmy z hipostazą w dolnych płatach i obrzękiem płuc, stare ognisko gruźlicze w prawym wierzchołku, zmiany w narządach wewnętrznych właściwe miażdżycy tętnic, a więc małe serce, małe nerki, słaby stopień marskości wątroby oraz obecność jam w rdzeniu kręgowym.

W mózgu i w opuszcze zmian makroskopowych nie było.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

JAD TĘŻCOWY

i odporność na jego działanie.

Podał

Bolesław Żebrowski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 23).

Z doświadczeń tych wynika, że lecznicze działanie surowicy przeciwżęcowej jest nierównie słabsze, niż także działanie surowicy przeciwbłoniczej. Zastanawiający jest fakt, że surowica przeciwżęcowa, obdarzona wybitnymi własnościami profilaktycznymi i nierównie silniejsza *in vitro* od surowicy przeciwbłoniczej, nigdy nie wywiera takiego szybkiego działania leczniczego, jak ta ostatnia. Przyczyna tego faktu leży w przebiegu sprawy chorobowej: wobec istnienia okresu inkubacji w tężcu — okresu nieraz bardzo długiego — rozpoznanie, a co za tem idzie i leczenie tej choroby przychodzi zawsze prawie znacznie później, niż w błonicy — wtedy gdy jad jest w większej części silnie związany z wrażliwymi komórkami nerwowymi, działanie antytoksyny mniej pewne i szanse wyleczenia mniejsze.

Oczywiście najwięcej widoków na wyleczenie mają te przypadki, w których surowica została zastosowana wkrótce po zakażeniu — przed wybuchem objawów tężca.

To też bardzo jest wskazane stosowanie surowicy przeciwżęcowej w przypadkach podejrzanych poronień, ran, powalanych ziemią, kurzem, kałem zwierzęcym i t. p. BAZY np. od chwili stosowania surowicy nie obserwował ani jednego przypadku tężca, podczas gdy przedtem nie były one rzadkością. Również dodatnie wyniki notuje praktyka weterynaryjna. NOCARD rozdał do użytku weterynarzy około 70 litrów surowicy przeciwżęcowej. Większa część zwierząt (konia, osły, muły, byki, barany, świnie) dostała 2 iniekcje surowicy w odstępie 10–12 dniowym,

mianowicie zwierzęta duże po 20 ctm. sz., barany i świnie po 6–10 ctm. sz. Z ogólnej liczby 3,088 zwierząt, które otrzymały pierwszą iniekcję zaraz po operacji (obcięcie ogona, kastracja, wyłuszczenie guzów etc.), żadne nie zapadło na tężec. Z 400 zwierząt, u których pierwszą iniekcję zrobiono później — w 1–4 dni po przypadkowym skaleczeniu, zachorował tylko jeden koń, ale zejście było pomyślne. W tych samych miejscowościach, w których wyniki leczenia były także znakomite, było w tym samym czasie 314 przypadków tężca z zejściem śmiertelnym pomiędzy zwierzętami operowanymi lub skaleczonymi i nie leczonymi.

Gorsze są wyniki leczenia przypadków, w których objawy tężca już wybuchły.

Z doświadczeń DÖNITZ'a wynika, że surowica przeciwżęcowa, zastosowana już po wybuchu objawów, wywiera daleko wybitniejsze działanie lecznicze na myszy i na świnki morskie, niż na króliki. Od czegoż zależy ta różnica w działaniu na różne zwierzęta?

KNORR, BLUMENTHAL i inni dowiedli, że u świnek morskich w chwili wybuchu objawów tężca prawie cała ilość wprowadzonego jadu krąży jeszcze we krwi i, tylko nieznaczna część jest już związana z substancją nerwową. Zatem do wywołania objawów tężca u świnki morskiej dostateczne jest podziałanie nieznacznej ilości jadu na substancję nerwową. Oczywiście dla świnki morskiej dawka jadu, wywołująca objawy tężca (Krankmachende Dosis) jest znacznie mniejsza od dawki śmiertelnej. To też, jeżeli śwince morskiej z objawami tężca wprowadzimy pod skórę odpowiednią dawkę surowicy, to w najgorszym razie niezobojętnioną pozostanie ta właśnie dawka, wywołująca objawy tężca, bowiem wszystkie jad, krążący jeszcze we krwi, zostanie zneutralizowany.

Inaczej rzecz się ma u królika. U tego zwierzęcia po wybuchu pierwszych objawów znajdujemy we krwi minimalne ilości jadu — większa

część została związana przez komórki nerwowe i komórki innych organów wewnętrznych. Żeby nastąpiło wyleczenie, antytoksyna musi zubożnić przynajmniej część śmiertelnej dawki jadu, związanej z ośrodkami, rozerwawszy połączenie jadu z komórkami — co, jak wiemy, jest możliwe tylko do pewnych granic w czasie. Widzimy więc, że szanse seroterapii zależne są w znacznej mierze od rozmieszczenia jadu w ustroju.

Jeżeli zwrócimy się do człowieka, znajdziemy, że po wybuchu pierwszych objawów jadu we krwi niema wcale, lub też są nieznaczne tylko ilości. Zatem człowieka musimy zaliczyć do tej kategorii zwierząt, u których — jak u królików — układ nerwowy wiąże szybko toksynę tężcową i które przez to mniej mają szans wyleczenia z chwilą, gdy objawy tężca już wybuchły. Jednak STRICK leczył króliki już po wybuchu objawów tężca — z pomyślnym skutkiem.

Ale danych doświadczalnych, otrzymanych na zwierzętach, nie możemy przenosić na człowieka już chociażby dla tego, że okres inkubacji tężca u zwierząt i u ludzi jest bardzo różny: u myszy wynosi od 6 godzin do 3 dni, u świnki morskiej od 12 — 48 godzin, u królika od 48 — 96 godzin, u człowieka od 1 — 60 dni. Dalej nieznaną jest gatunkowa wrażliwość człowieka na jad tężcowy; nie wiemy również nawet w przybliżeniu, jaka ilość jadu wytwarza się u chorego w miejscu zakażenia.

To też, chcąc sobie wyrobić pojęcie o leczniczej wartości surowicy przeciw tężcowej u ludzi, musimy oprzeć się na statystyce — i to, ile możliwości, dużej.

Przedewszystkiem podajemy statystykę przypadków, leczonych innymi metodami.

Według ROSE'go cyfra śmiertelności waha się zależnie od okresu wylęgania w granicach 75% — 96%. BEHRING, LEYDEN i BLUMENTHAL podają odsetek śmiertelności na 80 — 90%; RICHTER na 88% — (717 przypadków); statystyka szpitali londyńskich na 84 — 89%; VAILLARD na 60 — 70%; MŁCZKOWSKI na 63,2%; LUND na 60%. Znacznie niższą cyfrę, bo tylko 50,79% podaje CURSCHMANN. DIECKERHOFF określa śmiertelność u koni na 90%. LEYDEN i BLUMENTHAL odmawiają wartości starej statystyce CURSCHMANN'a (1889), „bowiem niewiadomo, co wtedy oznaczano mianem tężca“.

Statystyka przypadków, leczonych surowicą, jest już dość pokaźna. MOSCHCOVITZ zebrał 307 przypadków i określa cyfrę śmiertelności na 46,9%; HOLSTY na zasadzie 171 przypadków — 43%; STEUER na 41,2% (311 przypadków); LUND na 39,5% (167 przypadków); MŁCZKOWSKI na 39,1% (23 przypadki); ENGELMANN na 32% (134 przypadki), ARNDT u koni na 56%.

Zestawiając te wszystkie wyniki, dochodzimy do przekonania, że działanie lecznicze surowicy przeciw tężcowej jest niewątpliwe. Szczególnie, jeżeli uwzględnimy, że w wielu przypadkach z wyżej wymienionych surowica była stosowana zbyt późno. Wychodząc z danych doświadczalnych na zwierzętach, BEHRING twierdzi zupełnie słusznie, że opierać wnioski o skuteczności surowicy w tężcu można tylko na takich przypadkach, w których surowica została zastosowana nie zbyt późno, to jest nie później, niż w 30 godzin od wystąpienia pierwszych objawów tężca, i w ilościach dużych — nie mniej niż 100 A. E. naraz podskórnie. Rzeczywiście statystyka ENGELMANN'a, obejmująca przypadki, leczone surowicą BEHRING'a i KNORR'a (od roku 1895), wykazuje tylko 20% śmiertelności. BEHRING spodziewa się, że cyfra ta spadnie do 15% — o ile surowica będzie stosowana w ciągu pierwszych 30 godzin po wybuchu pierwszych objawów.

Wostatnich czasach BEHRING radzi stosować surowicę w pobliżu miejsca infekcji (dawny sposób TRIZZONI'ego); w przypadkach *tetanus puerperalis* — zaleca wstrzykiwać surowicę do macicy lub do pochwy, niezależnie od iniekcji podskórnych.

Z doświadczeń ROUX'a i VAILLARD'a wynika, że zarazek tężca może przez pewien czas rozwijać się i wytwarzać jad w tkankach zwierząt, we krwi których krąży antytoksyna. Wobec tego w przypadkach, w których miejsce zakażenia nie może być usunięte, wskazane jest powtórne wstrzykiwanie surowicy co 2 — 3 dni parę razy, a to aby uprzedzić ewentualny nawrót cierpienia.

Dla uzupełnienia dodać należy, że surowicę przeciw tężcową stosowano jeszcze wewnątrzylśnie, do mózgu i pod oponę twardą rdzenia. Wyniki były znacznie gorsze, niż przy wstrzykiwaniach podskórnych.

LITERATURA.

- ARNDT. Deut. med. Woch. 1898. N. 4.
 ASAKAWA. Centr. f. Bakt. XXIV. p. 166 i 234.
 ASCHOFF. Ehrlich's Seitenkettentheorie. Jena 1902.
 BECK. Zeitschr. f. Hygiene. XIX. Heft 3.
 BEHRING. D. m. W. 1893 N. 48; 1898 N. 5, 42; 1899 N. 1; 1900 N. 2. Z. f. H. XII, H. 1.
 BEHRING und FRANK. Deut. med. Woch. 1892. N. 16.
 BERING und KNORR. Deutsche med. Woch. 1896. N. 43.
 BEHRING und RANSOM. Deutsche med. Woch. 1898. N. 12.
 BESREDKA. Ann. de l'inst. Pasteur. 1903 N. 2.
 BLUMENTHAL. D. m. W. 1898 N. 12.
 BOMSTEIN. C. f. B. XXII. p. 587; XXIII. p. 584 i 785.
 BONOME. C. f. B. XXXI p. 777.
 BRIEGER. Z. f. H. XIX. p. 101.
 BRIEGER und BOËR. Z. f. 1896, XXI. H. 2; D. m. W. 1896. N. 49.
 BRIEGER und EHRLICH. Deut. med. Woch. 1892. N. 18.
 BRIEGER, KITASATO, WASSERMANN. Z. f. H. XII. p. 137.
 BRUNNER Conrad. D. m. W. 1894. N. 5.
 BRUNNER Jerzy. Arch. u. biol. r. 1897.
 BRUSCHETTINI. D. m. W. 1892. N. 16.
 BUCHNER. München. medic. Woch. 1893. N. 24, 25.
 BUSCHKE und OERGEL. D. m. W. 1893. N. 7.
 CALMETTE. Ann. P. 1895. p. 225.
 CARRIÈRE. Ann. P. 1899. p. 435.
 COBBET und KANTHACK. Centr. f. B. XXIV. p. 129.
 DANYSZ. Ann. P. 1899. 156.
 DIMITRIEWSKI. Ann. P. 1903. N. 2.
 DÖNITZ. D. m. W. 1897. N. 27.
 DREYER. Z. f. H. XXXVII. p. 268.
 DREYER und MADSEN. Zeit. f. H. XXXVII.
 DZIERZGOWSKI. Archiw. n. biolog. 1897 p. 171; 1898 p. 363. Gazeta lekarska. 1902, N. 14, 15, 16; 1903, N. 14, 15.
 EHRLICH. Z. f. H. XII, p. 183; Sem. médic. 1899. p. 411.
 EHRLICH und HÜBENER. Z. f. H. XVIII. H. 1.
 FEDOROW. C. f. B. XVI. p. 484.
 FERMI und CELLI. C. f. B. XII. Nr. 18.
 FERMI und PERNOSI. Z. f. Hig. 1894, XVI. H. 3.
 FODOR und RIEGLER. Centr. f. Bakt. XXI. p. 134, 186.
 GOLDBERG. C. f. B. XXVI. p. 547.
 GUMPRECHT. D. m. W. 1894. Nr. 26.
 HERHOLD. D. m. W. 1901. N. 30.
 IMMERWAHR. D. m. W. 1891. Nr. 30.
 JACOBSON. D. m. W. 1897. N. 24.
 KITASATO. Z. f. H. X. p. 267; XII. H. 3.
 KONDRATIEFF. C. f. B. XXI. p. 407.
 KUCHARZEWSKI. Kronika Lek. 1902. 13.
 LEYDEN und BLUMENTHAL. Der Tetanus. Wien. 1900.
 MADSEN. Z. f. H. XXXIII. H. 2.
 MARENGHI. C. f. B. XXI p. 256.
 MARIE. Ann. P. 1897, p. 591; 1898, p. 91.
 MARIE et MORAX. Ann. P. 1897, p. 315; 1902, p. 818.
 MARX. Z. f. H. XXXVIII. p. 372; XL. H. 2.
 MĘCZKOWSKI. Gaz. Lek. 1902. N. 23.
 MIECZNIKOW. Ann. P. 1897, p. 801; 1898 p. 81 i 263.
 MIECZNIKOW. L'immunité. Paris. 1902.
 MÖLLERS. D. m. W. 1901. N. 47.
 NENCKI, SIEBER, SCHOUMOWA. C. f. Bakt. XXIII, p. 840 i 880.
 NISSEN. D. m. W. 1891. N. 24.
 PALMIRSKI. Księga pamiątkowa Dunina. Warszawa 1901.
 RANSOM. D. m. W. 1898. N. 8.
 ROUX et BORREL. Ann. P. 1898, p. 225.
 SALOMONSEN et MADSEN. Ann. P. 1897, p. 314; 1898 p. 763; 1899, p. 262.
 SCHUETZ. Z. f. H. XII. H. 1.
 SIEBER-SZUMOWA. Gaz. lek. 1902. N. 11.
 SMIRNOW. Arch. u. biolog. 1896, p. 309.
 STECKIEWICZ. K woprosu ob immunitietie pri stolbniakie. Rozprawa. Petersburg. 1900.
 STOUDENSKY. Ann. P. 1899. N. 2.
 ŚWIERZEWSKI. Wlijanie toksinow i antitoksinow na obmien u ziwotnych. Rozprawa. Warszawa. 1900.
 SZYMAŃSKI. C. f. B. XXX p. 976.
 TIZZONI. D. m. W. 1900. N. 9.
 TIZZONI e CATTANI. D. m. W. 1892. N. 18; C. f. B. VIII. p. 69; IX. p. 189 i 685; X. p. 33.

USZYŃSKI. C. f. B. XIV. p. 316.
 VAGEDES. Z. f. H. XX. H. 2.
 VAILLARD. Ann. P. 1892 p. 224 i 676; 1896.
 p. 65.
 VAILLARD et ROUGET. Ann. P. 1891. p. 1;
 1892 p. 385.

VAILLARD et ROUX. Ann. P. 1893. p. 65.
 VINCENZI. D. m. W. 1898. N. 34.
 WASSERMANN. Z. f. H. XXII.
 ZUPNIK. Deut. med. Woch. 1900. N. 52;
 Wiener klin. W. 1902. N. 4.

K R O N I K A.

Konkursy szpitalne.

Po raz pierwszy zdarzyło się w tych dniach, że pismo lekarskie zdobyło się na odwagę publicznego napiętnowania stronności osoby, zaszczyconej godnością sędzi konkursowego: „Gazeta Lekarska“ w Nr. 20 ze słusznym oburzeniem podnosi fakt ocenienia przez jednego z sędziów cyfrą 2 kwalifikacji naukowych kandydata na posadę ordynatora chorób nerwowych w szpitalu żydowskim, gdy tenże kandydat od innych sześciu sędziów otrzymał najwyższy stopień — 10.

Różnica zdań jest tu tak rażąca, że nie pozostawia wątpliwości co do pobudek, jakimi się ów sędzia kierował, a stanie się tem jaskrawszą, gdy dodam, że z 7 ubiegających się o posadę jeden tylko otrzymał stopień wysoki, reszta zaś niskie. „Ta okoliczność“, pisze „Gazeta Lekarska“, „daje dużo do myślenia i nakazuje przyjąć przypuszczenie, że jeden z kandydatów miał swego protektora, który postanowił obniżyć szanse zwycięstwa innych konkurentów przez stawianie im jedności, swemu zaś protegowanemu dał zapewne dziesięć“.

Po raz pierwszy więc została ujawniona stronność sędzi przy kwalifikowaniu na posadę ordynatora szpitala, za co należy się wdzięczność „Gazecie lekarskiej“, ale nie po raz pierwszy grzech ten obarczył sumienie sędziowskie.

Przeróżne „słabe strony“ konkursów szpitalnych były i są tak powszechnie znane, że dały kiedyś powód do następującego dyalogu

między osobą ze sfer miarodajnych a ubiegającym się o posadę ordynatora lekarzem: „Na posadę, o którą pan się stara, trzeba będzie wyznaczyć konkurs; czy stanie pan do niego?“

„Stanę, ale bardzo niechętnie, albowiem konkurs.....“

„Nie rozstrzyga sprawy według sprawiedliwości“, dokończył pan X., ale coż robić, wobec zgłoszenia się kilku kandydatów innej drogi nie ma“.

I w samej rzeczy, co robić, gdy o posadę ordynatora ubiega się kilku kandydatów? Na jakiej zasadzie przenieść jednego nad drugiego? Jak uniknąć protekcyi? Zdawałoby się, że najwłaściwszą drogą stanowi tu konkurs, że areopag, złożony z mężów nieposzlakowanej cnoty, rozstrzygnie sprawę wedle sumienia.

Ale dzieje się pono inaczej.

Nie popełnię, zdaje się, omyłki, utrzymując, że pamiętam wszystkie konkursy szpitalne z ostatniego dwudziestolecia, a chociaż ich było w tym czasie względnie niewiele, większość bowiem ordynatur, szczególnie w ostatnich latach, obsadzono bez konkursu, rozporządzam jednak sporą garstką ciekawych spostrzeżeń.

Na czele ich kładę fakt, że niebyło w owem dwudziestoleciu konkursu, którego wyniku nie przepowiadano by z całą pewnością na kilka tygodni przed jego rozstrzygnięciem. Przepraszam, był jeden taki, ale..... żaden ze współubie-

gających się kandydatów nie utrzymał się na nim, posadę zaś obsadzono później bez konkursu.

Nie zaprzeczy mi nikt, że taki objaw jasnowidzenia nie świadczy o zbyt doniosłej roli konkursów szpitalnych. Ale są jeszcze jaskrawsze dowody jasnowidzenia.

Na jednym z konkursów z niemałym zdumieniem widziałem, jak większość sędziów, wchodząc do sali, gdzie konkurs miał się odbyć, z osobliwą jakąś serdecznością witała jednego z kandydatów, traktując innych bez szczególne go wyróżnienia. Dziwnym zbiegiem okoliczności ten właśnie kandydat utrzymał się na konkursie, a mnie wprost zaimponowała nadzwyczajna bystrość umysłu sędziów.

Na innym, a raczej przed innym konkursem zdarzył się fakt jeszcze bardziej zdumiewający. Do konkursu stawalo, o ile pamiętam, czterech kandydatów, w każdym razie nie mniej. Na dzień, czy dwa dni przed terminem zgłosił się jeden ze współubiegających się do drugiego z wyjaśnieniem, że stając w tym razie do konkursu, nie pretenduje bynajmniej o wakującą obecnie posadę, że robi to dla widoków na przyszłość, że, gdyby nawet otrzymał największą liczbę stopni, zrzeknie się posady na korzyść następującego. Słowa te były niejako usprawiedliwieniem się ich autora przed kolegą, któremu robił konkurencję. Inni kandydaci, którzy do tego samego konkursu stawali, nie byli zaszczytzeni wizytą i wyjaśnieniem szlachetnego kolegi. I stała się rzecz niezwykła: pierwszym z konkursu wyszedł właśnie ów kolega, który o wakującą posadę nie pretendował, drugim zaś, o dziwo! ten, do którego zwrócono się z powyższym wyjaśnieniem.

No, czy to nie jest zdumiewające?

Niemniej bajeczne rzeczy zdarzały się na samym konkursie, i, gdy „Gazeta Lekarska“ ogłosiła ciekawy incydent z ostatniego konkursu, to zapewne nie sądziła, aby incydent ów nie miał poprzedników. Przypomnę więc, że na jednym z konkursów pewien kandydat otrzymał po jedynce od dwóch sędziów, którym zależało widocznie na tem, aby w przyszłości nie mieć niebezpiecznego współzawodnika. Tenże sam kandydat wskutek tego nie otrzymał wymaganej dla ordynatora liczby stopni pomimo zrobienia dobrego rozpoznania u dwóch chorych i dosko-

nałego wykładu ustnego, gdy kolega jego, który nie rozpoznał przypadku bardzo pospolitej choroby, miał stopnie dostateczne.

Takich przykładów, może mniej jaskrawych, było więcej, a mówi się o nich wprawdzie tylko ze słyszenia, bo dowodów pewnych wobec tajności głosowania być nie może, ale okazuje się, że „pogłoski“ owe zawierają w sobie dużo prawdy.

Opowiadają więc jeszcze, na przykład, iż na pewnym konkursie przed rozpoczęciem głosowania lekarz naczelny szpitala, w którym konkurs się odbywał, ozwał się mniej więcej w te słowa: „Wszyscy ubiegający się o ordynaturę, wykazali dużą znajomość rzeczy, ja wszakże, życzylbym sobie, aby w szpitalu moim ordynował X“.

Że takie sugestyonowanie sędziów jest niewłaściwe i nieprzyzwoite, o tem dwóch zdań być nie może, inaczej jednak zapatrywał się na tę sprawę pewien sędzia konkursowy, który, jak mówi, w czasie wykładu kandydatów stosownie do swych sympatyj i antypatyj raz objawiał zadowolenie, drugi raz zwracał się do sąsiadów z ironicznym uśmiechem na ustach, wyrażającym lekceważenie dla słów mowy. A dodać tu należy, że sędzia ów był jedną z dwóch tylko osób kompetentnych na konkursie, posada bowiem wakująca dotyczyła specjalności, bardzo słabo wśród ordynatorów szpitalnych reprezentowanej. Ten sam pan przy zdawaniu sprawy przez jednego z kandydatów z objawów zbadanego przypadku podobno szepnął niekompetentnemu sąsiadowi: „nieprawda, tam wcale tego nie ma“. Rzecz prosta, że w podobnym wypadku, gdy sędzi 7 ludzi, z których tylko dwóch zna daną specjalność, ci dwaj są panami życia i śmierci stających do konkursu. A gdy jeszcze z tych dwóch jeden jest skromny, bez kwalifikacji na wodzireja, którego rolę bierze na siebie drugi, to los ubiegających się o ordynaturę znajduje się w rękach jednego człowieka.

Przytoczone tu przykłady dowodzą, zdaje mi się, dosyć przekonująco, że konkursy na posady ordynatorów szpitalnych nie wyłączają bynajmniej systemu protekeyjnego, na którego usunięciu prawodawcy zapewne nie mało zależało. Przeciwnie, śmiem twierdzić, że droga ta, przynajmniej w praktykowanej obecnie postaci, daje o wiele więcej sposobności do protekeyi, aniżeli inna.

Gdyby wolno było mówić o zupełnem zniesieniu konkursów szpitalnych, to uważałbym, zgodnie ze zdaniem Nosocomialis'a („Głos“ r. 1896), za daleko sprawiedliwszą i trafniejszą ocenę wyboru lekarza na stanowisko ordynatora, uczynioną przez przyszłych jego kolegów z tego samego szpitala, do którego kandyduje. Tam, gdzie wybiera kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu ludzi, łatwiej usunąć protekcyę i względy osobiste, niż tam, gdzie sędzi siedmiu, wartość zaś i uzdolnienie lekarzy, ubiegających się o posadę, bez wszelkich egzaminów doskonale jest znana ich kolegom.

A egzamin ów, stanowiący kwintesencję konkursu, to przecież tylko licha trzyaktowa komedia, licha zarówno pod względem treści, jak i sposobu przeprowadzenia „intrygi“. W akcie pierwszym kandydat na ordynatora, badając chorego, powinien wykazać obycie kliniczne. Jest to, według mego zdania, najważniejsza część konkursu, najbardziej jednak przez sędziów lekceważona, a jako taka nie mająca właściwie znaczenia. Akt drugi polega na zrobieniu i umotywowaniu rozpoznania choroby. Na konkursy jednak muszą być wybierane przypadki tak pospolite, że z trafnego ich rozpoznania ocenić wykształcenia lekarskiego i wprawy klinicznej niepodobna. Najmniejszej doniosłości i najniewłaściwszy na konkursie jest akt trzeci — wykład ustny: kandydat ma mieć 1 godzinny odczyt na temat jednej z rozpoznanych chorób. Zwykły materiał kliniczny na konkursie stanowią te same rodzaje chorób: cierpienia serca, nerek, gruźlica, guzy jamy brzusznej, przymiot, jakaś nie trudna do rozpoznania wysypka skórna i t. d. Nie mówiąc o tem, że lekarz, przystępujący do konkursu, bez przygotowania powinien umieć powiedzieć coś o każdym pospolitym przypadku choroby, ma on przecież na przygotowanie się 6 tygodni czasu, wygłoszenie więc takiego wykładu w istocie nie daje żadnej rękojmi kwalifikacyi danego kandydata na ordynatora. Więcej powiem: każdy przypadek, przeznaczony na konkurs, tak łatwo da się nagiąć do kwestyi, przestudowanej przez konkurenta, iż tenże może pójść o zakład, że nawiąże do danego przypadku rzecz, o której mówić pragnie. Wykład ustny więc nie tylko nie ma doniosłego znaczenia na konkursie, ale, przeciwnie, ma ujemną stronę, wymaga bowiem od kandydata elokwencyi, któ-

ra weale nie zawsze idzie w parze ze znajomością rzeczy: można przy małem przygotowaniu mówić bardzo płynnie, pięknie, porywająco, co działa dodatnio na sędziów, i przy dużym zapasie wiadomości jakać się, stękać i tak znużyć słuchaczy, że sąd o kandydacie wypadnie ujemnie. A ordynator szpitala nie powinien przecież posiadać kwalifikacyi na mówcę.

Dodajmy do tego ograniczanie kandydata terminem 15 minutowym na zbadanie dwóch chorych, a 30 minutowym na wykład, pośpiech ze strony badającego lub mówiącego na skutek przypominania prezesa, że pozostało mu już tylko tyle a tyle minut, a zgodzimy się chyba, że konkursu jako próby poważnej traktować nie można. Jeszcze mniej poważną staje się ta sprawa w chwili, kiedy za kandydatami zamykają się drzwi komnaty, w której zapasę ma wyrok areopagu. Tu, jak oddawna fama niosła i jak przed kilku tygodniami jeszcze raz oburzyła opinię publiczną, sąd „według sumienia“ staje się terenem protegowania miłych, a gnębienia wstrętnych sercu sędziowskiemu. Ułatwia zaś sędziom to szlachetne zadanie sposób wyrażania sądu o kandydatach: głosowanie tajne.

Dlaczego na konkursach wprowadzono ten sposób głosowania, trudno dociec, zwłaszcza, że ustawa o konkursach szpitalnych nie o tajności głosowania nie wspomina. Każdy z sędziów powinien wyrazić sąd swój jawnie na piśmie, t. j. napisać stopień i opatrzyć go swoim podpisem. Inny rodzaj głosowania jawnego przez wypowiedanie stopni uważam za niewłaściwy z tego względu, że ostatni sędziowie mogą kierować się w ocenieniu kandydata stopniami, danymi przez poprzedników, t. j. widząc, że suma stopni „niesympatycznego“ kandydata grozi utrzymaniem się jego na stanowisku, mogą celowo zmniejszyć o jeden lub dwa swój stopień albo naodwrot w miarę potrzeby wyżej ocenić wartość swego kandydata i w ten sposób dopiąć celu. Gdyby można było do ustawy wprowadzić żądanie motywowania zdań ze strony sędziów, jawność głosowania zyskałaby jeszcze bardziej na ważności.

Kiedy już mowa jest o zmianach, jakie do ustawy należałoby wprowadzić, to sądzę że daleko właściwszy byłby zamiast wykładu ustnego wykład piśmienny o danej chorobie. Przemawiają zatem dwa względy:

1) Usuwa się ewentualną wyższość bardziej elokwentnego kandydata nad mniej wymownym.

2) Wykład piśmienny, zapieczętowany, opatrzony dewizą z dołączoną kopertą, zawierającą nazwisko autora i też samą dewizę, daje większą szansę sprawiedliwej oceny pracy autora. Wobec rozpowszechnionego obecnie systemu pisania na maszynie uniknęłoby się jeszcze zarzutu, że sędzia mógłby się kierować w ocenieniu wykładu więcej charakterem znanego mu pisma kandydata, niż wartością jego utworu. W tym wypadku pewność co do sprawiedliwej oceny byłaby największa, bo trudno przecież przypuścić, aby ludzie, ubiegający się o posady ordynatorów, mogli się do tego stopnia zniżyć, by uprzedzić sędziów o cechach, według jakich ich wykłady poznają. Prace piśmienne kandydatów mają być piśmiennie ocenione przez sędziów z podaniem odpowiednich motywów.

Druga zmiana powinna dotyczyć paragrafu ustawy, głoszącego, że konkurs ma się odbywać w tym szpitalu, gdzie posada wakuje. Paragraf ten ułatwia kandydatom poznanie materiału szpitalnego, a chociaż ludziom dojrzałym nie przystoi, jak żakom, dowiadywać się, o co pan profesor będzie pytał, jednak podobno przykłady takie się zdarzały. Gdyby o miejscu odbycia konkursu decydowała w ostatniej chwili Rada Miejska, usunęłaby powyższą ewentualność, bo na przestudyowanie chorych ze wszystkich szpitalów warszawskich nie każdy potrafiłby się zdobyć.

Zarówno, jak miejsce konkursu, tak i sędziowie powinni być wybierani losem i zawiadomiani o wyborze nie wcześniej, niż w wieczór, poprzedzający dzień konkursu. Zapewne, przykro jest znowu podejrzewać ludzi dojrzałych o jakieś żakowskie konszachty z sędziami, ale podobno i to już było. Ponieważ ustawa w tym względzie nie krępuje władzy właściwej, więc przeprowadzenie tego projektu nie napotyka trudności, czego chwalebny przykład zresztą mieliśmy po raz pierwszy na ostatnim konkursie.

Trzymając się ściśle § 6 ustawy o konkursach, należałoby dbać o to, aby skład sędziów odpowiadał w miarę możliwości specjalności, na jaką konkurs się odbywa. Uwagę tę nastęrcza mi przed kilku laty odbyty konkurs na posadę ordynatora oddziału chorób gardła i nosa, na

którym skład sędziów był następujący: pan Inspektor szpitalów warszawskich, naczelny lekarz szpitala (okulista), chirurg, syfilidolog i trzech internistów, z których jeden znany jest jako neuropatolog, a dwaj inni obok chorób wewnętrznych zajmują się także laryngo-rynologią. Porównując ten skład sędziów z wymaganiami § 6 ustawy o konkursach, nie mogę się domyśleć, do jakiego działu zaliczone tu laryngologię, albowiem: „Do składu delegacji konkursowej należeć będą: a) jeden członek Rady Głównej, wyznaczony z liczby lekarzy, w niej zasiadających; b) naczelny lekarz szpitala, dla którego konkurs się odbywa; c) pięciu lekarzy szpitalnych tak z liczby naczelných innych szpitali, jak i ordynujących.

Udział w delegacji konkursowej lekarzy szpitalnych, o jakich jest mowa pod literą c, tak ma być urządzony, aby:

do konkursu terapeutycznego..... powołanych było 4 lekarzy, mających oddziały chorób wewnętrznych, a jeden z oddziału chorób zewnętrznych.

do konkursu chirurgiczno-operacyjnego — czterech lekarzy z oddziałów zewnętrznych, a jeden z oddziału chorób wewnętrznych.

do konkursu na lekarza oddziału okulistycznego powołanych ma być trzech lekarzy z oddziałów chorób zewnętrznych, a dwóch z oddziałów chorób wewnętrznych.

do konkursu na lekarza oddziału syfilitycznego powołani być mają: dwóch lekarzy z oddziałów syfilitycznych, dwóch z oddziału chorób zewnętrznych i jeden z oddziału chorób wewnętrznych“.

Powyżej wspomniany konkurs laryngologiczny pod względem składu sędziów nie da się podciągnąć pod żadną z czterech wymienionych tu, a przez ustawę przewidzianych kategorii, wytłumaczyć zaś nie można powyższej anomalii brakiem odpowiedniego ordynatora specjalisty, gdyż oprócz wyznaczonych na sędziów dwóch internistów-laryngologów był pomiędzy ordynatorami szpitalnymi trzeci, którego przy wyborze sądu konkursowego pominięto.

Jeśli w powyższych uwagach rozpisałem się nieco szerzej o zmianach, jakieby w ustawie o konkursach szpitalnych oraz sposobie ich urządzania wprowadzić należało, to bynajmniej nie w nadziei, że propozycje moje usuną zasadnicze

wady owych konkursów. W formie, wyżej podanej, mogą być tylko mniej szkodliwe i demoralizujące. Wspomniałem zaś o owych reformach tylko na wypadek, gdyby zupełne zniesienie konkursów szpitalnych uznane zostało za niemożliwe.

Reasumuję zatem wnioski w sprawie obsadzania ordynatur szpitalnych w sposób następujący:

1) Ze względu na małą wartość praktyczną oraz na strony ujemne konkursów szpitalnych należałoby je znieść zupełnie, wybór zaś ordynatorów pozostawić radzie, złożonej ze wszystkich lekarzy szpitala, do którego kandydaci na wakującą posadę się zgłaszają.

2) Jeżeliby powyższa forma obsadzania ordynatur szpitalnych nie została wprowadzona, to w braku mniej wadliwej za najwłaściwszą wypadnie uznać konkursy, przy czem ustawę obowiązującą należałoby zmienić w tym sensie, że: *a)* konkurs odbywać się będzie w jednym ze szpitalów warszawskich; *b)* kandydaci, po zbadaniu dwóch chorych wobec sędziów, będą rozmieszczeni w pokojach oddzielnych, gdzie w pracy piśmiennej przedstawiają umotywowane

rozpoznanie obu przypadków chorobowych oraz wykład o jednym z nich, na co przeznacza się godzinę czasu; *c)* prace piśmienne kandydatów ocenione zostaną imiennie przez każdego z sędziów stopniami od 0 do 10 z przytoczeniem odpowiednich motywów.

3) Jeżeliby wprowadzenie powyższych zmian do ustawy o konkursach szpitalnych okazało się niemożliwym, a, co za tem idzie, ustawa o konkursach musiałaby pozostać w obecnej postaci, to:

a) praktykowany dotychczas zwyczaj głosowania tajnego powinien być zmieniony na głosowanie jawne piśmienne;

b) sędziowie wybierani będą losowo i zawiadamiani o wyborze w wieczór, poprzedzający dzień konkursu;

c) skład delegacji konkursowej ma być urządzony w ten sposób, aby większość sędziów stanowili ordynatorzy szpitalni, obeznani ze specjalnością, na którą konkurs się odbywa.

Zygmunt Srebrny.

ODCINEK.

Sprawozdanie z działalności przytułku położniczego w Częstochowie za rok 1902.

Podał

D-r J. PIETRASIEWICZ.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego
w Częstochowie dnia 4 kwietnia 1902 r.).

P. P.

Sprawozdanie moje obejmuje rok 1902 według st. st., a IV działalności przytułku. Ze względu na to, iż działalność nasza w przytułku w latach ubiegłych była przedstawiona przeze mnie na posiedzeniu naszego Towarzystwa w d. 16. XI. 1901 — będę więc mógł powoływać się na niektóre dane porównawcze.

W roku sprawozdawczym pracowaliśmy w przytułku kol. PISARZEWSKI i ja, a od dnia 23 czerwca wspólną pracę naszą podzielił jeszcze kol. NOWAK. Od lipca roku 1902 przytułek został przeniesiony do nowego mieszkania, w którym znajduje się 1 pokój porodowy z dwoma łózkami, ażeby w razie potrzeby nawet dwie chore mogły rodzić jednocześnie w pokoju porodowym, sala ogólna dwuokienna z 4 łózkami, pokój operacyjny z jednym łóżkiem, w którym przebywają chore po operacji, zanim zostaną przeniesione do sali ogólnej; pokój płatny dla chorych pragnących leżeć oddzielnie i jeden pokój o dwóch oknach, t. zw. separotka, zdala od powyższych sal, w którym leżą chore po porodzie nieczystym lub gorączkujące w położu. Ogółem przytułek

posiada 9 łóżek w 5 pokojach. Oprócz tego gabinet lekarski z apteczką, w którym w razie potrzeby odbywają się dyżury lekarskie. Wanna dla chorych, jak również sterylizator znajdują się w kuchni. Przy przytulku mieszka stale w swoim pokoju wykwalifikowana akuszerka, oprócz której dyżurują codziennie przez całą dobę dwie praktykantki, uczące się w przytulku akuszeryi i wyjeżdżające na egzamin do Instytutu położniczego w Warszawie.

Do przytulku przyjmowane są bezpłatnie rodzące, roniące i chore z powikłaniami ciąży. Rodząca zostaje przyjęta w każdej chwili, czy to dniem, czy to nocą, bez wszelkich dowodów osobistych, rozpoczynający się poród stanowi kwalifikację. Często zgłaszają się chore z t. zw. fałszywymi bólami; te chore przetrzymuje się przez kilkanaście godzin i w wypadku braku bólów prawdziwych zostają wypisane. Niejednokrotnie się zdarza, że jedna i ta sama osoba zgłasza się kilkakrotnie ze słabymi bólami, które po kilkogodzinnym spokoju ustają.

Od początku istnienia przytulku, t. j. przez okres czasu 3½ lat, przyjęliśmy ogółem chorych 292, z których na rok 1902 przypada 122 osoby. W roku sprawozdawczym przyrost w porównaniu z r. 1901 wynosi 24 osoby, co stanowi zwiększenie frekwencji o 24%. Przeciętna liczba chorych miesięcznie wynosi 10 osób. Najmniejsza liczba, 4 osoby, była w styczniu, największa liczba, 15 chorych, była w sierpniu. Ruch chorych według miesięcy wykazuje tabl. I.

Tablica I. Ruch chorych według miesięcy.

	1899 r.	1900 r.	1901 r.	1902 r.
Styczeń	—	3	6	4
Luty	—	5	9	11
Marzec	—	3	7	8
Kwiecień	—	1	7	11
Maj	—	2	11	12
Czerwiec	—	4	7	6
Lipiec	1	5	7	13
Sierpień	6	9	8	15
Wrzesień	4	4	4	12
Październik	4	10	15	12
Listopad	2	4	10	10
Grudzień	2	3	7	8
Ogółem	19	53	98	122 = 292

Przez czas swego istnienia przytułek zdążył zdobyć dla siebie pewne zaufanie w odnośnych sferach, co wykazuje, iż chore chętnie przybywają do przytulku dla odbycia następnego porodu. W r. 1902 mieliśmy 13 chorych, które rodziły powtórnie w przytulku, a 1 nawet rodzącą po raz 3 w przytulku. W liczbie 13 powtórnie rodzących w przytulku znajduje się 7 osób zamężnych, 5 niezamężnych, 1 wdowa. Po raz trzeci rodząca w przytulku jest zamężna.

Co do stanu, to w roku sprawozdawczym widnieje przewaga na stronie osób zamężnych. W latach poprzednich więcej było stosunkowo niezamężnych — widocznie jednakowoż przytułek zaczął już wywalczać sobie racjonalny pogląd na istnienie takich instytucji, gdyż teraz znacznie częściej przybywają mężatki dla odbycia porodu. Na mniejszy stosunkowo procent niezamężnych pacjentek wpływa jeszcze i ta okoliczność, iż w mieście naszym znajduje się dość znaczna liczba osobistości, które z t. zw. zaopiekowania się dziewczyną podczas porodu uczyniły sobie wprost proceder i ciągną z rodzącej znaczne zyski; te więc osobistości wszelakimi sposobami starają się odciągnąć niezamężne pacjentki od naszego przytulku. Stan rodzących w przytulku wykazuje tabl. II.

Tablica II. Stan rodzących.

	W latach		Rok 1902	
	1899, 1900, 1901.		Liczba	%
Zamężne	75	44,4%	67	55%
Niezamężne	84	49,4%	50	41%
Wdowy	6	3,4%	4	3,1%
Niewiadam. stanu	5	2,8%	1	0,9%
	170	100%	122	100%

Z pośród zamężnych pacjentek naszego przytulku najliczniejszy kontyngens stanowią żony robotników fabrycznych, których było 28, następnie żony rzemieślników 12, wyrobników 5, stróżów 2, gospodarzy rolnych 3. Z pośród niezamężnych największą liczbę stanowią służące, których naliczyliśmy 34; robotnice fabryczne przybywają do przytulku względnie nielicznie. W roku sprawozdawczym mieliśmy zaledwie 2 robotnice fabryczne.

(D. u.)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= TRETROP poleca następujący odczyn na białko: 4—5 ctm. sz. świeżego moczu ogrzewa się w probówce prawie do zagotowania, następnie dodaje się kilka kropel 40% roztworu formaliny. Białko strąca się na podobieństwo kurzego i gromadzi się na powierzchni moczu. Po odlaniu płynu można określić ilość białka za pomocą ważenia strątu. (Intern. Med. Mag. Maj 1953).

= MIRABEAU opisał rzadki przypadek porodu bezbolesnego u kobiety, dotkniętej wiałdem rdzenia. Zaraziła się przy-

miotem w 17 roku życia; w 22 roku wyszła za człowieka zupełnie zdrowego; w 26 roku zjawily się pierwsze oznaki wiałdu; po 2 latach nastąpił bezwład kończyn dolnych. W 30 roku poroniła i wkrótce, podczas kursu weierań, zaszła ponownie w ciążę. Poród rozpoczął się zupełnie na czasie, skurcze macicy byly bardzo silne, lecz chora utrzymywała, iż nie czuje żadnego bólu; nie wiedziała również, iż dziecic przyszło na świat. Fakt ten dowodzi, zdaniem autora, że istnieją ośrodki ruchowe w macicy. (N. Y. Med. Bull. Maj 1902).

P.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 6 b. m. odbył się Zjazd b. słuchaczy byłej Szkoły Głównej w Warszawie za cały czas jej 7 letniego istnienia. Zebrało się przeszło 600 b. wychowauców *Almae matris* ze wszystkich jej wydziałów. W tej liczbie znalazło się około 90 lekarzy. Na necie w Filharmonii w imieniu słuchaczy wydziału lekarskiego przemawiał kol. Henryk DOBRZYCKI. Z lekarzy przemawiali jeszcze prof. BARANOWSKI oraz kol. KOSMOWSKI i NUSSBAUM.

— Otrzymaliśmy pierwsze sprawozdanie Muzeum Historycznego dla wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego; muzeum mieści się na razie w klinice chorób wewnętrznych. Prof. W. JAWORSKI uprasza kolegów o nadsyłanie pod jego adresem (Kraków, klinika lekarska Uniw. Jag. ul. Kopernika N. 15) przedmiotów do Muzeum historycznego, jakoteż o popieranie jego usilowań w tym kierunku przez udzielanie bliższych szczegółów o przedmiotach, mogących mieć znaczenie dla tegoż muzeum.

— „Przegląd Lekarski“ w N. 23 donosi: „dnia 30 maja odbyło się posiedzenie komisji

sanitarnej m. Krakowa. Przedmiotem obrad była pojawiająca się od trzech tygodni choroba z nieznanym dotychczas przebiegiem. W posiedzeniu wzięło udział grono lekarzy, którzy mieli sposobność obserwowania objawów „nowej choroby“. Po wyczerpującem omówieniu objawów chorobowych wyraziła komisja jednomyślnie zdanie, że 1) choroba, której kilkanaście przypadków pojawiło się w Krakowie od 10 do 20 maja, jest zbliżona do influenzy, odznacza się umiejscowieniem zmian chorobowych w twarzy, a w szczególności powstawaniem obrzęków i zaczerwienieniem powiek; że 2) przebieg jej jest wogóle łagodny, a weale nie niebezpieczny; że 3) nie przenosi się ona weale z osoby na osobę“.

— D-r SIEBEROWA przystąpiła do wydania zbiorowego wszystkich prac ś. p. prof. Marccego NENCKIEGO.

— D-r SACHS lekarz austriacki, badając w Berlinie laseczniki dżumy zaraził się i zmarł przy objawach płucnych tej choroby.