

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 28.

Warszawa d. 28 Czerwca (II Lipca) 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 Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Podał W. Sterling. (Dokończenie). — Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szyjki. Skręt kiszki esowatej. Podał A. Karczewski. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 70. O bezkrwistości miejscowej skóry, względnie obniżeniu jej ciepłoty, jako wyrazie zaburzeń czynnościowych w narządach wewnętrznych. 71. Przypadek adipositas dolorosa. 72. Nadzwyczaj czuły, prosty i szybki sposób określania cukru gronowego za pomocą szczawianu fonylhydrazyny. 73. Odżywianie chorych na nerki. 74. Otrucie dwuchromianem potasu. 75. Przyczynek do leczenia zatruwających krwotoków po wycięciu migdałków. — Drugi zjazd chirurgów ortopedystów w Berlinie. — Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny“. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Sterling — Contribution aux recherches sur la maladie de Morvan et sur la formation des cavernes dans la moelle. 2) D-r A. Karczewski — Un cas de kyste d'ovaire chez une enfant de 10 ans avec torsion du pédicule et du S iliaque.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. Sterling — Ein Beitrag zur Frage der Morvan'schen Krankheit und der Höhlenbildung im Rückenmark. 2) D-r A. Karczewski — Ein Fall von Eierstockcyste bei einem 10-jährigen Mädchen mit Torsion des Fusses und der Flexura sigmoidea.

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

PRACE ORYGINALNE.

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.)

(Dokończenie — Patrz Nr. 27)

Z danych badania powyższego wynika, że w przypadku niniejszym w klinicznie typowej postaci choroby MORVAN'a mamy do czynienia

z wytwarzaniem się jam w rdzeniu, z bujaniem tkanki gębowatej oraz ze zmianami w białej i szarej substancji rdzenia natury wtórnej. Od czasu pierwszego opisu anatomicznego syringomyelii przez OLIVIER'a d'ANGERS rozmaici badacze zajmowali się zbadaniem patogenezy wytwarzania się jam w substancji rdzenia, tworząc liczne — często wręcz przeczące jedna drugiej teorie. A więc HALLOPEAU, JEOFFROY i ACHARD, opierając się na obecności w ogniskach sklerotycznych naczyń o ścianach zgrubiałych, wykazujących cechy sprawy zapalnej, przypuszczają, że skutek obliteracyi tych naczyń mogą po-

wstać ogniska nekrobiotyczne, których wessanie się prowadzi do powstawania jam: sprawę taką określają oni nazwą *myélite cavitaire*. CRITZMAN, przyłączając się do zdania powyższego, twierdzi, że bujanie glei w syringomyelii najzupełniej różni się od gliomatu w znaczeniu nowotworu, przypisuje on bujaniu temu pochodzenie zapalne wskutek zaburzeń w krążeniu lub wskutek obrażeń zapalnych komórek wyściółki albo innych mięszkowych elementów rdzenia. LEYDEN i VIRCHOW, wypowiadają się za embryonalnym pochodzeniem jam; sądzą oni, że w pewnym okresie życia embryonalnego kanał centralny ulega rozszerzeniu, z tego zaś rozszerzenia wytwarza się jama, która dopiero następnie otacza się zbitą tkanką sklerotyczną. KAHLER i PICK, dzielając zdanie to, sądzą, że jamy powstawać mogą nie tylko z kanału centralnego, lecz i z przebiegających wzdłuż rdzenia jego uchyłków, zdanie powyższe opierają oni na mniej lub więcej dokładnem wysłaniu ścian jamy przez komórki ependymalne. Natomiast SIMON, SCHULTZE i ROTH sprowadzają wytwarzanie się jam w rdzeniu do rozpadu nowotworu, który określają nazwą *glioma telangiectodes*. Tymczasem WEIGERT zaprzecza wszelkim sprawom rozpadowym, jako źródłu powstawania jam. HOFFMANN także odróżnia istotne gliomaty od bujania tkanki glejowatej, które spotykamy w syringomyelii, a które określa on nazwą pierwotnej gliozy centralnej (*primäre centrale Gliose*). Podnosi on fakt, że gliozą umiejscawia się regularnie na tylnej linii zamknięcia kanału centralnego, idąc w kierunku *septi mediani posterioris*. Przypuszcza on, że anomalie wrodzone (wadliwe zarośnięcie kanału centralnego) są zawsze sprawą pierwotną. Innego rodzaju jest hipoteza LANGHANS'a, który znajdował syringomyelię przy guzach tylnej jamy czaszkowej: twierdzi on, że w przypadkach tych krew z górnej części rdzenia odpływa do naczyń, mieszczących się w *os basilare*, jama zaś w rdzeniu powstaje wskutek sprawy zastoinowej z uchyłku kanału centralne-

go i wskutek odkładania się jednolitej galaretowatej masy pomiędzy elementami tkanki nerwowej, mamy więc tutaj do czynienia z pewnego rodzaju swoistym obrzękiem, a „jednolita galaretowata masa“ jest tylko modyfikacją wypociny zastoinowej. Teorię tę, która nie znalazła zbyt gorącego przyjęcia, zmodyfikował KRONTHAL: opierając się na własnych doświadczeniach na zwierzętach, twierdzi on, że guz, wychodzący z okostny części kanału kręgowego, może wywoływać zastój w rdzeniu, którego skutkiem jest rozszerzenie kanału centralnego, zle odżywianie tkanki nerwowej i bujanie glei. REDLICH, jako przyczynę powstawania jam, przyjmuje anomalie w rozwoju naczyń. MINOR i STADELMANN wielką rolę patogenetyczną przypisują krwotokom rdzeniowym. SCHLESINGER, który we wszystkich badanych przypadkach znajdował jamy chociażby częściowo pokryte nabłonkiem, twierdzi, że gliozą centralną wychodzi zawsze z kanału centralnego, lecz że w sprawie tej zazwyczaj odgrywają także rolę wrodzone anomalie rozwoju (zwłaszcza embryonalne rozszerzenie kanału centralnego), że jamy powstają w nowo-wytworzonej tkance przez rozpad jej części centralnych, i że ważne znaczenie przypisać należy anomaliom naczyń, które zawsze znajdujemy w pobliżu tkanki nowotworowej. Jest to więc eklektyzm w najszerszym znaczeniu tego słowa. U nas istnieje przypadek LUXENBURGA, potwierdzający teorię HOFFMANN'a o gliozie centralnej, przypadek MĘCZKOWSKIEGO, gdzie była sprawa zapalna w naczyniach, oraz przypadek ORŁOWSKIEGO (*sarcomatosis medullae*), potwierdzające teorię LANGHANS'a.

Zastanawiając się nad patogenezą badanego przezemnie przypadku, przychodzę do przekonania, że nie da się on podciągnąć pod żadną z powyższych kategorii. Sądzę też, że rzuca on odmienne światło na mechanizm i istotę powstawania niektórych jam i szpar w rdzeniu kręgowym.

Przedewszystkiem zaznaczam fakt — sam przez się już bardzo interesujący: obecność w rdzeniu dwu odrębnych kategorii szpar. A więc jama w części szyjowej rdzenia, wysłana komórkami ependymalnymi — znajduje się w niewątpliwym związku z kanałem centralnym. Jama ta przypomina w zupełności jamy *par excellence* syringomyelityczne — nadaje też ona całemu przypadkowi odpowiednie piętno, które jest również uzasadnione klinicznie.

Zupełnie odmiennie pod względem histopatologicznym przedstawiają się jamy, znajdujące się w innych częściach rdzenia (w części grzbietowej i lędźwiowej). Na żadnym z odnośnych skrawków nie było widać żadnego związku z kanałem centralnym ani pod względem topograficznym, ani pod względem histologicznym. Z opisu widać, że jamy te — ewentualnie szpary i szczeliny — tworzyły się wewnątrz zgrubiałych łącznotkankowych przegród, które biegły od obwodu rdzenia, przypominając budową swą *pia mater*. Ściany tych jam składały się z włókien łącznotkankowych i nigdy nie były wysłane komórkami ependymalnymi. Nawet w tych przypadkach, w których odnogi tych jam przebiegały tuż obok kanału centralnego, nie można było nigdy zauważyć jakiegokolwiek związku pomiędzy jamą a kanałem. Nie ulega też wątpliwości, jak to widać z całego opisu histopatologicznego, że mamy tutaj do czynienia z powstawaniem jam, nie mającem nic wspólnego z kanałem centralnym, ani z komórkami ependymalnymi, ani też z embryonalnie związanem z kanałem *septum longitudinale posterius*.

W jaki sposób tworzą się te jamy?

Na pytanie to mogę odpowiedzieć tylko w formie przypuszczenia. Jest faktem, nie ulegającym żadnej wątpliwości, że od obwodu rdzenia wpijają się zgrubiałe przegrody łącznotkankowe zarówno w istotę białą, jak i w istotę szarą. Faktem jest także, że jamy tworzą się w tych przegrodach, które wpijają się w istotę szarą (w tylny róg). Jakkolwiek odnogi tych jam, le-

żących w istocie szarej, mogą sięgać aż do istoty białej — tu jednak nigdzie nie widziałem powstawania jam, ani szpar w tych przegrodach, które wprost z obwodu rdzenia wpijały się w istotę białą (jak np. w klinie w słupach tylnych).

Drugi fakt, który widoczny jest z opisu preparatów, polega na tem, że w okolicy przegród, wpijających się z obwodu rdzenia do istoty białej, rozrost neuroglei był znacznie większy, aniżeli w okolicy tychże przegród, wpijających się w istotę szarą. Oba te fakty wskazują w sposób jasny, że istota szara i istota biała oddziałują niejednakowo na proces wrastania w nie przegród łącznotkankowych.

Zarówno sam proces tworzenia się tych zgrubiałych przegród łącznotkankowych, jak i proces tworzenia się szczelin, szpar i jam wewnątrz tych przegród mogą tłumaczyć sobie tylko w postaci przypuszczenia. Z przeglądu skrawków otrzymałem wrażenie, jakoby pierwotnie proces polegał na wrastaniu zgrubiałych przegród od obwodu rdzenia w jego głąb, że zaś neurogleja ulegała wtórnie rozrostowi w okolicy tych *septa*. Rozrost więc neuroglei uważałbym za sprawę wtórną — podrażnieniową. W tkance białej, posiadającej więcej zbitą strukturę, neurogleja bujała w kierunku odśrodkowym od tych przegród łącznotkankowych i tworzyła większe lub mniejsze ogniska sklerotyczne z odpowiednią budową, przyczem jasne jest, że w terytoryach, chronologicznie dawniejszych, t.j. przylegających do *septum* — tkanka sklerotyczna wykazuje charakter starszy (mało jąder, dużo włókien, mało naczyń, zupełny brak włókien nerwowych) — im dalej zaś posuwamy się w kierunku od *septum*, tem młodszą okazuje się tkanka (dużo jąder, dużo naczyń, rozproszone włókna nerwowe).

W istocie szarej proces jest pod tym względem analogiczny, że i tutaj widzimy bujanie neuroglei w bezpośredniem otoczeniu przegród, lecz bujanie to jest znacznie mniejsze, aniżeli w istocie białej. Otóż przypuścić można, że

wskutek niewiadomych nam przyczyn następuje retrakcja oddzielnych warstw zgrubiałych przegród łącznotkankowych, przyczem od intensywności tej retrakcyi zależy będzie tworzenie się albo małych szczelin, albo powstawanie większych szpar i jam. Zauważyć należy, że ani szpary, ani jamy te nigdy nie dochodziły do samego obwodu rdzenia, i że wskutek tego trzeba wyłączyć w zupełności ich związek ze *spatium epispinale* (pomiędzy *pia mater* a rdzeniem) lub ze *spatium subarachnoidale*. Z opisanym tu sposobem powstawania jam w rdzeniu nie spotkałem się w żadnym z dostępnych mi źródeł literatury.

Serdeczne podziękowanie składam tu Szanownemu d-rowsi FLATAUOWI za cenny kierunek i pomoc przy pracy oraz koledze Władysławowi LEHROWI za piękne wykonanie rysunków.

Przypisek. Już po ukończeniu pracy niniejszej natrafiłem na artykuł THOMAS'a i HAUSER'a, ogłoszony w listopadowym zeszytce „Revue Neurologique“ 1902 r. Przypadek, ogłoszony przez autorów tych, o tyle jest interesujący, że przedstawia on badanie histopatologiczne rdzenia, w którym stwierdzono także obecność dwu odmiennych kategorii jam w rdzeniu, a mianowicie, jamy w części szyjowej, pokrytej komórkami ependymalnymi, i szpar w części grzbietowej i lędźwiowej — zupełnie pozbawionych tej powłoki. Jest to fakt wielkiej wagi, lecz na tem kończą się analogie przypadku autorów francuskich i mojego. Przedewszystkiem klinicznie przypadek THOMAS'a i HAUSER'a nie przedstawiał zupełnie cech syringomyelii, lecz przebiegał pod postacią prawostronnego porażenia połowicznego bez żadnych zaników i bez zaburzeń czuciowych i troficznych. Co się tyczy badania mikroskopowego, to autorowie stwierdzili wybitne zmiany zapalne w naczyniach tylnej połowy rdzenia oraz w oponach. Tym to zmianom zapalnym naczyń przypisują oni wyłączną rolę w powstawaniu jam i szpar, określając je jako utratę substancyi

wskutek złych warunków odżywiania miejscowego tkanki nerwowej. Jak powstaje ta utrata substancyi, o tem artykuł mileży — ponieważ zaś w okolicy destrukcyi tkanki nie spotykali oni nigdy zupełnej obliteracyi naczyń krwionośnych, przeto uciekają się do ryzykownego przypuszczenia obrzęku okołonaczyniowego, jako bezpośredniej szkodliwości, wywołującej powstawanie szpar. Samo zaś bujanie neuroglei jest sprawą wtórną, zależną tylko od wytwarzania się jam, o ile można wywnioskować, autorowie uważają je za swojego rodzaju sprawę cykatryzacyjną, lecz przechodzącą granice normalnego zabliznienia się utraty substancyi. Autorowie posuwają się tak daleko, że nawet jamę w części szyjowej wysłaną komórkami ependymalnymi, uważają za skutek zlania się pomniejszych szpar z niższych części rdzenia, powstałych wskutek zapalnej utraty substancyi, pojawienie się zaś komórek ependymalnych uważają za wytwór reakcyi zapalnej (!). W niektórych szparach autorowie spostrzegali twory, przypominające budową opisane przeze mnie festony łącznotkankowe — nazywają je oni gołosłownie „pozostałością naczyń krwionośnych“.

LITERATURA.

1) MORVAN. De la parésie analgesique des extrémités supérieures. Gazette hebdomadaire de Médec. et de Chirurgie. 1883.

2) Tenże. Nouveaux cas de parésio-analgésie des extrémités supérieures. Gazette hebdomadaire. 1885.

3) Tenże. De la parésio-analgésie des extrémités sup. Gazette hebdomadaire. 1886. S. 521. 537, 555.

4) Tenże. De la scoliose dans la parésio-analgésie. Gaz. hebdomadaire. 1887. S. 549 i 664.

5) Tenże. Nouveaux cas de la parésio-analgésie etc. Gazette hebdomadaire. 1889. S. 560 i 575.

6) PROUFF. La maladie de MORVAN. Gaz. hebdom. 1887. S. 249.

- 7) CHARCOT. De la maladie Morvan. Progrès médical. 1890.
- 8) Tenze. Sur un cas de syringomyelie avec panaris analgésiques type Morvan. Gazette hebdomadaire. 1891.
- 9) Tenze. De la maladie de Morvan. La Semaine médicale. 1889.
- 10) GOMBAULT. Sur un cas de maladie de Morvan. Gazette des hôpitaux. 1889. Nr. 50.
- 11) GOMBAULT i REBRUL. Un cas de maladie de Morvan suivie d'autopsie. Gazette hebdomadaire. 1889. Nr. 19 i 20.
- 12) GOMBAULT. Maladie de Morvan, syringomyélie et lèpre. Revue neurologique. 1893. N. 14.
- 13) ACHARD. Syringomyélie — type Morvan. Gazette des hôpitaux. 1891. Nr. 82.
- 14) BERNHARDT. Ueber die sogenannte Morvan'sche Krankheit. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1891. Nr. 8.
- 15) DUERING. Lepra und Syringomyelie. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1894. N. 6.
- 16) EHLERS. A propos de la lèpre et de la syringomyélie. Semaine médicale 1893. N. 56.
- 17) EISENLOHR. Ein Fall Morvan'scher Krankheit. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1893.
- 18) JOLLY. Ein Fall Morvan'scher Krankheit. Charité Annalen. 1892.
- 19) GRASSET. Un cas de maladie de Morvan. Leçons recueillies. Paris. 1892.
- 20) PICK. Ein Fall der Morvan'schen Krankheit. Prager Medicinische Wochenschrift. 1891. Nr. 43—46.
- 21) PROUFF. Faits de maladie de Morvan. Gazette hebdomadaire. 1891. N. 2.
- 22) ROSENBAACH. Ueber die neuropatischen Symptome der Lepra. Neurologisches Centralblatt. 1894. N. 16.
- 23) ZAMBACO. Maladie de Morvan. Semaine médicale. 1893.
- 24) MONOD. Contribution à l'étude de panaris analgésique. Gazette hebdom. 1887.
- 25) MARESTANG. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la lèpre anesthétique et de la syringomyelie. Archiv. générales de médecine. 1887.
- 26) ROTH. Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose medullaire. Archives de Neurologie. Vol. XV, XVI. 1888.
- 27) MONOD i REBRUL. Contribution à l'étude du panaris analgésique. Archives générales de médecine. 1888.
- 28) HÜCKEL. Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritionen auf trophoneurotischer Grundlage. München. Medic. Wochenschrift. 1889.
- 29) THIBÈRGE. Lèpre anesthétique et Syringomyélie. Gazette hebdomadaire. 1891.
- 30) TEDESCHI. Ueber die Uebertragung der Lepra auf Thiere. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. 1893. B. IXV. N. 4—5.
- 31) SINGER. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Wiener medicin. Presse. 1894. N. 5.
- 32) OPPENHEIM. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Neurologisches Centralbl. 1890 N. 15.
- 33) VERHOOGEN. Maladie de Morvan etc. Gaz. hebdom. 1893. S. 290.
- 34) KAHLER. Ueber die Morvan'sche Krankheit. Prager Medic. Wochenschrift. 1882. Nr. 36.
- 35) FUERSTNER i ZACHER. Ein Fall der Morvan'scher Krankheit mit Autopsie. Archiv für Psychiatrie. 1883. Bd. 14. S. 422.
- 36) BERNHARDT. Die Morvan'sche Krankheit und Syringomyelie. Berliner Klinische Wochenschrift. 1884. Nr. 4.
- 37) REBRUL. Contribution à l'étude du panaris analgésique. Archives générales de médecine. 1888. Nr. 5.
- 38) JEOFFROY i ACHARD. Un cas de maladie Morvan suivi d'autopsie. Archives génér. de médecine. 1890. Nr. 4.
- 39) JEOFFROY i ACHARD. Un second cas de maladie de Morvan suivie d'autopsie. Archives de médecine expérimentale. 1891. Nr. 5.
- 40) HOLSCHERNIKOFF. Ueber die Morvan'sche Krankheit. Neurol. Centr. 1892. N. 5.
- 41) HOFFMANN. Zur Lehre von der Syringomyelie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1893.
- 42) SCHLESINGER. Syringomyelie. Monografia. 1895.
- 43) Tenze. Ueber die Syringomyelie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1897. N. 38 i 39.
- 44) GOLDSCHIEDER. Lepra und Syringomyelie. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1898. N. 50.

45) SOUQUES. Un cas de syringomyelie type Morvan. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1891. N. 4.

46) A. JACKSON i GALLOWICZ. A case of Syringomyelies. Lancet 1892. referat z Neurolog. Centralb. 1892. N. 4.

47) HALLION. Les déviations véritables nevro-pathiques. Iconographie de la Salpêtrière. 1892. N. 3 i 4.

48) SACHS i ARMSTRONG. Morvans Disease. N. Y. Medical Journal. 1892. referat z Neurol. Centr. 1892. Nr. 4.

49) SCHLESINGER. Ueber die klinische Erscheinungsformen der Syringomyelie. Neurologisches Centralblatt. 1893. N. 3).

50) SOUQUES. Un nouveau cas de syringomyelie type Morvan. Nouvelle Iconographie de Salpêtrière. 1892. Nr. 5.

51) PITRES. Lèpre et Syringomyelie. Gazette des hôpitaux. 1892.

52) ANFIMOW. Die Morvan'sche Krankheit. Wiestnik psychiatrii. 1891. N. IX.

53) PITRES. Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique. Nouv. Iconographie d. l. Salpêtrière. N. 1893.

54) FRAENKEL. Morvan'sche Krankheit und Lepra. Neurolog. Centralblatt. 1844. N. 7.

55) MUELLER. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. N. 13.

56) BILSCHOWSKY. Ein Fall von Morvan'scher Krankheit. Neurologisches Centralblatt. 1896. N. 10.

57) BABES i MANICATIDE. Recherches sur la syringomyelie. Archives des sciences médicales. Bukarest. 1896. N. 3.

58) THOMAS. Note sur un cas de syringomyelie type Morvan chez l'enfant. Revue médicale de Suisse. 1895. Nr. 11. Referat. z Neur. Cent. 1897. N. 2.

59) LAEHR. Lepra und Syringomyelie. Berliner klinische Wochenschrift. 1897. N. 3.

60) KAPLAN. Ueber eine neue Methode der Axencylinderfärbung. Neur. Cent. 1900. N. 8.

61) PRUS. O stosunku choroby Morvan'a do syringomyelii i do trądu. Przegląd Lekarski. 1893, 614, 631, 641, 660, 673.

62) LUXENBURG. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym oraz kilka uwag w kwestyi bar-

wienia rdzenia i nerwów obwodowych. Książka jubileuszowa Brodowskiego. 1893.

63) MĘCZKOWSKI. O syringomyelii (badanie mikroskopowe). Gazeta Lekarska. 1899. N. 9.

64) ORŁOWSKI. Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia. przyczynek do nauki o powstawaniu jam w rdzeniu. Gazeta Lekarska. 1899. N. 20, 27, 28.

65) SKŁODOWSKI. Przypadek porażenia typu BROWN-SEQUARD'a. Gazeta Lekarska. 1900.

66) THOMAS i HAUSER. Pathogenie des certaine cavités medullaires. Revue Neurologique. 1902. N. 11.

Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej.

Podał

A. Karczewski.

(Dokończenie.— Patrz Nr 27).

Nie mam zamiaru szczegółowo roztrząsać sprawy pochodzenia torbieli skórzastych, tembardziej iż przypadek mój pod tym względem nie może dorzucić nic nowego do pojęć ustalonych, aczkolwiek, być może, nie dość rozpozszeczonych. Ograniczając się przeto kilku uwagami, powyżej wyłuszczone, pozwolę sobie natomiast rozważyć spostrzegany przypadek ze stanowiska klinicznego. Sądzę bowiem, iż zasługuje on na uwagę względu na powikłany obraz chorobowy, na którego wytworzenie złożyły się dwie sprawy: skręcenie szypuły guza jajnika i skręt kiszki esowatej.

Rzeczą godną zastanowienia, zdaniem mojem, jest wzajemny stosunek spraw pomienionych i współdziałal ich w obrazie chorobowym. Niezaprzeczenie za sprawę główną uważać należy guz jajnika, który rozwijał się powoli i obecnością swoją oddawna już sprawiał chorej

pewne dolegliwości. Nie mamy żadnych danych, na mocy których moglibyśmy ustalić początek rozwoju guza. Ponieważ jednak wiemy z doświadczenia, że torbiele skórzaste rosną bardzo wolno, możemy przeto z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuścić, że guz w danym przypadku zaczął się rozwijać wkrótce po urodzeniu się dziecka. Dopóki był on mały, nie ujawniał niczem swej obecności. Wprawdzie rodzice zaznaczają, że dziecko od urodzenia miało skłonność do zaparcia stolca; to jednak można sobie wytłumaczyć katarem kiszek, spowodowanym karmieniem sztucznym.

Z wywiadów wiadomo, że zaparcie stolca w ciągu pierwszych 7 lat życia nie spowodowało żadnych dolegliwości. Dopiero w ciągu 3 lat ostatnich dłużej trwające zaparcie pociągało za sobą bóle. Sądzę, iż zjawienie się tych bólów wyjaśnić można w ten sposób, że guz przed 3 laty osiągnął już sporych rozmiarów. Umieszczony poza macicą, zajmował on stosunkowo dużo miejsca w małej miednicy dziecięcej i przez to zaczął wywierać ucisk na odbytnicę. Kiszka, pomimo usiłowań, często nie mogła już wydalić nagromadzonej powyżej mechanicznej przeszkody masy twardego kału. Ztąd bóle, które ustępowały po zastosowaniu ławatyw.

Guz, powiększając się w dalszym ciągu, doszedł nareszcie do takich rozmiarów, że nie mógł pomieścić się w miednicy małej, lecz górnym swym odcinkiem zaczął wystawać do jamy brzusznej. Wówczas, zgodnie z prawem, ustalonym przez H. W. FREUND'a, odbyła się wędrówka torbieli. Górny jej odcinek, nachylając się ku przodowi, pociągnął za sobą część, położoną niżej: torbiel została wyważona z miednicy małej i umieściła się przed macicą. Od tej chwili guz przestał wywierać ucisk na odbytnicę, a ztąd zrozumiałą jest rzeczą, że chora w ciągu ostatnich trzech miesięcy nie miała napadów bólu ani razu.

Wiadomo, że podczas wędrówki guza z miednicy małej do jamy brzusznej następuje

niewielkie (mniej więcej na 90°) skręcenie szypuły, które winno być uważane za normalne i które nie wywołuje żadnych dolegliwości. To skręcenie normalne w przypadkach poszczególnych, pod wpływem bodźców różnorodnych, działających nagle (uraz) lub powoli (ruch robaczkowy kiszek, zmienne napełnienie pęcherza i odbytnicy), może się powiększyć tak dalece, że naczynia szypuły ulegają zaciśnięciu. Wówczas następują zaburzenia poważne, które cechują skręcenie szypuły t. zw. patologiczne.

W naszym przypadku rolę bodźca wywołującego odegrało, bez wątpienia, uderzenie łokciem w brzuch. Na razie skręcenie nie musiało być zbyt wielkie (może na 180°), po upływie bowiem kilkunastu godzin zaburzenia w krążeniu widocznie zaczęły się wyrównywać, skoro objawy pierwotne znacznie złagodniały. Dopiero później, mniej więcej w 36 godzin po uderzeniu, prawdopodobnie wskutek rozmaitych prób oczyszczenia kiszek, nastąpiło całkowite skręcenie szypuły (na 360°), połączone z zaciśnięciem naczyń.

Do tego skręcenia całkowitego przyłączył się skręt кишки esowatej, wikłający sprawę. Powikłanie to, zdaniem mojem, powstało dzięki współdziałaniu trzech czynników, do których zaliczam: położenie guza z lewej strony, krótkość jego szypuły i wydłużenie krezki кишки esowatej.

Wiadomo, że krezka кишки esowatej stanowi ciąg dalszy więzu szerokiego, który zawsze wchodzi w skład szypuły guza jajnika. Jeżeli podczas rozwoju guza szypuła wyciągnie się w postaci długiego powroza, skręcenie jej, zwłaszcza odbywające się powoli, nie oddziaływa na krezkę кишки esowatej. Inaczej rzecz się ma wtedy, kiedy szypuła ta jest krótka, a skręcenie nastąpiło nagle pod wpływem urazu. Wówczas guz jajnika, wykonywając obrót dookoła swej osi poprzecznej i zwijając swą krótką szypułę, ściąga powłokę otrzewnową z organów sąsiednich, a przede wszystkim z кишки esowatej. Za-

chodzi tu niejako podobieństwo do koła rozpedowego, w które dostała się część ubrania robotnika. Skręcając część pochwyconą, ściągnąć ono może z robotnika całe ubranie wierzchnie.

W chwili, gdy guz jajnika wykonywał obrót dookoła swej osi, a szypuła jego ulegała skręceniu, nawijając niejako na się kreskę kiszki esowatej, z konieczności musiało nastąpić podciągnięcie ku górze ramienia dolnego (prostnicowego) tej kiszki. Ponieważ była ona napełniona zawartością płynną, ramię jej górne (okrężnicowe), znacznie obciążone, zsunęło się ku dołowi, i w ten sposób nastąpił skręt kiszki esowatej. Rozumie się, że koniecznym warunkiem powstania tego skrętu było uprzednie wydłużenie nadmierne kreski, które mogło być wrodzone lub nabyte wskutek długotrwałego zaparcia stolca.

Tym sposobem pod wpływem różnorodnych czynników powstały współrzędne i wzajemnie zależne od siebie zmiany anatomiczne, które dały ciężki, acz niezbyt wyrazisty obraz chorobowy. W obrazie tym na plan pierwszy wysunęły się trzy zasadnicze objawy, cechujące niedrożność kiszki (*ileus*): wymioty, brak stolca i wiatrów oraz ból w brzuchu. Do całości obrazu niedrożności brakowało objawu czwartego, mianowicie wzdęcia, zarówno miejscowego, jak i ogólnego. Ten brak wzdęcia dawał nam dużo do myślenia. Cały bowiem obraz chorobowy czynił wrażenie niedrożności, która, jak wiadomo, prawie zawsze ujawnia się bądź wzdęciem miejscowym, ograniczonym do pętli zatłkanej i dostrzegalnym dla oka lub przynajmniej wyczuwalnym, bądź wzdęciem ogólnym, które jest wyrazem bezwładu kiszki wskutek zapalenia otrzewny. Umiejscowienie bólu z lewej strony w dole brzucha mogło na razie nasunąć podejrzenie skrętu kiszki esowatej. Podejrzenie to jednak nie godziło się z faktem, że do kiszki można było wlać sporą ilość wody, która w dodatku nie odchodziła z powrotem, lecz, wypełniwszy całą niemal okrężnicę, powodowała wyraźne pluskanie. Sam

ból w brzuchu nie miał cech bólu właściwego zapaleniu otrzewny. Wzmagał się bowiem napadowo, dosięgając niezwyklego natężenia. Bolesność zaś przy ucisku ograniczała się lewem podbrzuszem. Wobec powyższych sprzeczności można było co najwyżej przypuszczać, że niedrożność kiszki w danym przypadku zależała od uwięźnięcia pętli kiszki cienkiej w jednym z uchylków otrzewny. Brak wzdęcia odcinka doprowadzającego, na które SCHLANGE kładzie tak wielki nacisk w sprawie rozpoznawania niedrożności mechanicznej, można było poniekąd wytłomaczyć tem, że od początku choroby upłynął stosunkowo niezbyt długi okres czasu.

Przystąpiliśmy zatem do operacji, nie mając ścisłego rozpoznania, lecz opierając się jedynie na objawach ogólnych, które, jak nam się zdawało, wprost zagrażają życiu chorej. Znalazienie skrętu kiszki esowatej na razie wyjaśniło nam niektóre z powyżej wyluszczonych sprzeczności. Skręt był niepełny na 180°. Taki zaś skręt, jak wiadomo, nie zamyka całkowicie światła kiszki. Ztąd przedewszystkiem zrozumiałą stało się dla nas rzeczą, dla czego udawało się wlewać sporo stosunkowo wody do odbytnicy. Z drugiej zaś strony tym niepełnym skrętem można było sobie poniekąd wytłomaczyć brak wyraźnego wzdęcia: wiatry mogły odchodzić w niewielkiej ilości niepostrzeżenie dla chorej. Natomiast niejasnym w całej tej sprawie pozostał ból niepomiernie silny w stosunku do stopnia skrętu. To nas skłoniło do dalszych poszukiwań, które doprowadziły do odnalezienia guza jajnika ze skręconą szypułą.

Rzeczą powszechnie jest znana, że skręcenie szypuły guza jajnika samo przez się może wywołać objawy podobne do tych, jakie spotrzegamy w niedrożności mechanicznej. Zazwyczaj jednak w przypadkach skręcenia szypuły nie napotykamy trudności rozpoznawczych. Podczas wywiadów, szczególnie u dorosłych, baczniej zwracających uwagę na zmiany, zachodzące w ich ustroju, często otrzymujemy wskazówki

mniej lub więcej dokładne co do istnienia guza. Badanie zaś prawie zawsze pozwala wykryć obecność torbieli w jamie brzusznej.

W danym przypadku rozpoznanie guza jajnika wogóle, a skręcenie szypuły w szczególności było wielce utrudnione z rozmaitych powodów. Przedewszystkiem wywiady nie dostarczyły nam wyraźnych danych, na mocy których możnaby było podejrzewać istnienie guza jajnika. Podejrzenie to wogóle z trudnością mogło się zrodzić wobec młodocianego wieku chorej. Następnie, sam obraz chorobowy uległ zatarciu wskutek kombinacji skręcenia szypuły ze skrętem кишки esowatej, który niezaprzeczenie przyczynił się poniekąd, jeżeli nie do wywołania, to przynajmniej do wzmożenia objawów niedrożności. Wreszcie badanie brzucha, które

było niezwykle utrudnione z powodu mocnego napięcia powłok brzusznych i nader niespokojnego zachowania się chorej, nie doprowadziło do żadnych pozytywnych wyników. Być może, iż udałoby się osiągnąć pewne wskazówki za pomocą wymacywania przez odbytnicę, gdyż wówczas, prawdopodobnie, nie uszłoby naszej uwadze ciało jajowate, elastyczne, położone tuż poza ścianą brzuszną ponad spojeniem łonowem. Badanie to jednak, przyznając otwarcie, niesłusznie zostało zaniedbane. Zaniedbanie to z jednej strony, z drugiej zaś różnorodne trudności, powyżej wyluszczone, sprawiły, że rozpoznanie w naszym przypadku było niedokładne, co na szczęście nie wpłynęło na postępowanie lekarskie i wynik pomyślny leczenia operacyjnego.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

70. O. ROSENBACH. **O bezkrwistości miejscowej skóry, względnie obniżeniu jej ciepłoty, jako wyrazie zaburzeń czynnościowych w narządach wewnętrznych.**

Wszelkie postaci nieprawidłowego uczucia zimna na określonej przestrzeni skóry autor nazywa psychrozami. Jeżeli chodzi o wrażenia podmiotowe, to zaburzenia takie określa nazwą psychro (hyper) aesthesia, hypothermia zaś — jeżeli obniżenie ciepłoty można stwierdzić przedmiotowo. Dokładne badanie tych stanów następczo sporo trudności, zwłaszcza przy usiłowaniu użycia przyrządów odpowiednich, z konieczności więc zmuszony był autor do posilkowania się dotykaniem ciepłą ręką w celu sprawdzenia skarg chorych. Innego rodzaju trudności wynikają z tego powodu, że różnice mogą być albo względne, albo bezwzględne, co zależy od uczucia chorego

i ogólnego stanu ciepłoty. Do szeregu psychroz należą: 1) stałe uczucie zimna w nogach i rękach; 2) nagle ziębniecie rąk — angioneuroza, opisywana przez NOTHNAGEL'a, której lżejsze postaci nazwano akroparestezyą; 3) po części stany, spostrzegane w okresie przekwitania [napływy krwi do głowy (kongestyje), połączone z biciem serca, uczuciem trwogi i migotaniem w oczach], zwłaszcza, jeżeli napad poprzedza wyraźne uczucie zimna rąk, głowy lub grzbietu; 4) nareszcie pewne postaci nieprawidłowego podziału krwi, co możnaby nazwać psychroparestezyą podostrą albo przewlekłą. Te właśnie stany zasługują na szersze nieco traktowanie, a to z tego względu, że podobne skargi chorych, jako niezmiernie trudne do stwierdzenia, najczęściej nie są uwzględniane, ponieważ słyszymy je od ludzi, dotkniętych zaburzeniami czynności nerwów, więc naj-

chętniej kładziemy je na karb „nerwowości“, a w najlepszym razie zbywamy je mianem angioneurozy. Tymczasem ta nazwa powinna przypomnieć nam o pochodzeniu ośrodkowym badanego zjawiska, jednak rozumowanie ścisłe wyłącza możliwość takiego podrażnienia ośrodka, które odbiłoby się tylko na naczyniach rąk lub nóg, wobec czego należy sądzić, że stany te znajdują się w związku z pewnymi zmianami mięszu (względnie mięśni) okolic wspomnianych. Wracając do całego szeregu omawianych zjawisk, należy zaznaczyć, że stanowią one typowe objawy zaburzeń regulacyjnej czynności nerwów, a przyczyn, wywołujących je, szukać należy w pewnych zmianach narządów. Nie można twierdzić, że chodzi tu zawsze o skurcz naczyń krwionośnych. Częstość winno tu raczej niedostateczną, jeżeli tak można wyrazić się, przyciąganie krwi do poszczególnych okolic ciała. Taka bezkrwistość miejscowa spotyka się najczęściej na czole, potylicy, przedniej powierzchni brzucha, łydkach, pośladkach, narządach płciowych, zewnętrznych i wewnętrznych powierzchniach ud. W tych okolicach chorzy doznają uczucia zimna, skóra zaś jest mało wrażliwa na dotyk nawet wtedy, jeżeli używamy przedmiotów mocno ogrzanych. Chorzy, u których istnieją zmiany wspomniane, pocą się niezmiernie łatwo zarówno podczas następnego przekrwienia, jak i pod wpływem nieco wyższej ciepłoty powietrza, a czasem nawet bez względu na stosunkowo znacznie niższą ciepłotę powietrza.

W przypadkach poszczególnych stan bezkrwistości miejscowej trwać może od kilku minut do kilku godzin, a nawet i dni; towarzyszą im często zaburzenia czucia (*anaesthesia*) i bóle w sąsiednich mięśniach, podobne do migreny i rozmaitych neuralgii (*cardialgia, ischias*). Z drugiej strony zjawisko to spostrzegano w przypadkach cierpienia lub wyczerpania mięśni, jak to miewa miejsce po ciężkiej pracy fizycznej lub oziębieniu danej okolicy ciała, co zależy od tego, że narząd wewnętrzny lub tkanki działają w warunkach zmienionych; jako objaw zwrotny spostrzegano zawroty głowy, silne przygnębienie, szybkie i niemiernie tętno. Do dziś nie umiemy jeszcze objaśnić, jaki związek zachodzi pomiędzy upośledzeniem ukrwienia skóry i czynnościami narządów wewnętrznych, nie da się jednak

zaprzeczyć, że związek taki istnieje i przejawia się w sposób mniej lub więcej wybitny. Względ ten posiada znaczenie poważne w postępowaniu leczniczym, to też w celu dokładnego poznania współistnienia objawów wspomnianych należy przedewszystkiem stwierdzić, czy opisane zaburzenia ukrwienia skóry zawsze towarzyszą pewnym stanom chorobliwym narządów wewnętrznych, a następnie skierować sposoby lecznicze ku usunięciu cierpienia zasadniczego. Jeżeli stany takie spotykamy u ludzi, zmuszonych pozostawać przez czas dłuższy w jednakowej pozycji (stanie, siedzenie), to powinny być zalecone ruch i umiarkowane ćwiczenia gimnastyczne. Prócz tego odpowiednie pielęgnowanie skóry, zabiegi hidropatyczne, stosowanie ciepła suchego lub wilgotnego, nacierania i t. p. oddają często usługi niezaprzeczone. W końcu autor zastrzega się, że weale nie przeczy istnieniu nerwie istotnych; kładzie tylko nacisk, że dotychczas zwracano zbyt mało uwagi na opisane przez niego anomalie czynnościowe w ukrwieniu skóry, wzgl. nieprawidłowe zmiany termiczne, zależne od cierpienia narządów mięszowych, zwłaszcza kiszek i mięśni. Tymczasem zjawiska te posiadają niewątpliwie znaczenie kliniczne i fizjologiczne, ponieważ wskazują na ścisły związek, jaki istnieje pomiędzy tak, zdaje się, mało wspólnego mającymi narządami.

(*Berlin. Klinik. H. 178. Apr. 1903.*)

K. Z.

71. F. X. DERCUM i D. J. Mc CARTHY. **Przypadek adipositas dolorosa.**

Piątego lutego roku przeszłego F. X. DERCUM przedstawił w towarzystwie lekarskim klasyczny przypadek „*adipositas dolorosa*“. Chory 39-letni bez dziedzicznego usposobienia nerwowego. Przed 15 laty przechodził jakąś gorączkową chorobę. W dwa lata po tej chorobie zauważył znaczniejsze powolne gromadzenie się tłuszczu podskórnego z boku klatki piersiowej, na brzuchu i w innych okolicach tułowia. Następnie takie same masy tłuszczu podskórnego zaczęły się tworzyć na obu ramionach, w górnej części przedramion i na udach. Równocześnie chory zauważył skłonność do tworzenia się wylewów krwawych podskórnych. Przed 4 laty dostał chory napadu drgawek padaczkowych. Drgawki te powtarzały się dosyć często w osta-

tnich czasach. Przed 3 lata miał bardzo obfite krwawienie z nosa.

Nowopowstałe masy tłuszczowe nie powodują żadnych bólów, ale przy ucisku są bardzo bolesne. Chory jest niskiego wzrostu. Nagromadzenia tłuszczu w dolnych częściach brzucha przykrywają mu zupełnie części rodne, wisząc w postaci fartucha. Badanie układu nerwowego nie wykazuje nic nieprawidłowego. Na łącznicy oczu i w jamach oczodołowych wyczuwają się nagromadzenia tłuszczu. Siła wzroku $\frac{2}{12}$ i $\frac{2}{15}$ z prawej i lewej strony. Po tygodniu chory zmarł na różę. Badanie pośmiertne wykazało niedorozwój jąder, ostre zapalenie nerek, przerost śledziony. W tkance podskórnej brzucha znaleziono w tłuszczu 4 wyraźnie odgraniczone twory wielkości pomarańczy. Warstwę powierzchowną tych tworów stanowi otoczka z tkanki łącznej. Na powierzchni idą Nieliczne gałązki nerwowe, w których badanie drobnovidzowe wykrywa zapalenie śródmiąższowe. Na przecięciu tłuszcz, zawarty wewnątrz otoczek, jest twardszy, niż podskórny, czerwony i zawiera dosyć krwi. Badanie drobnovidzowe wykrywa hemolimfatyczną budowę tych nowopowstałych nagromadzeń tłuszczu. Gruczolki hemolimfatyczne wielkości ziarnka grochu znaleziono też w tłuszczu podskórnym. W mózgu znaleziono zupełnie nieprawidłowy układ brózd i „*adenocarcinoma glandulae pituitariae*“. Gruczoł tarczowy zupełnie prawidłowy.

Opisane wyniki badania pośmiertnego są tem ciekawsze, że dotychczas istnieją tylko 4 przypadki sekcyjne „*adipositas dolorosa*“. W dwóch badanie makroskopowe stwierdziło powiększenie i zwapnienie gruczolu tarczowego. W dwóch innych pod mikroskopem znaleziono ogniska zanikowe i ogniska kompensacyjnego przerostu w gruczole tarczowym, zapalenie śródmiąższowe nerwów, przechodzących przez tkankę tłuszczową, i w jednym z nich stwierdzono zmiany w pęczkach GOLL'a, w drugim powiększenie i zwyrodnienie gliomatyczne *glandulae pituitariae*. Dane badania pośmiertnego, wyżej podane, są dosyć bliskie do podawanych w poprzednich, opisanych w literaturze przypadkach, i przemawiają według autora za związkiem pomiędzy czynnością *glandulae pituitariae* i tworzeniem się tłuszczu.

(*The American Journal of the medical sciences*.
December 1902. p. 994). Holub.

72. RIEGLER. Nadzwyczaj czuły, prosty i szybki sposób określania cukru gronowego za pomocą szczawianu fenylhydrazyny.

Sposób określania cukru gronowego polega na tem, że mniej więcej jeden ctm. sz. (20 kropeł) roztworu lub moczu, zawierającego cukier gronowy, nalewa się wraz z 10 ctm. sz. wody do próbki i wsypuje szczyptę szczawianu fenylhydrazyny. Cały ten roztwór przeprowadza się przy jednoczesnem klóceniu nad słabym płomieniem do zupełnego rozpuszczenia osadu; następnie dolewa się po 10 ctm. sz. 10% lugu potasu, korkuje się próbkę gumowym korkiem i klóci po raz wtóry. Cały roztwór powinien momentalnie, ewent. w przeciągu jednej minuty zabarwić się na czerwono-fioletowy kolor; później występujące zabarwienie nie jest miarodajne.

Szczawian fenylhydrazyny przedstawia kryształy w postaci listków, nie ulegających zmianie z czasem; otrzymuje się drogą chemiczną z chlorku fenylhydrazyny w następujący sposób: 20 gramów chlorku fenylhydrazyny rozpuszcza się w 300 ctm. sz. wody, nagrzewa się do zupełnego rozpuszczenia, dodaje się roztworu 10 gm. szczawianu amoniaku w 100 ctm. sz. wody; połączenie obydwóch roztworów momentalnie wytwarza wyżej wspomniane kryształy, które zbiera się na filtrze, przemywa się wodą i następnie wysusza.

Czułość tej próby daje możność wykrycia zawartości cukru w stosunku 0,05%; obecność białka nie przeszkadza. W badaniach lekarskich ług potasu daje się zastąpić jednym gramem *kaliumhydroxyd*; rozcieńczywszy moczu wodą w stosunku 1:10, dosypuje się szczyptę szczawianu fenylhydrazyny, nagrzewa przy częstem klóceniu do zupełnego rozpuszczenia się osadu; w drugiej próbce 10 gm. wody, zawierających szczyptę *kaliumhydroxyd*, klóci się do zupełnego rozpuszczenia się osadu; zawartość obydwóch próbek, zlewa się razem, korkuje gumowym korkiem; po pewnem klóceniu występuje czerwono-fioletowy kolor, określający obecność cukru gronowego.

(*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 5. 1903).

Mammoth.

73. K. PEL. Odżywianie chorych na nerki.

Pod względem diety w przypadkach cierpienia nerek panuje do dziś pewne nieporozumienie, które u rozmaitych autorów prowadzi nawet do sprzeczności. Dążenie ku oszczędzaniu nerek

przez unikanie napojów wysokowych i przypraw korzennych zyskało prawo obywatelstwa; mniej lub więcej ścisła dyeta mleczna została również powszechnie przyjęta. Większość lekarzy pozwala chorym na mięso białe, mniej chętnie na jaja, natomiast mięso czarne zostało zupełnie usunięte. Co się tyczy ryb, to zdania są podzielone; mleczko cielęce i mózdzek jedni poczytują za szkodliwe, drudzy zaś zalecają, nawet co do używania świeżych owoców i jarzyn panuje brak zgody. Z drugiej strony nie posiadamy na to dowodów, żeby użycie umiarkowane naszych zwykłych produktów spożywczych miało być szkodliwe dla cierpiących na przewlekłe choroby nerek. Autor, polegając na swoim rozległym doświadczeniu, wyraża pogląd bardzo liberalny i stara się, o ile można mniej, krępować chorego. Zalecając pożywienie mieszane, kładzie nacisk na wielkie umiarkowanie w życiu, żeby uniknąć zaburzeń trawienia i gromadzenia się w kiszce produktów fermentacji. Zabrania albo przynajmniej znacznie ogranicza użycie wysokoku, zwierzyny (zwłaszcza z „zapaszkiem“), ostrych serów i drażniących przypraw korzennych. Przyznaje mleku jego wysoką wartość odżywczą, jako pokarmu łatwo strawnego i wytwarzającego mało produktów fermentacji, jednak nie uznaje słuszności wyłącznie mlecznej diety w przypadkach przewlekłych cierpień nerek, ponieważ taka dyeta powoduje często zaburzenia trawienia, chorobliwe otłuszczenie z uszczerbkiem na rzecz wytwarzania się hemoglobiny, a nadto sądzi, że takie obfite dostarczanie wody nie jest bardzo pożądane, jako zbyt obciążające pracę nerek. Natomiast zaleca mleko pod postacią zup mlecznych (ryż, sago, kasza jęczmienna, sucharki), lub jako czekolada, herbata i kawa mleczna. Nawet w przypadkach ostrego zapalenia nerek lub obostrzenia sprawy przewlekłej zaleca obok mleka leguminy, kompoty i lemoniadę. Unika bulionu, wyciągów mięsnych i rosółu ze względu na dużą zawartość w nich soli, istot wyciągowych i zasad aloksurowych, zarówno jak i pokarmów roślinnych, które zawierają dużo kwasu benzoosowego (owoce kostkowe, jarzyny zielone). W drugim lub trzecim tygodniu choroby przechodzi zwykle stopniowo do diety mieszanej. (*Zeitschrift. f. diätet. u. phys. Ther. B. VII. H. 1.*)

K. Z.

74. F. BERKA. Otrucie dwuchromianem potasu.

Ze względu na rzadkość zatrucić dwuchromianem potasu, autor podaje spostrzeżenie, dotyczące 22-letniej szwaczki, która w zamiarze samobójczym zażyła około 30 grm. dwuchromianu potasu, umieściwszy go w wydrążonych figach. Objawy zatrucia wystąpiły po upływie 3—4 godzin pod postacią gwałtownych bólów w brzuchu. Przemoty żołądek roztworem sody i wydobyto nieco zielonkawego płynu. Dopiero po upływie 9 godzin po otruciu chora zaczęła wymiotować płyn z początku żółtawo-zielony, później czerwony, w końcu czerwony z odcieniem zielonym. Jednocześnie zjawiała się biegunka, i w dwanaście godzin po zatruciu chora zmarła wśród objawów zapaszi. Badanie zwłok wykazało: w rozszerzonym znacznie żołądku około 200 grm. brązowego śluzowatego płynu; śluzówka mocno pofalowana; fałdy te obrzmiały i zabarwione na kolor czerwono-brązowy. Śluzówka dwubastnicy brązowa, w kiszce zaś częściej ciemno-karminowa i obrzmiała; w górnej części kiszki zawartość wodnisto-śluzowata barwy ciemno-czerwonej. Wogóle otrucie kwasem chromowym cechuje szybki bardzo przebieg z zejściem śmiertelnym i bardzo niewielkie zmiany w narządach wewnętrznych. Za życia spostrzegano zwykły stan, zbliżony do *stadium algidum* cholery.

(*Münch. med. Wochschrft. N. 16. 1903.*)

K. Z.

75. BURKARD. Przyczynę do leczenia zatrważających krwotoków po wycięciu migdałków.

W przeważającej liczbie przypadków krwotoku po tonsillotomii leczenie nieoperacyjne doprowadziło do celu, w niektórych tylko przypadkach ten lub ów rękoczyn przedsięwziąć trzeba było. Tu należy: ucisk powierzchni krwawiącej za pomocą uciskadła MIKULICZA, podwiązanie naczyń krwawiącego w samej ranie, przyżeganie za pomocą żegadła PAQUELIN'a, obkluwanie rany krwawiącej, wreszcie najpewniejszy rękoczyn, jaki dotychczas stosowano, podwiązywanie *art. carotis communis*; *art. carotis externa* w takich razach nigdy podwiązywana nie była. Należy jednak pamiętać, że, nie zważając już na wysoką odsetkę śmiertelności, jaką daje podwiązanie *art. carotis communis*, samo podwiązywanie tego naczynia, a zwłaszcza ligatura *art. carotis*

externae może być niewystarczająca i nie zabezpiecza od krwotoku. Nie zostało bowiem dotychczas z całą dokładnością dowiedzionem, jakie naczynie przy umiejętnym wycinaniu migdałków bywa zranione i czy zawsze jedno i to samo naczynie.

ZUCKERKANDL dowiódł, że przyczyną zatrażających krwotoków jest zranienie *art. tonsillaris*, ponieważ naczynie to z powodu ścisłego zrośnięcia z otoczką migdałka po zranieniu skurczyć się nie może. W takim więc razie w niektórych przypadkach podwiązanie *art. carotidis externae* jest bezskuteczne, gdyż *arteria tonsillaris*, będąca zwykle gałązką *art. palatinae ascendens*, często wychodzi z *art. pharyngeae ascendens*, a ponieważ ta ostatnia często wychodzi z kąta, gdzie *art. carotis* się dzieli, a nawet z *art. carotis interna*, to podwiązanie *art. carot. exter.* nigdy nie daje rękojmi, że i *art. tonsillaris* również objęta została. Z powodu zaś licznych anastomoz, jakie w tej okolicy istnieją między *art. palat. ascend.* i *art. pharyng. ascend.*, podwiązanie *art. carot. ext.* w tych przypadkach, w których *art. pharyng. ascend.* nisko od puia odchodzi i dla tego w podwiązkę wzięta nie została, nie zabezpiecza od krwotoków wtórnych. Nawet w przypadkach, w których *art. pharyng. ascend.* została podwiązana, istnieje niebezpieczeństwo krwotoku wtórnego ze strony gałązek, przeznaczonych dla podniebienia miękkiego, a wychodzących z *art. palat. ascend.*, która anastomozuje z naczyniami podniebienia strony przeciwnej, i przy odcięciu dowozu krwi z jednej strony pozostaje niebezpieczeństwo krwotoku wtórnego ze strony przeciwnej.

Samo przez się rozumie się, że podwiązanie nawet *art. carot. commun.* nie zabezpiecza również od wyżej wspomnianej przypadłości, co i podwiązanie *art. carot. exter.*; znany jest przypadek, w którym pomimo podwiązania *art. carot. commun.* krwotok ustał dopiero po wystąpieniu omdlenia.

Nie we wszystkich jednak przypadkach krwotok ma miejsce z powodu zranienia *art. tonsillaris*. Zdaniem MERKEL'a krwotok występuje z powodu zranienia *art. maxill. extern.*, zaś DEMME przypuszcza, że z powodu zranienia *art. lingualis*, gdyż oba naczynia niekiedy podechodzą bezpośrednio do samego migdałka lub wchodzą w sam miąższ jego. W takich razach uzasadnione jest podwiązanie *art. carotidis exter.*, jeżeli w samej ranie krwawiące miejsce uchwycić się nie daje.

W praktyce daleko ważniejsze znaczenie ma nie silny krwotok, natychmiast powstający, lecz występujący później i często się powtarzający, który właśnie powstaje z powodu zranienia niewielkiej gałązki *art. tonsillaris*. W takich razach, gdy wszelkie sposoby tamowania krwotoku zawodzą, należy, zdaniem NICOLADONI'ego, wyłuszczyć ostatek krwawiącego migdałka z zewnątrz i gardziel zamknąć przez zeszytowanie łuków podniebiennych. Sposób operacji tenże, co przy wyłuszczeniu guzów migdałka (LANGENBECK, MIKULICZ) z tą różnicą, że można zaniechać przecięcia czasowego szczęki dolnej. Cięcie na 1 cm. poniżej i poza przyczepem ucha wzdłuż szczęki dolnej kończy się na szerokość palca powyżej kości podjęzykowej. Po odpreparowaniu płata skóry i przecięciu *platysmae* i *fascyi szyjowej* blisko kąta żuchwy, dochodzimy do *m. biventer* i *stylohyoideus*, stanowiących punkt wytyczny dla dalszego rękoczynu. Należy dalej unieść żuchwę i przez usta wypchnąć ostatek migdałka; idąc wgląd' nad wspomnianymi mięśniami, napotykamy krwawiący migdał z idącymi doń naczyniami, które należy podwiązywać. *Musc. styloglossus* poprzednio należy przeciąć. Następnie przecinamy gardziel i wyłuszczamy migdałek. Otwór gardzieli zamykamy przez przszytowanie łuków podniebiennych od strony ust lub z zewnątrz.

(Wiener klin. Wochenschr. 1903. N. 22).

L. Krause.

Drugi Zjazd chirurgów-ortopedystów w Berlinie.

Jak w przeszłym, tak i w tym roku przed zjazdem chirurgów odbył się zjazd zawiązanego w przeszłym roku Towarzystwa chirurgów ortopedystów.

Na kongresie tym w dniu 2 czerwca przedstawiono 31 prac z dziedziny ortopedyi. Posiedzenie otworzył prezydujący prof. HOFFA, zaznaczając, że liczba członków 150, a obecność blisko 250 zebranych dowodzi istotnej potrzeby takiego stowarzyszenia, że projekt zawiązania takiego stowarzyszenia nie był poroniony; wymiana zdań, bodziec do dalszej pracy, by nie pozostawać w tylnych szeregach, to przecież dorobek dla nauki, a dla społeczeństwa istotna korzyść, bo lekarze, którzy zajmują się ogólną praktyką, mają możność obznajmiania się z ortopedyą. W końcu zebrani na propozycję prezydującego uchwycili przez powstanie pamięć zmarłych prof. SCHEDE'go i NICOLADONI'ego. Prof. ESMARCH'a i HEFTMANN'a wybrano na członków honorowych.

Pierwszy zabrał głos VULPIUS z Heidelberga w sprawie plastyki ścięgien, zreferował obecny stan i wartość tego zabiegu oraz wyniki swoich 400 przypadków, przyczem podał swój sposób przedłużania ścięgien (zmieniony BAYER'a).

LANGE z Monachium mówił o sztucznych ścięgniach z jedwabiu, krytykując rozległe operacje, jakie proponuje VULPIUS przy przeszczepianiu ścięgien, i dowodząc na zasadzie praw fizyki, że można je zastąpić znacznie mniejszemi.

W tej samej sprawie przemawiali SCHANZ z Drezna (demonstracja pacjenta, który miał złamaną rzepekę, odłamki rozeszły się na 12 ctm., chory, długi czas nie leczony, był kaleką, po zeszcyciu rzepek, wyseparowaniu mięśnia krawieckiego i przszyciu go do rzepek — funkcje powróciły zupełnie), CODIVILLA z Bolonii (pokazu-

je swojego pomysłu narzędzia do plastyki ścięgien), WITTEK pokazuje chorego, który prawie nie mógł chodzić z powodu *chorea* — po przeszczepieniu mięśni chodzi doskonale.

W dyskusyi REINER z Wiednia mówi o swoim sposobie *arthrodezy*, GOCHT pokazuje piękne preparaty drobnowidzowe, dowodzące, że ścięgna zrastają się po 15 dniach, sprawa idzie *per primam*, wrastają naczynia — które potem ulegają zanikowi; JOSEPH z Berlina pokazuje dziecko z *paralysis infantilis*, któremu przeszczepił *tibialis anticus*, HORN przestrzega przed zapędem do transplantacyi, przed którą radzi probować redresyę, MARMUREK pokazuje swój sposób przedłużania ścięgna bez użycia szwu, w końcu HOFFA pokazuje niezwykle prosty zabieg przy *paralysis infantilis* i *pes equinovarus*, polegający na przedłużeniu ścięgna Achilles'a za pomocą połowicznej jego tenotomii (z pozostawieniem mostka), redresyi oraz ujęciu w węzeł za pomocą szwów ścięgien, biegnących ku grzbietowi stopy, obciążeniu wężła ponad szwami i, po zaszcyciu rany, nałożeniu na parę tygodni gipsu; wyniki, jak do tej pory, bardzo dobre.

Po południu o *coxa varii* mówili JOACHIMSTHA', SCHANZ, BORHARD, TRÖHLICH, LUDLOFF, który zajął miejsce DREHMAN'a u MIKULICZA, CODRIVILLA z Bolonii i REINER z Wiednia.

W dalszym ciągu KÖLLIKER z Lipska pokazuje gipsowane szyny z drutu, MÜLLER ze Stuttgartu mówi o anatomicznych zmianach przy bezkrwawem nastawianiu wrodzonego zwichnięcia ud, WULLSTEIN i HEUSNER pokazują swoje przyrządy, mające na celu wyrugowanie gipsowego opatrunku w leczeniu wrodzonego zwichnięcia uda. HIRSCH z Berlina pokazuje chorego z wrodzonym wysokiem położeniem obu kości łopatkowych, MAYER 50-letniego chorego,

któremu wykonał redresję wrodzonego *pes varus*. HEUSNER z Barmen pokazuje nowy przyrząd do leczenia *pes varus*, BRODNITZ mówi o KÜMMEL'owskich cierpieniach kręgow, BADE o wynikach leczenia *scoliosis* za pomocą ortopedycznych gorsetów, JOACHIMSIAL o paraliżu *m. glutaeus medius* po uderzeniu kopytem. W końcu HEFTMANN pokazuje niezmiernie ciekawą chorą z *lordosis* kręgow lędźwiowych, chodzi ona tylko na czworakach lub też trzymając rękami stopy, robi zupełne wrażenie małpy, gdyż ma ręce nawet nieco dłuższe od nóg. Na drugi dzień rano byliśmy

w klinice HOFFA'y, który pokazywał swój sposób operowania *pes equino-varus* w *paralysis infantilis*, niekrwawy sposób nastawiania przy wrodzonym wywichnięciu uda za pomocą t. zw. „Pumpenmethode“; REINER z Wiednia pokazywał na obu kończynach swój sposób operowania *genu valgum*, sposób rzeczywiście łatwy i dobry — podskórne oddzielenie nożykiem *epiphyseos*, złamanie ręką — gipsowy opatrunek. Do lat 7-miu użycie noża, po latach siedmiu złamanie bez użycia noża dla oddzielania *epiphyseos*.

Aleksander Zawadzki.

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Sekeya ludowa.

W sekeyi tej następujące sprawy były obszerniej roztrząsane: najpilniejsze potrzeby sanitarne miasteczek, praktyka lekarska ludowa, organizacya pomocy lekarskiej gminnej. Sprawy te obudziły największe zainteresowanie i najwyższe rozprawy. Dalej idą: mieszkania ludności wiejskiej, popularyzowanie higieny i czystości u młodzieży szkolnej. Na omówienie innych spraw, objętych programem, zabrakło czasu: na szkoły wiejskie, pożywienie i odzież ludu, kąpiele. Co do kąpeli, to zwiedzającym kąpiele ludowe na Pradze im. CHAŁUBIŃSKIEGO udzielał wyczerpujących objaśnień prof. BARANOWSKI, a przy zwiedzaniu kąpeli fabrycznych d-r BABIŃSKI.

Ponieważ wszystkie przytoczone sprawy dotyczą najbardziej palących potrzeb prowincyi, nie więc dziwnego, że rozprawy nad nimi ścigały do sekeyi ludowej większość przyjezdnych. Przeważnie większość referatów opracowali lekarze z prowincyi, a nie warszawscy. Delegacya sekeyi rolnej wystąpiła z całym szeregiem cennych wniosków, opracowanych już uprzednio na

posiedzeniach specjalnej komisji, złożonej z ziemian i lekarzy, a dotyczących wszystkich spraw, projektowanych w programie narad.

Co do miasteczek, to rozprawy nad nimi dały nader ponury obraz ich stanu sanitarnego. Nie zaspokojonych a krzyczących potrzeb higienicznych widzimy tu mnóstwo na każdym kroku, i trudno wyróżnić między nimi najpilniejsze. A jednak zgodność we wnioskach zabierających głos w tej sprawie była niemal zadziwiająca. D-r S. KLARNER z Bełżyce i Fr. GRODECKI z Pren, choć zamieszkali na dwóch przeciwnych krańcach królestwa, piszący każdy z innego stanowiska, podali wnioski niemal identyczne. D-r S. KLARNER skreślił obrazowo wrażenia, jakich doznałby inteligentny człowiek, przyjeżdżając po raz pierwszy do naszego miasteczka i badając je pod względem sanitarnym. D-r GRODECKI ten sam temat opracował z punktu widzenia lekarza, zamieszkałego w takim miasteczku. D-r MICHAŁOWSKI opisał szczegółowo miasteczko Żelechów i losy miejscowej komisji sanitarnej, które mogłyby być śmieszne, gdyby nie były tak smutne. Tow. Lekarskie Radomskie oraz Sekeya rolna dały szeregi wniosków w sprawie uzdrowotnienia miasteczek.

Najwyższe niechlujstwo, zakażenie powietrza i studzien wskutek braku bruków i ścieków, podwórz i ustępów, które najczęściej nie istnieją wcale, jeżeli zaś są, to w ohydny stan, zacieśnienie domów, wznoszonych bez oglądania się na jakikolwiek plan regulacyjny dla miasteczka lub na ustawę budowlaną, brak wody do picia, wstrętne brudy przy przygotowaniu produktów spożywczych najpierwszej wagi, a więc w rzeźni (jeżeli jeszcze na szczęście jest ona) i piekarniach, brak kąpieli lub łaźni, brak zadrzewienia, brak przytulku, ochrony lub szpitala — oto najpilniejsze sprawy sanitarne.

Przyczyną tego oplakanego stanu jest ciemnota, bieda i brak zmysłu czystości u mieszkańców, obojętność inteligencji miejscowej. W każdym jednak razie z rozpraw okazało się, że mieszkańcy byliby gotowi ofiarować swoje: dobrą wolę, czas, pracę a nawet i składki pieniężne dla poprawy złego, gdyby nie jakieś beznadziejne przeświadczenie, że wszystko to pójdzie na marne, że prace ich nie będą miały ciągłości, ani siły wykonawczej.

Jako główny środek zaradczy wskazywano: stałe komitety sanitarne, które właściwie od czasu ostatniej cholery zniesione nie były, a nawet przed dwoma laty rozporządzeniami władz wyższych powołane zostały do dalszej czynności. Dzisiejsze protokoły policyjno-sanitarne, wyroki i kary nie mają żadnego wpływu na usunięcie nieporządków. Dalej: zwiększenie liczby lekarzy miejskich z nadaniem im praw; łączenie się właścicieli domów w spółki dla wynajmowania wspólnych stróżów.

Jako środki materialne wskazywano: dochody propinacyjne z rzeźni i zyski z kas pożyczkowo-oszczędnościowych miejskich.

D-r POŁAK, któremu niemal wyłącznie przypadły w udziale trudy około przygotowania narad higienicznych kwietniowych i zasługa do prowadzenia ich do skutku, zajmował się sprawą uzdrowotnienia miasteczek ze szczególną energią. W celu posunięcia tej sprawy naprzód utworzył on delegację, złożoną z prezydentów i burmistrzów miast prowincjonalnych, lekarzy, finansistów i t. d., mającą za cel zebranie i zbadanie istniejących postanowień i przepisów sanitarnych oraz obmyślenie operacji finansowych, któreby umożliwiły miastom śpieszniejszą poprawę ich stanu. Delegacja ta odbyła kilka

wstępnych posiedzeń, rozpoczynając w ten sposób swe czynności.

W sprawie pomocy lekarskiej ludowej przemawiał d-r BIEGAŃSKI, opierając się na wynikach narad nad tym przedmiotem w towarzystwie lekarskiem częstochowskim i na odczytanych tam pracach d-rów WITKOWSKIEGO i BRZOWSKIEGO. Z 880 lekarzy prowincjonalnych w królestwie tylko 240 przypada na miasteczka. Z 25 — 30 tys. ludności wiejskiej, przypadającej na jednego takiego lekarza, udziela on porad zaledwie 1500 rocznie włościanom. Znaczy to, że na 10 chorych włościan jeden tylko radzi się lekarza. A jednak lud nasz leczyć się lubi i ma mnóstwo doradców zdrowia — z których najmniej może jeszcze szkodliwe są dziedziczki we dworach. Właściwie jakiejś jednolitej medycyny ludowej niema u nas. Zażegnaniom, zamawianiom i t. p. lud wierzy nie z przekonania, ale z braku krytycyzmu i w gruncie rzeczy wielkiego zaufania do nich nie żywi.

W przekonaniu ludu, skłonnego do materialistycznego poglądu na świat, skutek zależy od nakładu pracy. To też zamawiania, homeopatyja nie trafiają tak do przekonania ludu, jak pomoce materialne energiczne: upust krwi, bańki, pijawki, nacierania. Akuszerowie, chirurdzy łatwo zdobywają powagę wśród ludu. Lud nie ma dokładnego pojęcia o sposobie zdobywania wiedzy lekarskiej. Wszystkich swych doradców zdrowia uważa za doktorów, którzy nabyli swą wiedzę przez terminowanie u innych i zajęli różne hierarchicznie stanowiska. W praktyce ludowej konieczna jest znajomość psychologii ludu i dużo taktu w postępowaniu: obok życzliwości stanowczość i powaga. Porada lekarska u nas kosztuje włościanina zbyt drogo, jak to pokazuje głębsze wniknięcie w istotę rzeczy, bo pochłania $\frac{1}{30}$ jego rocznego dochodu. Farmer francuski poświęca 10 razy mniejszą część swych dochodów dzięki lepszym drogom, mniejszym odległościom od lekarza, innemu stosunkowi do aptek.

Wolna praktyka lekarska wiejska, dziś ledwie u nas kiełkująca, chyba się u nas bujnie nie rozwinie, wobec tego, że w ostatnich czasach potężnie się rozrasta stała pomoc lekarska przy stowarzyszeniach, kasach chorych i t. d.. I u nas powstał już lekarze fabryczni i kolejowi, a niezadługo otrzymamy stałych lekarzy wiej-

skich na wzór ziemstw w Cesarstwie, gdzie lekarzy wiejskich wolnopraktykujących niema weale.

Już od r. 1867 lekarze nasi, zwłaszcza tow. lek. lubelskie, domagali się uorganizowania stałej pomocy lekarskiej wiejskiej — lekarzy gminnych. Były nawet pewne usiłowania w tym kierunku, ale od dłuższego czasu już ustały. W r. 1897 władze uorganizowały pomoc lekarską wiejską w gub. Płockiej.

Pomoc taka jest poniekąd żywiołowym koniecznym następstwem ciągłej demokratyzacji praktyki lekarskiej i mimo wad dzisiejszych ma wszelkie widoki rozwoju przed sobą. Powinniśmy ją uważnie śledzić i poddawać ścisłej a bezstronnej krytyce. Obok tego pracujmy nad wyrobieniem u ludu większego zaufania do lekarzy.

W rozprawach podnoszono, że liczba lekarzy, żyjących przeważnie z praktyki ludowej wiejskiej, wzrasta, że „chłopski rozum“ wieśniaka pozwala mu nawet na wielkie wydatki, gdy widzi skuteczność medycyny (surowica przeciwbłonicza), że na „wyleczenie“ ofiarowałby nawet i trzecią część rocznego dochodu. Lekarz wiejski winien znać dobrze i choroby dziecinne i oczne. Nie może on traktować ludu jako coś niższego, wstrętnego, głupiego, a nie wolno lekarzowi występować przed ludem w roli znachora i umacniać tem istniejących przesądów. Zaufanie do lekarza gra w leczeniu rolę pierwszorzędną, a więc zawsze będzie podstawą wolnej praktyki a przynajmniej wolnego wyboru lekarza. Uorganizowana zbiorowo przez dwory pomoc lekarska dla służby folwarczej w Drobinie, Szreńsku i Ciechanowie rozwija się bardzo pomyślnie. Gdzie drogi są lepsze, lekarz może objeżdżać chorych własnym powozikiem w jednego konia, co o połowę zmniejsza koszt porady.

Sprawę projektowanej rządowej pomocy lekarskiej ludowej rozważali dr. FIDLER, KĘDZIERSKI i MICHAŁOWSKI z dwóch różnych punktów widzenia. FIDLER i MICHAŁOWSKI zastanawiali się, czy projektowana pomoc może spełnić to, czego od niej należałoby oczekiwać, KĘDZIERSKI zaś — jaki pożytek ma ludność z dotychczasowej próbnej organizacji pomocy lekarskiej w gub. Płockiej. Mimo różnego punktu wyjścia wnioski wszystkich były bardzo zbliżone.

Błędem dotychczasowej organizacyi jest przytłoczenie lekarzy ogromem pracy lekarskiej i kancelaryjnej, niemożliwym do udźwignięcia. Błędem jest przeniesienie punktu ciężkości na leczenie ambulatoryjne i to jeszcze objazdowe. Ogromne cyfry porad ambulatoryjnych nie mogą służyć za dowód korzyści tych porad dla ludności, jeżeli uwzględnimy, że w takim lichu urządzonym ambulatoryum bez poczekalni, zimnem, wilgotnem, masy chorych (do stu), przybyłych zdaleka, wyczekują lekarza, który wrzeszcząc przybywa, znużony męczącą podróżą po złych drogach, i udziela pośpiesznych minutowych porad, wpuszczając po kilka osób na raz do quasi-gabinetu, bo lwią część czasu musi poświęcić zapisywaniu chorych.

Błędem jest dotychczasowe zaniedbanie leczenia szpitalnego, które jedynie zapewnia choremu z warstw ludowych jakie takie warunki higieniczne, spokój i umiejętną pomoc. Dotychczasowe lecznice wiejskie w lokalach wynajętych, często nieodpowiednich nie czynią zadość nawet skromnym wymaganiom, a przez dwa dni wyjazdowe w tygodniu chorzy w nich są pozbawieni wszelkiej pomocy i nadzoru. Do stosunków szpitalnych nowa organizacya wprowadza wielkie zamieszanie. Obok dotychczasowych szpitali płatnych powstają szpitaliki wiejskie bezpłatne. Czy nie stracą przez to dzisiejsze szpitale, i tak już niezmiernie ubogie, znacznej części swych dochodów, składających się w połowie z opłat, wnoszonych przez gminy za leczenie chorych? Czy miasta będą płaciły i nadal większą część podatku na nową organizacyę dla ludu wiejskiego, a obok tego jeszcze utrzymywały szpitale? Przyszłość dzisiejszych szpitali może budzić poważne obawy. Zdawałoby się, że nowa pomoc lekarska powinna przedewszystkiem objąć wszystkie szpitale, zapewnić wszystkim bezpłatne leczenie w szpitalach, stworzyć naprzód nowe szpitale w miastach powiatowych, gdzie ich dotąd nie ma, podnieść stan dzisiejszych szpitali, a wszystko to z nowego podatku.

Podatek na nową organizacyę pominął bezrolnych właścicieli domów w osadach (żydów), rzemieślników, zawody wyzwolone, służbę leśną w lasach rządowych. Kto wie, czy inny rodzaj podatku np. mieszkaniowy albo pogłówny z u-

względnieniem zamożności — nie byłby słuszniejszy.

Apteki po wsiach i osadach przy nowej organizacji są poważnie zagrożone. Felezerów, stanowiących plagę naszego lecznictwa, nowa organizacja podnosi, powierza im nowe czynności i nadaje im prawa służby rządowej. Szerszej pomocy położniczej dla ludu, obrony od chorób zakaźnych, pomocy dla chorych umysłowych, kalek i nieuleczalnych, poprawy warunków higienicznych organizacja nie uwzględnia. W dotychczasowej organizacji razi brak zaufania do szerszego ogółu i gmin, usuniętych zupełnie od wszelkiego udziału w zarządzie i kontroli, choć gminy powołane są do tego przez zasadnicze prawa państwowe. A jednak zaufanie i ofiarność ogółu mogłyby bardzo dopomóc prawidłowemu rozwojowi tej trudnej sprawy. Wybór lekarzy, od którego zależy cała wartość nowej organiza-

cyi, powinien być powierzony towarzystwom lekarskim, ewentualnie jakiemuś gremium powołanych do tego przez władze lekarzy. Służba lekarska winna być ubezpieczona od śmierci i starości. Leczenie bezpłatne powinno przysługiwać tylko ubogim.

Organizacja próbna w gub. Płockiej jest zaledwie miniaturą pomocy lekarskiej w ziemstwach, która pochłania daleko większe sumy. Projektowany podatek jest za mały względnie do zadań. Kto wie, czy płacenie lekarzowi większemu jakichś 400--600 rubli za samo zamieszkiwanie w oznaczonym miejscu z obowiązkiem prowadzenia lecznicy i taniego leczenia chorych w ambulatoryum i po domach — nie byłoby najlepszym zużytkowaniem projektowanego podatku.

(C. d. n.).

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

W N. 7 „Krytyki Lekarskiej“ kol. Zygmunt KRAMSZYK zarzuca mi, że w „Kronice“, wydrukowanej w Nr. 24 „Medycyny“, na zasadzie jednej niesprawiedliwej oceny „zakwestyonowałem bezstronność sędziów konkursowych wogóle i posądzam wszystkich o kierowanie się jakiemiś ubocznymi względami, a nie szczerem bezstronnem przekonaniem“.

Gdybym istotnie zrobił wszystkim sędziom konkursowym tak ciężki zarzut, to naprawdę „obraziłbym tych wszystkich lekarzy szpitalnych, którzy w konkursach urząd sędziów pełnili“. Ale, gdzie ja to napisałem, napróżno łamię sobie głowę, napróżno czytam jeszcze raz artykuł swój i nigdzie nie podobnego znaleźć nie mogę. Ze słów moich można tylko

wyciągnąć wniosek, że trafiają się między sędziami konkursowymi ludzie, przykładający do obowiązków swych nie tak wielką miarę, jak chce kol. K. Ponieważ zaś „wady i grzechy ludzkie muszą się odbijać i na sędziach konkursowych“, więc kol. K. wniosku powyższego za fałszywy uznać nie może, tembardziej, że wyprowadzony został nie na zasadzie jednej tylko „niesprawiedliwej oceny“: wszakże „Gazeta Lekarska“, oprócz zdarzenia z ostatniego konkursu, przypomina i o drugim podobnym przypadku, ja zaś w „Kronice“ swojej przytoczyłem trzeci. Nie oparłem więc wniosku na unikacie i nie „uogólniłem grzechu sędziego“, a ztąd „protest“ kol. K. jest co najmniej zbyteczny.

„Sędziami konkursowymi“, powiada dalej autor notatki w „Krytyce Lekarskiej“, „są wszakże lekarze, ci sami, którzy i podług pro-

jektu kol. SREBRNEGO ostatecznie stanowiliby o wyborze kandydata". Według mojego projektu sędziami byłoby kilku a stu a nawet kilkudziesięciu lekarzy, a przy tak dużej liczbie sędziów łatwiej usunąć protekcję i względy osobiste, niż przy septemwiracie. Mając zaś do czynienia ze złem nieuniknionem, należy starać się o zredukowanie go do możliwych granic.

Że przy obecnym systemie „przewidywania wyniku konkursu spełniają się często dlatego, że lekarze znają kandydatów“ t. j. ich wartość, w to chyba kol. K. sam nie wierzy, miałby może słuszość, gdyby zamiast wyrazu „często“ napisał: „czasem“.

„Pogłoski o szczegółach zamkniętego posiedzenia bardzo często też muszą być błędne“, pisze wreszcie kol. K. — mnie się zdaje, że może nie tak często, jak sądzi autor notatki, który w prawdziwość faktu, ujawnionego przez „Gazetę Lekarską“, pozwala wierzyć bez zastrzeżeń, chociaż inne „posądenia“ nazywa „niesłusznymi“, a „wieści“ — „falszywymi“. A przecież i ów fakt z „Gazety“ jest tylko „pogłoską o szczegółach zamkniętego posiedzenia“.

Racz przyjąć wyrazy poważania.

Zygmunt Srebrny.

6. VII. 03.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GABRIÉLIDÉS podaje następujący sposób bardzo szybkiego barwienia laseczników gruzliczych. Rozciera się i suszy płwocinę zwykłym sposobem; poczem puszcza się na preparat 3 krople roztworu następującego: 1,0 fuksyny; 10 ctm. sz. bezwodnego wyskoku; 5,0 kwasu karbolowego; 40 ctm. sz. wody. Celem otrzymania tej mieszaniny rozpuszcza się naprzód fuksynę w wyskoku i dodaje się zwolna, klóćąc ciągle, wodę z rozpuszczonym w niej karbolem; mieszaninę pozostawia się kilka godzin i cedzi. Po puszczeniu na preparat 3

kropel wysusza się szkiełka nad płomieniem gazowym w ciągu 8 — 12 sekund i kładzie się je na 1 sekundę do następującego roztworu: 25 ctm. sz. kwasu saletranego; 95% wyskoku 100 ctm. sz.. Szkiełka przemywa się wodą i wkłada się na 1 sekundę do roztworu: 10% wodnego błękitu metylenowego 7 ctm. sz.; wody 100 ctm. sz.. Wreszcie szkiełka ostatecznie przepłukuje się wodą. Cały rękoczyn trwa 15 sekund. W tkankach laseczniki barwią się powyższym sposobem w ciągu 5 minut. (Grèce méd. 15.X 1902).

P.

Wiadomości bieżące.

— W jednej z „Kronik“, umieszczanych co miesiąc w naszym czasopiśmie (patrz „Medycyna“ N. 10 z r. b.), kol. SREBRNY poruszył myśl utworzenia kasy pogrzebowej specjalnie dla lekarzy. Myśl ta znalazła wielkie uznanie zaró-

wno pośród kolegów, w naszym mieście zamieszkałych, jak i na prowincyi i w Cesarstwie. Otrzymaliśmy dosyć listów i gotowych projektów, dotyczących ustawy kas podobnych, już w Cesarstwie istniejących. W celu ułatwie-

nia tej ważnej sprawy i przyspieszenia jej kol. SREBRNY podzielił się bliższymi szczegółami z Zarządem Kasy oszczędnościowo-pożyczkowej dla lekarzy. Zarząd Kasy opracował odpowiedni projekt i w dniu 4 lipca r. b. na zebraniu ogólnem tejże Kasy, po rozpatrzeniu całego projektu ustawy kasy pogrzebowej w całości i co do oddzielnych paragrafów, zgromadzenie ogólne Kasy pożyczkowo - oszczędnościowej lekarzy postanowiło projekt ten z małemi zmianami przesłać odpowiednim władzom do zatwierdzenia. Nie przypuszczamy ani na chwilę, aby ustawa nie była zatwierdzona, otwarcie kasy będzie możliwe w chwili zapisania się do niej przynajmniej 100 członków, od nas więc samych będzie zależało, aby zainicyowana przez kol. SREBRNEGO w naszym czasopiśmie tak pożyteczna kasa jak najprędzej mogła zacząć funkcyonować.

— Komitet sekeji higienicznej Wystawy sportowej w Warszawie, pozostający pod przewodnictwem kol. Teodora HERYNGA, wydał dziełko p. t. „Higiena sportu“. Oprócz wstępu, bardzo barwnie i zajmująco napisanego przez d-ra TRZCIŃSKIEGO, książka ta zawiera: 1) Sport pieszy przez d-ra SKOWROŃSKIEGO. 2) Cyklizm przez d-ra BUCZYŃSKIEGO. 3) Łyżwiarstwo przez d-ra KUCHARZEWSKIEGO. 4) Jazda konna przez p. WROTNOWSKIEGO. 5) Gimnastyka i wioślarstwo przez d-ra TRZCIŃSKIEGO. 6) Pływanie przez d-ra A. PRZYBOROWSKIEGO. 7) Rybołówstwo przez d-ra GROBELINI. 8) Myśliwstwo przez d-ra GEPNERA. 9) Gry sportowe przez d-ra GUARDARDA. 10) Atletyka przez d-ra J. PIOTROWSKIEGO. 11) Automobilizm przez d-ra KAMOCKIEGO. 12) Siermierstwo przez d-ra PIOTROWSKIEGO. 13) Wskazówki dla lekarzy, kwalifikujących kandydatów do wyścigów klubowych, przez d-ra T. HERYNGA i d-ra J. PAWIŃSKIEGO. W części dru-

giej znajdujemy zarys fizjologii i patologii pracy mięśniowej przez d-ra J. NUSSBAUMA. W tej pożytecznej książce jedno nas tylko zadziwia, czy wogóle lekarze powinni kwalifikować kandydatów do wyścigów. Wszak wyścigi ze sportem w naszym pojęciu lekarskiem sportu nie wspólnego mieć nie powinny, a tem samem lekarz nikogo do wyścigów kwalifikować nie powinien.

— Kol. Mieczysław KORZENIOWSKI mianowany został ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

— Wyszło z druku nowe wydawnictwo Towarzystwa Ogrodniczego Warszawskiego p. t. „Flora Królestwa Polskiego“, napisana przez znanego na polu naszego przyrodoznawstwa uczonego p. Feliksa WERMIŃSKIEGO. Książeczka ta, formatu kieszonkowego, stanowi krótki podręcznik do określania roślin, przydatny dla uczącej się młodzieży oraz amatorów wycieczek botanicznych, zawiera klucz i tablice do określania rodzajów i gatunków, z bardzo licznymi rysunkami, całość 135 stron druku małej 8-ki. Cena w handlu księgarskim 1,75 rb. z ustępstwem dla zakładów naukowych. Nabyć można w kancelarii Towarzystwa, Bagatela 3, i w księgarniach.

— ZMARLI. W Warszawie zmarł d-r Czesław SŁUPECKI w wieku lat 51. Ś. p. SŁUPECKI pierwotnie ukończył wydział prawny Uniwersytetu Warszawskiego i, już zajmując poważną posadę w sądownictwie, wstąpił na wydział lekarski, po ukończeniu którego zajął się rozległą praktyką, zwłaszcza wśród uboższej ludności naszego miasta.