

GAZETA LEKARSKA

I. Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w przebiegu chorób narządów płciowych¹⁾.

Napisał

Dr Jan Sędziak.

Stosunek wzajemny cierpień narządów płciowych, zwłaszcza kobiecych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych i pokarmowych, oraz w narządzie słuchowym, jak w ogóle stosunek laryngo-ryno-otologii do ogólnej medycyny, został odpowiednio opracowany dopiero mniej więcej w ostatnich 30-u latach.

Przedewszystkiem kwestya ta jest rozpatrywana w monografiach ogólnych, jak oto: L o e r i'ego („Die durch anderwertige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“ Stuttgart. 1885). H a u g'a („Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen“ 1893), S o k o ł o w s k i'ego („O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“ Odczyty kliniczne 1898 Nr. 113—114), F r i e d r i c h'a (Rhinologie Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin“, 1889), wreszcie J o n a s'a („Symptomatologie und Therapie der nasogenen

¹⁾ Jest to część obszernej monografii, traktującej o zaburzeniach nosowo-gardlano-krtaniowo-usznych w przebiegu cierpień ogólnych ustroju. Część 1-a, obejmująca zaburzenia powyższe w przebiegu ostrych spraw zapalnych, była ogłoszona w r. 1900 w „Nowinach Lekarskich“ w Poznaniu; tamże drukują się obecnie: 1) „Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób narządów krążenia“ (serce i naczynia). 1906 N. 10. oraz 2) „Zaburzenia nosowo- i t. d. uszne w przebiegu chorób nerek“.

Również jednocześnie drukują się w „Przeglądzie Lekarskim“ w Krakowie „Zaburzenia nosowo- i t. d. uszne w przebiegu chorób narządów trawienia“ oraz w „Czasopiśmie Lekarskiem“ w Łodzi „Zaburzenia nosowo- i t. d. uszne w przebiegu moczówki cukrowej“ (diabetes mellitus), wreszcie w „Kronice Lekarskiej“ „Zaburzenia nosowo- i t. d. uszne w przebiegu dny“ (arthritis urica).

Reflexneurosen und Organerkrankungen—ihre Wichtigkeit für den practischen Arzt und ihre sociale und forensische Bedeutung“. Liegnitz 1900).

Oprócz powyższych monografii, w których zaburzeniom nosowo-gardłano-krtaniowo-usznym w przebiegu cierpień narządów płciowych poświęcono oddzielne rozdziały, istnieją jeszcze specjalne, obszerniejsze prace, mające za przedmiot stosunek wzajemny tych ostatnich.

Do nich przedewszystkiem należą:

1) E n d r i s s'a („Die bisherigen Beobachtungen von physiologischen und pathologischen Beziehungen der oberen Luftwege an den Sexualorganen“, Würzburg 1892).

2) J o h n M a c k e n z i e'go (John Hopkins Hosp. Bull. Baltimore" Jan. 1898).

3) O p p e n h e i m e r'a („The connection of the female generative organs and laryngeal affections." Phil. Monthly Med. Jour. Febr. 1899).

4) F l i e s s'a („Ueber die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. 1897).

5) B o t t e r m u n d'a („Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen". Monat. f. Geb. u. Gynekol. B. IV, 1896) wreszcie u nas

6) P r z e d b o r s k i e g o z Łodzi („Cierpienia krtani przy ciąży". Gaz. Lek. 1900 Nr. 19 i t. d.) oraz

7) J a w o r s k i e g o i I w a ń s k i e g o („O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi". Gaz. Lek. 1902, Nr. 17--18).

Wreszcie istnieje jeszcze cały szereg mniejszych prac kazuistycznych, dotyczących się kwestyi powyższej; będą one uwzględnione w trakcie pisania niniejszego artykułu.

I. Zaburzenia nosowe w przebiegu cierpień narządów płciowych, zwłaszcza kobiecych występują niezwykle często i jako takie mogą mieć pewne znaczenie w patologii tych cierpień.

Już w stanach fizyologicznych, a więc w okresie dojrzałości płciowej, podczas aktu spółkowania (*coitus*), zwłaszcza zaś u kobiet podczas miesiączki, przekwitania (*climacterium*), wreszcie ciąży—występuje wyraźnie związek między zaburzeniami miejscowymi z jednej, oraz sferą płciową z drugiej strony [S i n e x o n] ¹⁾.

Ze stanów chorobowych, w których występują również zaburzenia nosowe, należy mi wymienić przedewszystkiem samogwałt (*masturbatio*), oraz cały szereg cierpień narządów kobiecych [jajników, jajowodów, zwłaszcza zaś macicy].

Zaburzenia nosowe w tych razach dotyczą przedewszystkiem sfery

¹⁾ „Nasal conditions dependant upow the generative organs". N. Y. Med. News, 6 mai. 1905.

naczyniowej i polegają na przekrwieniu, obrzmieniu, wydzielaniu (*secretio*), wreszcie krwawieniu błony śluzowej nosa, wzgl. jamy nosowo-gardzielowej, pozatem istnieje cały szereg nerwic zwrotnych pochodzenia nosowego [F l i e s s].

Co się tyczy zaburzeń nosowych pochodzenia naczyniowego w przebiegu cierpień narządów płciowych, zwłaszcza kobiecych, to znajdują one swoje wytłómaczenie w niezwykle obfitym układzie naczyniowym nosa [t. zw. ciała jamiste muszel i przegrody].

Ciała jamiste, nawet według niektórych autorów, mają odgrywać rolę „*corpora cavernosa clitoris et penis*”, z czem się jednak nie zgadza F r i e d r i c h, słusznie zwracając uwagę na nieobecność tych tworów w części węższej nosa.

Tak, czy owak, nie dziwnego, że w razie ogólnego przyływu krwi (*fluxio*), jaki zwykle bywa przy różnorodnych czynnościach fizjologicznych, zwłaszcza u kobiet, przedewszystkiem i najbardziej cierpi układ naczyniowy nosa

Podmiotowo stan ten wyraża się mniej, lub więcej wyraźnym, czasowem zatykaniem [nieδροżnością] nosa, zależnem od obrzęku muszel, połączone z mniej, lub więcej obfitem wydzielaniem się śluzu, często zaś z krwawieniem (*epistaxis*), którego umiejscowienie nie jest w zwykłym miejscu [przednio-dolny odcinek przegrody chrząstkowej nosa czyli t. zw. *locus Kresselbachii*, lecz częściej w okolicy muszel nosowych.

Niekiedy i t. zw. wyrośla adenoidalne, t. j. przerost migdałka L u s c h k a'i, dają powód w tych razach do krwawień, jak to mianowicie miałem możność stwierdzić w niektórych moich przypadkach.

Krwawienia te występują zwykle w połączeniu z bólami głowy, zawrotem, oraz szmerami usznymi, jako zwiastuny (*aura*) zbliżającej się miesiączki, lub w czasie jej wstrzymania z różnych powodów; noszą one wtedy miano miesiączek zastępczych (*menstruationes vicariae*).

Istnieje cały szereg ogłoszonych tego rodzaju przypadków [J u r a s z ¹⁾, M a c k e n z i e ²⁾, B u t e r m a n n, H o f m e y e r, S e l i s C o h e n ³⁾, Z i e m s s e n ⁴⁾, J a w o r s k i ⁵⁾, H e n s i n g e r ⁶⁾] i t. d.

P u e c h ⁷⁾ zebrał z literatury 200 przypadków miesiączki zastępczej. przyczem okazało się, że najczęstszem źródłem krwawień był żołądek [32 razy wymioty krwawe], następnie podług częstości idą kolejno: s z c z ę k i [31 przyp.], b r o d a w k i (*mammae* 25 przyp.), k r w i o p l u c i e [24], epi-

¹⁾ Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg. 1892.

²⁾ Irritation of the sexual apparatus as an etiology in the production of nasal diseases. Am. Jour. 1884.

³⁾ Three illustrative cases of epistaxis. The Policl. Philad. 1884. N. 3.

⁴⁾ SCHMIDT's Jahrb. T. 193. 1882.

⁵⁾ Przypadek niedorozwoju przewodu rodneg. Kron. Lek. 1898.

⁶⁾ SCHMIDT's Jahrb. T. IX.

⁷⁾ Cyt. u RACIBORSKIEGO „Traité de la menstruation“. Paris. 1869.

staxis nasalis [18 razy], z kończyn dolnych [13 przyp.], z oczu, powiek, *carunculae lacrymales* [10], z zębodołów [10], grzbietu i pach [10], kiszki [hemoroidalne—10], dróg moczowych [krwiomocz] 8, rąk i palców [7], z przewodu słuchowego [6 przyp.], z owłosionej części głowy [6], wreszcie z jamy ustnej [4 przyp.], czyli że z górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszów—najczęściej występują krwawienia z nosa [5-te miejsce w ogóle].

Znanym jest również od dawna fakt pogarszania się istniejących spraw chorobnych nosa, zwłaszcza ozeny podczas miesiączki [Mackenzie, Jurasz]; cuchnienie (*faetor*) występuje wtedy w całej sile, jak to niejednokrotnie miałem możność spostrzegać.

Spostrzegałem też ¹⁾ ostre sprawy ropne w zatokach bocznych nosa [Higmore'a], będące obok innych zaburzeń [krwawienia] w związku z miesiączką.

W okresie przekwitania (*climacterium*) również występują tego rodzaju zaburzenia nosowe, a więc przedewszystkiem krwawienia, mające charakter zastępczych [w odstępach mniej więcej miesięcznych], nieztyte ostre nosa, wzgl. ropienia zatok ²⁾, wreszcie zaburzenia węchowe, zwłaszcza nadczułość (*hyperosmia*), rzadziej brak węchu (*anosmia*. BOERNER).

I w tych stanach istniejące cierpienia nosa (*ozæna*) ulegają zazwyczaj pogorszeniu, w ogóle zaś istnieje skłonność do różnorodnych cierpień nosowych wzgl. nosowo-gardzielowych.

Wreszcie w przebiegu ciąży występują też i to niezwykle często różnorodne sprawy chorobowe nosa, wzgl. nosa i gardzieli.

I tu zaburzenia te występują w postaci krwawień zastępczych [co kilka tygodni], oraz mniej, lub więcej wyrażonych obrzmię muszki nosowych, warunkujących znaczną duszność, a nawet napady prawdziwej dusznicy [astma—Baumgarten, Sokółowski].

Związek przyczynowy między sferą płciową z jednej strony, a cierpieniami nosa z drugiej uwydatnia się między innymi w tym fakcie, że pewne reko-czyny wewnątrznosowe mogą ujemnie wpływać na czynności fizyologiczne narządów płciowych, zwłaszcza u kobiet.

Tak np. Kuppel ³⁾ spostrzegł przypadek, gdzie nastąpiło poronienie po przypaleniu galwonokaustycznym muszki nosowych, co Schleich ⁴⁾ nawet uważa w tych razach za przeciwwskazane.

Oprócz tych stanów fizyologicznych u kobiet, jak to już wspomniałem,

¹⁾ Z kazuistyki laryngo-rynologicznej. Kron. Lek. 1898. N. 18—19 oraz „Diphtherie des Pharynx complieirt durch Abscesse der Mandeln (Gaumen-, pharyngealen und Zungen-), sowie Eiterungen beider Highmorshöllen. Arch. f. Lar. 1899.

²⁾ W sprawie związku okresu przejściowego u kobiet z pewnymi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych oraz uszów. Now. Lek. 1902. N. 2.

³⁾ Deut. med. Woch. 1884. N. 51.

⁴⁾ Die Krankheiten der Nase it. d. 5 wyd. s. 289.

i stany patologiczne narządów płciowych mogą wywoływać zaburzenia nosowe wzgl. nosowo-gardzielowe.

Tak więc zarówno w przebiegu różnorodnych cierpień kobiecych (*endometritis* i t. d.), jako też w onanizmie, oraz niemocy płciowej u mężczyzn występują krwawienia nosowe (*epistaxis*), oraz sprawy nieżyłowe błony śluzowej, połączone z obrzękiem muszel nosowych, warunkującym mniejsze, lub większe zatkanie nosa, niekiedy połączone ze znaczną dusznicą, wreszcie zaburzenia węchowe (*hyperosmia*, *parosmia*, *anosmia*).

Żywo mam w pamięci przypadek, dotyczący starszego już mężczyzny, od dawna zajmującego się onanizmem, u którego czucie węchowe było tak chorobliwie wzmózone, że z daleka już nosem wyczuwał obecność kobiety; tenże chory niezmiernie był czuły na wszelkiego rodzaju zapachy.

Również przypominam sobie przypadek, w którym młody mężczyzna podczas każdego aktu spółkowania doznawał tak silnego zatkania nosa, że formalnie się dusił; przypalenie galwanokauterem obu dolnych muszel nosowych usunęło ten przykry dla chorego objaw.

Bardzo często też u młodzieży obojga płci spostrzegać można w okresie dojrzałości płciowej czerwienie się i obrzmienie nosa (*acne resorcea*. J o n a s) połączone z przykrem uczuciem palenia, zwłaszcza po wypiciu gorących napojów.

Ten sam objaw występuje też w wielu razach przed pojawieniem się miesiączki u kobiet [t. zw. *erisipèle catameniale* autorów francuskich].

Zdarzają się też w tym okresie napady nerwowego kichania (*Nieskrampf* - P e y e r). Oprócz tych zaburzeń w nosie i nosogardzieli, warunkowanych stanami fizyologicznymi lub cierpieniami narządów płciowych, istnieje cały szereg zaburzeń w sferze płciowej, których źródło, przeciwnie, tkwi w jamach nosowych.

Są to t. zw. nerwice zwrotne pochodzenia nosowego, na które pierwszy zwrócił uwagę H a c k z Friburga w r. 1884, a które w ostatnich czasach szczegółowo opracował F l i e s s ¹⁾, zwłaszcza odnośnie do sfery płciowej u kobiet. Autor ten dowiódł eksperymentalnie, że w jamach nosowych, mianowicie na przednich końcach muszel dolnych i średnich, jako też na guzie (*tuberculum*) przegrody nosowej istnieją t. zw. przez niego „*Genitalstellen*“, których drażnienie wywołuje różnorodne zaburzenia w narządzie płciowym.

Znieczulenie miejsc tych zapomocą kokainy łagodzi bóle w przebiegu *dysmenorrhoeae*, zaś wypalenie usuwa w zupełności.

Niezwykle ważną tą kwestyą zajęli się u nas specyjalnie J a w o r s k i i I w a n i c k i ²⁾, badając w tym kierunku 73 przypadki miesiączki bolesnej.

Z doświadczeń powyższych autorów okazało się, że w 88% otrzymano poprawę, mianowicie w tych przypadkach, w których nie było zmian żadnych w narządach płciowych, zaś w 65% przy istnieniu zmian chorobnych w tych ostatnich; pomyślne te wyniki otrzymano po zastosowaniu na wyżej wymienio-

¹⁾-²⁾ loco citato.

ne Fliessa „Genitalstellen” galwanokautyky oraz elektrolizy. Przypadki tego rodzaju, stwierdzające zależność miesiączki bolesnej od zmian w nosie, podali też Święcicki¹⁾, Czerwiński²⁾ oraz Falta³⁾.

II. Zaburzenia w jamie ustnej i gardzieli w przebiegu cierpień narządów płciowych występują też stosunkowo często i również już w stanach fizjologicznych [dojrzałość płciowa, miesiączka, okwitanie, wreszcie ciąża] w postaci palenia, pieczenia, dławienia, wzgl. uczucia ciała obcego w gardle, rzadziej krwawienia, mianowicie z podstawy języka, jak to było w jednym z moich przypadków⁴⁾, wreszcie kaszlu krótkiego, suchego, nerwowego [Sokołowski], w ogóle w postaci najróżnorodniejszych zbroczeń czuciowych (*hyperaesthesiae paraesthesiae*, rzadziej *anaesthesiae*).

Szczególniej często spostrzegałem w okresie przekwitania (*climacterium*) powiększenie t. zw. migdałka językowego, dającego podmiotowo objawy zawady, uczucia ciała obcego w gardle, na co już SEMON⁵⁾ zwrócił uwagę. Chore w tym okresie dochodzą w kierunku powyższym niekiedy wprost do psychozy, zamęczając lekarzy swojemi skargami, na które najskuteczniejszym lekarstwem jest brom w dużych dawkach, wewnątrznie podawany.

I tu również istniejące cierpienia jamy ustnej i gardzieli ulegają pogorszeniu, np. t. zw. suchy nieżyt gardzieli (*pharyngitis sicca*) podczas miesiączki lub *climacterium*—Baumgarten⁶⁾, Jurasz⁷⁾.

Toż samo się tyczy i spraw chorobowych narządów płciowych, zwłaszcza u kobiet.

Stany fizjologiczne u kobiet usposabiają też w wysokim stopniu do cierpień ostrych, zakaźnych w jamie ustnej i gardzieli. Zwłaszcza bardzo często spostrzegałem t. zw. *tonsillitidem follicularem* podczas miesiączki; znamionują się one niezwykle silnym przebiegiem [wysoka gorączka, bardzo dokuczliwe bóle gardła].

[D. n.]

1) Quelques remarques concernant la périodicité des fonctions physiologiques et pathologiques de l'organisme féminin. Sem. gynécol. N. 9. 1898.

2) Przypadek t. zw. dysmenorrhoea nasalis. Kron. Lek. 1903, s. 367.

3) Ueber die Beziehung der Nase zur den weiblichen Genitalien. Mon. f. Ohrenh. N. 11. 1905.

4) l. c.

5) The sensory throat neuroses of the climacteric period. Brit. med. Journ. 5 Jan. 1895.

6) Rachen und Kehlkopfkrankungen im Zusammenhange mit Menstruationsanomalien. Deut. med. Woch. 1892 N. 9.

7) l. c.

II. Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu i zabiegach operacyjnych przy potworności podwójnej płodu (monstra duplicia).

Podał

Fr. Neugebauer.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 3].

Widocznie na wzajemnem przyzwyczajeniu się do siebie, adaptacyi, polegało, że bardzo rzadko tylko bracia między sobą się naradzali lub kwestyę jaką dyskutowali. Zdrowie ich było w młodości zupełne, w 3-im roku zachorowali jednocześnie na ospę, wkrótce później na odrę, w roku 1838 na malaryę z izochronicznymi napadami dreszczów; gdy jednak w roku 1872 Chang, nadużywający napojów wysokowych, podczas podróży morskiej z Liverpoolu do New-Yorku miał atak apoplektyczny, Eng pozostał nietknięty.

Bracia syamscy zmarli dnia 17-go stycznia 1874 r. w wieku niespełna 63-ch lat. Wieczorem dnia 12-go stycznia Eng doznał napadu bronchopneumonii z silnym kaszlem bez bólu. Czwartego dnia choroby bracia syamscy, jak zwykle, mieli zmienić miejsce pobytu, przemieszkowali bowiem po 3 dni to w mieszkaniu rodziny Chang'a, to w mieszkaniu Eng'a. Wieczór był chłodny, droga dosyć daleka, pojechali jednak w otwartym powozie. Nazajutrz stan Chang'a pogorszył się, z powodu dusznicy musiał wstawać często z łóżka, a z nim i Eng. Nareszcie jednak bracia znów się położyli i zasnęli. Zrana Eng zawołał na syna swego aby Chang'a obudził. Po daremnym usiłowaniu chłopiec zawołał: „proszę taty, stryj nie żyje!“ Wtedy i na mnie kolej umrzeć, westchnął Eng. Następnie zażądał aby mu rozcierano ciało i poruszano kończyny, później kilkakrotnie daremnie próbował oddawania moczu. Wtedy wystąpiła u niego duszność, żądał aby go posadzono. Siły coraz bardziej słabły i Eng zmarł w 2 godzin po dowiedzeniu się o śmierci brata.

Sekeyi zwłok dokonano w mieszkaniu, a później jeszcze raz dokładniej w muzeum College of Physicians w Filadelfii. W pomoście trupy łączącym znaleziono *processus ensiformes* [połączone ze sobą rodzajem rzekomego stawu], dalej po każdej stronie uchyłek worka otrzewnej [lecz worki te nie komunikowały się ze sobą], pozostałości *urachi*, jedno naczynie krwionośne, łączące obie wątroby i 2 tętnice, wychodzące z *art. hypogastricae*. Pomost, łączący braci syamskich w trakcie lat uległ znacznemu rozciągnięciu. 1829 r., gdy liczyli lat 18, podług wymiarów BOLTON'a most ten miał $1\frac{3}{4}$ cala szerokości u góry i 3 cale szerokości u dołu, 1869 r. SIMPSON i BEIGEL skonstatowali długość $4\frac{3}{4}$ cali. SIMPSON co do porodu bliźniąt syamskich podaje szczegół,

że jeden urodził się w czaszkowym, a drugi w nóżkowym położeniu, co również już dowodziło rozciągliwości tego pomostu. Do 12-go roku życia bliźnięta nieraz bawiły się tak, aby każdy nogami dotykał głowy drugiego. Podczas gdy po urodzeniu twarze były ku sobie skierowane, w późniejszych latach bracia syamscy byli już w stanie stanąć prawie obok siebie, ciała tworzyły kąt 30°, a tylko podczas ubierania się zmuszeni byli stawać naprzeciwko siebie. Noga zewnętrzna każdego z bliźniąt jest większą od wewnętrznej, ponieważ przy staniu ciężar głównie na zewnętrznych nogach ciążył, każda noga zewnętrzna jest o 1 cal dłuższą od wewnętrznej, gdy w kończynach górnych rozwój jest jednakowy. Oczy dośrodkowe mają lepszy wzrok od ocz odśrodkowych, co już BOLTON w r. 1850 skonstatował. Chang ma słuch utrudniony obustronnie, Eng tylko w uchu ku Chang'owi zwróconem. Umysły były zupełnie niezależne od siebie, wszelka czynność oddzielna, prócz wspólnej innerwacyi na części przerostu łączącego braci.

Gdy SIMPSON Eng'owi dał 10 grm. *Kalii jodati*, już po 2-ch g. znajdowano obfite tego ślady w jego moczu, a w moczu Chang'a zaledwie ślady nieznaczne. BOLTON skonstatował, że gdy jeden z bliźniąt jadł szparagi, już po 4-ch godzinach mocz jego zdradzał zapach szparagowy. Porównywanie tętna ujawniało energiczniejszą czynność serca silniej zbudowanego Eng'a. Pomimo, że potrzeby naturalne zjawiały się u bliźniąt nie jednocześnie, jednak na mocy przyzwyczajenia *mictio* i *defaecatio*, były równoczesne. Wszelkie ruchy ciała zdradzały taką harmonię, taką koordynację, jak gdyby jedną wolą były kierowane [adaptacya z przyzwyczajenia]. Gdy spytać się braci o cośkolwiek, zwykle odpowiadał tylko jeden, mogli zaś odpowiadać obydwaj, rozmawiali często ze sobą, czytali równocześnie różne książki i t. d. Sny były oddzielne, nie wspólne, co zresztą nikogo dziwić nie powinno w obec niezależności zupełnej umysłów. Już VIRCHOW po zbadaniu braci syamskich wypowiedział zdanie, że kiedyś dziwnem będzie się zdawało, że postawiono zapytanie, czy u braci syamskich istnieje prawdziwa jednolitość duszy i ciała.

Siostry karolińskie Amalia i Krystyna Mac Coy, zwane też Millie-Christie, „d w u g ł o w y s ł o w i k” — *pygopagi* — urodziły się sponte w lipcu 1851 r. w Północnej Karolinie. Ojciec był murzynem, matka miała być mulatką. Dziewczęta te już w 5-ym roku życia pokazywano za pieniądze w Londynie, gdzie wtedy gruntownie zbadał je RAMSBOTHAM. Połączenie, nie odpowiadające ściśle linii pośrodkowej ciała, sięgało od dolnego końca kości krzyżowej do końca kości ogonowej i miało 6 cali obwodu. Prawa połowa jednej dziewczynki tak była połączona z lewą drugiej, że dzieci mogły się pocałować. Odbyt był wspólny dla obu siostr, leżał w rowku pomiędzy lewym pośladkiem jednej siostry, a prawym drugiej. Szpara sromowa sięgała od jednego łuku łonowego do drugiego i zawierała dwa oddzielne ujścia pochwowe i dwa ujścia cewkowe. Na miejscu brakującego drugiego odbytu istniało tylko lekkie zagłębienie. Podczas snu jedno dziecko leżało na grzbiecie, a drugie na boku, chód był swobodny, ponieważ siostry były cokolwiek bokami ku sobie zwrócone. AHLFELD przypuszcza połączenie mleczów pacierzowych w dolnym odcinku. Pomimo, że ruchy dolnych kończyn były zupełnie niez-

leżne u obu sióstr, czyli samodzielne, jednak *sensibilitas* w dolnych kończynach była wspólna. Gdy np. uszczypać jedną ze sióstr w nogę, druga czuje, że dotknięto się siostry, lecz nie rozpoznaje ściśle w którym miejscu dotyk miał miejsce. Gdy jedna siostra nogę unosiła ku górze, druga siostra odczuwała ruch, nie potrafiła zaś powiedzieć, którą nogą siostra poruszyła.

VIRCHOW tłumaczył to zjawisko przypuszczeniem połączenia dolnych odcinków mleczków, *resp.* tem, że z tylnych korzonków każdego mlecza po kilka włókien dochodziło do dolnych kończyn drugiego dziecka. VIRCHOW przypuszczał, że połączenie kręgosłupów sięgało ku górze aż do drugich kręgów lędźwiowych.



Rys. 11.

Siostry karolińskie „dwugłowy słowik“ Amalia i Krystyna Mac-Coy, urodz. w lipcu 1851 r.

Miesiączka występowała równocześnie, *mictio* zaś i *defaecatio* nie były równoczesne.

Nader rozzgnięte i zdolne dziewczęta bardzo szybko pojmowały i uczyły się bardzo dobrze. Badania dla nich były bardzo przykre, szczególnie nie zgadzały się po 6-ym roku już na zbadanie narządów płciowych. Wszelkie starania TARDIEU'a, LAUGIER'a i VIRCHOW'a pod tym względem spełzły na niczem, lecz dokładnie zbadał i odrysował narządy płciowe już dawniej RAMSBOTHAM, który przy tej okazji skonstatował, że czucie zewnętrznych

narządów płciowych nie było wspólne. Czynność płuc i serc prawie nigdy nie była synchroniczną. Millie, mniejsza z sióstr, miała 76 — 78 uderzeń tętna, a Chrissie 68—72. SIMPSON zaznacza, że nastrój psychiczny bardzo często był odmienny u obu sióstr. W roku 1869 widział JACKSON 18-letnie wtedy dziewczęta w Bostonie: ważyły wtedy razem 170 funtów, były dobrze odżywione i równomiernie rozwinięte. Pomimo lekkiego pochylenia bocznego górnej połowy każdego tułowia, dziewczęta swobodnie chodziły i tańczyły. Tylko raz w życiu chorowały na *febris intermittens* i to równocześnie.

Zwracam przy tej okazji uwagę na rysunek sióstr karolińskich w pozycji stojącej: widać na rysunku wyraźnie, że stojąc, opierają się przeważnie każda na jednej tylko kończynie, mianowicie odśrodkowej, nogi dośrodkowe oparte tylko na palcach, krzyżują się z nogami odśrodkowymi.

W wieku lat 21 bawiły one w Warszawie od 1-go do 4-go maja 1873 r., gdzie wtedy oglądał je ś. p. ojciec mój, w którego zbiorach znalazłem opis oraz fotografię w pracy mojej reprodukowaną. Twarze były odwrócone od siebie, Amalia stała po prawej stronie, Chrissie—po lewej. Na ojca mego dziewczęta zrobiły wrażenie pewnej melancholii. Ponieważ na przedstawieniach śpiewały, przygrywając na gitarach nadano im w Berlinie przydomek: *die zweiköpfige Nachtigall*. Rodzice tych dziewcząt mieli prócz nich 14-o dzieci, 7 urodzonych przed nimi i 7 po nich, z których jednak tylko 8 pozostało przy życiu.

Siostry karolińskie zmarły jakoby 1889 r. w Bostonie, jedna w 10 minut po drugiej. BAUDOUIN powątpiewa w autentyczność wiadomości o śmierci i pisze, że siostry jeszcze w sierpniu roku 1898 żyły, bawiąc wtedy w wieku lat 47-u w miejscowości Anderson w stanie Jublicona. TARDIEU i LAUGIER zaznaczyli ważną różnicę w tętnie bliźniąt. Gdy tętno *art. radialis* było różne, tętno *art. popliteae* było synchroniczne, więc musiała istnieć większego rozmiaru komunikacja arteryalna w miednicy. *Sensibilitas tactilis* była wspólną dla dolnej połowy ciała obu sióstr, oddzielna zaś dla górnej połowy. Połączenie ciał obu sióstr było kostne. Pomimo, że poczucie w dolnej połowie ciała obu sióstr było wspólne, innerwacja ich mięśni była oddzielną, a koordynacja w ruchach wynikiem przyzwyczajenia, przednie więc boczne pasma mlecza musiały być oddzielne, gdy tymczasem tylne pasma prawdopodobnie częściowo były połączone. TARDIEU i LAUGIER zwrócili uwagę na to, że jak u braci syamskich dośrodkowe kończyny były mniej rozwinięte, niż ośrodkowe, a nawet siostry karolińskie przy chodzeniu mogły posiłkować się tylko kończynami dolnymi zewnętrznymi.

Siostry brazylijskie Rozalina i Marya (*thoracopugi*) urodziły się sponte 1893 r. w Cachoeiro di Hagemerion, aż do końca 5-go roku nie potrafiły ani chodzić ani stać, a dopiero licząc 5½, lat dokonywały pierwszych prób chodzenia. Ciepłota ciała była nierówna. Gdy jedna z sióstr wskutek influency silnie gorączkowała — 40,2° C, ciepłota drugiej wynosiła tylko 36 — 37° C. Wydzielanie się leków przyjmowanych przez jedną ze sióstr w moczu obu sióstr dowodzi żywej komunikacji naczyń krwionośnych obu sióstr. Połączenie sióstr sięgało od pępka wspólnego aż do piątych żeber. W skiagra-

mie ROENTGEN'a widać było połączenie cieniopisów obu wątrób. Gdy dziewczynki liczyły lat 6, dr RAMOS próbował rozłączenia operacyjnego, lecz przekonawszy się w trakcie operacji, że wątroby łączą się ze sobą, zaniechał planu i operację przerwał. Znalazł on most wątrobiany długości 10-u ctm., grubości 3 — 5 ctm. W roku następnym jednak 1900-ym, operacji tej dokonał CHAPOT-PRÉVOST w Rio-Janeiro na razie z zejściem pomyślnem. Osierdzia połączone były kanałem drożnym $2\frac{1}{2}$ ctm. długości. *Diverticulum* lewej opłucnej Maryi sięgało aż do prawej opłucnej Rozaliny. Ponieważ połączenie to przecięto przy operacji, powietrze wdążyło do każdej opłucnej otwartej. CHAPOT-PRÉVOST przeciął most wątrobiany grubości 7-u—8-u ctm. Rozalina, u której skonstatowano dekstrokardję, została przy życiu, Marya zaś zmarła po kilku dniach wskutek *pleuropericarditidis*.



Rys. 12.

Siostry brazylijskie Marya i Rozalina, urodzone w r. 1893, operacyjnie rozdzielone w r. 1900.

Gdy Rozalinie dawano *Natrum salicylicum* prędzej zjawiało się ono w moczu Maryi niż Rozaliny, błękit zaś metylenu zjawiał się naprzód u Rozaliny, a później u Maryi, a po 4-ch dniach dopiero znikwały w moczu ślady u obu sióstr równocześnie.

CHAPOT-PRÉVOST opisał pokazywanych w r. 1902 w muzeum wędrującem Barnum'a i Bailey'a w Paryżu braci chińskich Lion - Tang - Seng i Lion-Seng-Sen, podobnych do braci syamskich (*xiphopagi*), urodzonych dnia 2-go stycznia



Rys. 13.

Bracia chińscy Lion-Tang-Sen i Lion-Seng-Sep, urodzeni dnia 2-go stycznia 1887 r.



Rys. 14.

Siostry Radika i Doodika Khéttronaik, urodzone 1888 r., w wieku lat 14-u operacyjnie rozdzielone przez DOYEN'a.

1887 r., liczących więc wtedy lat 15 i zaproponował rozdzielnie operacyjnie bliźnięt, które jednak na razie do skutku nie doszło.

Mniej więcej w roku 1899 widziałem w Warszawie dwie siostry Radikę Doodikę Khéttronaik z Orissy w Indyach Wschodnich: *xiphopagi hepatodymi*. Urodziły się one we wrześniu 1888 r. w wiosce Nowapara pod Kalkutą, już wkrótce potem były pokazywane za pieniądze w Bombaju, a w roku 1892 wywiezione do Francji przez impresaryja kapitana angielskiego okrętu Coleman'a, który po zawarciu umowy z rodzicami adoptował dziewczynki. Pokazywano je w Brukseli, gdy liczyły 3 lata i 2 miesiące. Na razie dzieciom nie posłużył klimat europejski, tak, że dłuższy czas przeleżały w jednym ze szpitali paryskich, a dopiero 1893 r. mogły udać się w dalszą podróż po Europie. Matka ich rodziła przed bliźniętami pięcioro dzieci, a po nich jeszcze jedno. Dziewczynki wzrostu nierównego, połączone były przez gruby twar-dawy mostek, sięgający od połowy *appendicis ossis xiphoides* aż do pępka wspólnego. Mostek na 10,5 ctm. wysokości miał 0,8 ctm. długości i 4 ctm. szerokości, 28 ctm. obwodu. Mostek kostnochrząstkowy wałkowany miał grubość dużego palca. Pomimo twardej konsystencji mostu, dziewczęta zdradzały wielką swobodę w ruchach. Stojąc, dzieci patrzyły na siebie, przy spaniu jedna leżała na grzbiecie, a druga na boku. Głód i senność występowały jednocześnie. Raz jednocześnie chorowały na *rubeolam*, raz zauważono askarydy u obu sióstr. Wymiana soków pomiędzy siostrami musiała być bardzo znaczną i ożywną, błękit metylenu, przyjęty przez Radikę, bardzo szybko występował w moczu Doodiki; gdy jednej ze sióstr dano jodek potasu, to wkrótce występował w moczu obu sióstr. Gdy jednemu z bliźnięt zacisnąć usta i nos, już po 20-u sekundach występowały ruchy obrończe, niepokój i gwałtowny wysiłek złapania tchu, drugie zaś dziecko oddychało najspokojniej, widocznie wymiana krwi u bliźnięt nie była dostatecznie szybką, aby przy próbie takiej wywołać asfiksję u obu sióstr.

Dnia 9-go lutego 1902 r. DOYEN rozłączył operacyjnie niespełna 14-letnie siostry indyjskie, przystępując do operacji z powodu *peritonitidis tuberculosaes* Doodiki. Po przecięciu skórnych powłok na przedniej powierzchni mostka przeciął on połączenie chrząstkowe, oddzielając w taki sposób worek otrzewnej, a po otwarciu jego most łączący obie wątroby długości 7-u ctm. i grubości 4-ch ctm. Most ten zmiażdżył on angiotryptorem swoim, dającym ciśnienie 2000 kilo wagi. Po zmiażdżeniu pośrodkowym mostu wątrobianego wystarczyły 2 szwy ciągle katgutowe dla hemostazy u Radiki, poczem DOYEN przeciął tkanki pomiędzy ligaturami po stronie Radiki nałożonemi, a Doodiką, przyczem musiał podwiązać oddzielnie 3 znaczniejsze gałązki arteryalne, narzeczcie nałożył 2 szwy ciągle katgutowe po stronie Doodiki, przeciął tylną blaszkę otrzewnej i skórne powłoki tylnej ściany mostka siostry łączącego. Do rany u jednej z dziewczynek włożono kompres, spojono brzegi rany skórnej tymczasowo klampikami i przeniesiono dziewczynkę na drugi stół. Teraz po założeniu sączka z gazy zeszyto ranę skórną u jednej siostry i nałożono opatrunek, następnie tak samo zeszyto ranę u drugiej siostry. Operacja trwała 20 minut i była prawie że bezkrwawą. Dzieci na razie dobrze zniosły wstrząs operacyj-

ny. Po operacji tętno Radyki miało 84 uderzeń, a Doodyki 116, przed operacją 90 i 130.

Ciepłota Radiki przed operacją + 37,5° C, Doodiki + 39,0° C, po operacji u obu sióstr wynosiła + 37,2° C. Powłoki skórne pomostu zaraz po przecięciu znacznie cofnęły się w tył, tak że po zeszytciu ran nie było widać ani najmniejszego wygórowania na płaskich ścianach każdego brzuszka. DOYEN przypuszczał w obec owych trzech gałązek tętniczych w moście wątrobianym, że Radika otrzymywała sporo krwi arteryjalnej od Doodiki, zwracając jej tylko krew żylną. Ponieważ Radika, już przed zapadnięciem Doodiki na zapalenie otrzewnej gruźlicze, cierpiała na ropiejące gruczoły szyjne, przypuszcza DOYEN, że albo gruźlica z gruczołów tych Radiki przeszła na otrzewną Doodiki, albo też, że gruźlica Doodiki wystąpiła samodzielnie, niezależnie od choroby Radiki. Ponieważ tylko Doodika gorączkowała, a Radika nie, przyczynę gorączki DOYEN upatrywał w umiejscowionej sprawie zapalnej u Doodiki. W 8 dni po operacji Doodika ważyła 12½ kilogr., Radika 19. Doodika zmarła po kilku dniach, u Radiki w kilka tygodni później wycinano gruczoły szyjne, po 7-u tygodniach ważyła ona już 25 kilogr. Każde serce leżało w swoim miejscu, nie istniał więc *situs inversus*, jak poprzednio mylnie przypuszczał jeden z lekarzy. Sekcja Doodiki ujawniła zapalenie gruźlicze otrzewnej, ropień w miednicy dookoła kiszki ślepej z przedziurawieniem jej i zniszczeniem wyrostka robaczkowego.

Jak pisze BAUDOUIN, podług którego podałem opis operacji, już w roku 1836 embryolog COSTE uważał chirurgiczne rozłączenie *xiphopagorum* za możliwe bez nadzwyczajnego niebezpieczeństwa, pomimo że CRUVEILHIER, NÉLATO N, DESPRÉS [1874] stanowczo określili operację taką, jako zabójczą, oczywiście w okresie przed erą antyseptyki i aseptyki. Natomiast PATALONI w podręczniku swoim chorób wątroby już 1849 r. zalecał *hepatotomię* przy rozdzielaniu zrosłałów: *xiphopagi hepatodymi*.

O ile wiem, uratowana na razie Radika zmarła w rok po operacji również wskutek gruźlicy.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

5. O. ZUCKERKANDL. O leczeniu gruźlicy nerek.

Prof. dr Pitha. O metodach badania i leczenia t. zw. „pierwotnej” przewlekłej gruźlicy nerek.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, iż gruźlica nerek pod względem klinicznym występuje zwykle jako pierwszy sygnał zakażenia, iż na początku dotkniętą bywa cierpieniem jedna tylko nerka i że gruźlica przez długi czas może się ograniczyć jedynie na tym narządzie, zawsze jednak posiada skłonność dalszego szerzenia się i koniec końców zagraża życiu chorego, musimy się, mówi ZUCKERKANDL, zgodzić się na to, iż cierpienie o którym mowa, a właści-

wie jego leczenie należy całkowicie do dziedziny chirurgii. Jedynym skutecznym środkiem naszej terapii w gruźlicy nerek, dotychczas przynajmniej, jest usunięcie schorzałej nerki.

O leczeniu zapobiegawczem nie może być mowy, gdyż nie znamy zupełnie ani wrót, ani pierwszych dróg zakażenia; nawet tak ważne pytanie, czy nerka istotnie może ulegać cierpieniu, o którym mowa, pierwotnie, czy też koniecznym warunkiem jej zakażenia musi być ognisko gruźlicze w jednym z gruczołów chłonnych—dotąd nie jest rozwiązane ostatecznie. Gruźlica wstępująca, a więc w kierunku od pęcherza ku nerkom, według wszelkiego prawdopodobieństwa nie istnieje; przynajmniej zarówno wyniki doświadczeń, jak i spostrzeżenia chirurgów podczas operacji we wczesnych okresach wskazują, jako na prawidłó, na zstępującą drogę zakażenia.

Leczenie objawowe, jak również leczenie zapomocą zalecanych przeciwko gruźlicy surowic swoistych także, zdaniem ZUCKERKANDL'a, nie posiada dużego znaczenia. W daleko posuniętych przypadkach obydwaj powyższe sposoby leczenia zawsze pozostają bez żadnego skutku, stosowane zaś we wczesnych okresach, a wymagające z natury swej dłuższego czasu kuracji, mogą stać się powodem przeoczenia najodpowiedniejszej dla zabiegu chirurgicznego chwili.

Wskazania do usunięcia nerki gruźliczej mamy wtedy, gdy sprawa rzeczywiście dotyczy jednej tylko nerki i gdy, rozumie się, cierpienie nerki jest objawem zakażenia miejscowego, nie zaś częściowym objawem gruźlicy ogólnej. Przed operacją należy się upewnić o obecności drugiej nerki czyto zapomocą cystoskopii, czy też zapomocą bezpośredniego kateteryzowania moczowodów, a jeżeli to niemożliwe, to należy otrzymać mocz z każdej nerki osobno.

Dokładne badanie moczu drugiej nerki, rozumie się, jest koniecznym. Lekkie jednakże zaburzenia czynnościowe drugiej nerki nie powinny wstrzymać od zabiegu operacyjnego, ponieważ, jak uczy doświadczenie, po wyluszczeniu chorej nerki zaburzenia te stopniowo się wyrównują. Należy zwrócić baczną uwagę, czy sprawa gruźlicza nie dotknęła także i drugiej nerki; zresztą rozstrzygnięcie tego pytania niezawsze bywa łatwym, przeciwnie—niekiedy następcza poważne trudności, gdyż wiadomo, iż mocz nawet w wysokim stopniu dotkniętej gruźlicą nerki może być co pewien czas przezroczysty, nie zawierać białka i być na pozór przynajmniej zupełnie normalnym.

Co się tyczy rodzaju samego zabiegu chirurgicznego, autor poleca jedynie całkowite wyluszczenie nerki gruźliczej. Operacja powyższa daje niezbyt wysoką śmiertelność, co widzimy z następującej tabelki:

| Chirurg | Liczba przypadków | śmiertelność bezpośrednia (primäre Mortalität) | śmiertelność następcza (entfernte Mortalität) |
|-------------|-------------------|--|---|
| KÜMMEL | 43 | 5 | 3 |
| KRÖNLEIN | 34 | 2 | 6 |
| ISRAEL | 28 | 3 | 5 |
| ZUCKERKANDL | 31 | 4 | 2 |

Jako przyczyny śmierci notowane są: *shock*, gruźlica, zajęcie drugiej nerki, posocznica, zapaść (*callapsus*), zapalenie otrzewnej. Co się tyczy śmier-

telności w dłuższym przeciągu czasu po operacji (*entfernte Mortalität*), zawsze zostaje ona wywołana przez cierpienia gruźlicze.

Bezpośredni wpływ operacji na stan ogólny jest nadzwyczaj dodatni: gorączka znika, chorzy odzyskują łaknienie, przybywa im na wadze.

Prof. dr PITHA w pracy swej „O metodach badania i leczeniu tak zwanej pierwotnej przewlekłej gruźlicy nerek” przychodzi do następujących wniosków.

Przewlekła, tak zwana „pierwotna” gruźlica nerek po największej części początkowo dotyka jednej tylko nerki, dlatego w każdym przypadku sprawy gruźliczej dróg moczowych jest rzeczą wielkiej wagi dokładne rozpoznanie umiejscowienia sprawy. Różne metody badania, zalecone w tym celu, jak oto: kryoskopja, t. zw. metody barwikowe [próby z błękitem metylenowym, z indygo-karminem], a także próba z florydzyną, jakkolwiek niekiedy mogą dać pewne wskazówki, nie są jednakże w stanie w każdym danym przypadku rozstrzygnąć o sprawności nerek. Najlepsze wyniki dają:

1) cystoskopia,

2) dokładne i wszechstronne badanie moczu [fizyczne, chemiczne, mikroskopowe i bakteriologiczne] otrzymanego bezpośrednio z każdej nerki osobno, najlepiej zapomocą katetyzowania moczowodów.

Ten zabieg, wbrew dawniej przyjętemu mniemaniu, nie jest połączony ze zbyt wielkiem niebezpieczeństwem zakażenia [rozumie się przy zachowaniu wszelkich ostrożności]; dlatego powinien być wykonywany w każdym przypadku, gdzie się to okaże możliwem, przed nefrektomią i przy jednostronnych sprawach ropnych po uprzednim starannem odkażeniu pęcherza moczowego.

Samo tylko kliniczne badanie chorego bez pomocy przyrządów i bez badania moczu, otrzymanego zapomocą katetyzowania moczowodów, nie wystarcza do ścisłego rozpoznania i ustanowienia wskazań do zabiegu operacyjnego. Względne samodzielne wyleczenie w przypadkach jednostronnej gruźlicy nerek nie jest zupełnie wykluczone, jakkolwiek zdarza się rzadko. Leczenie wewnętrzne dotychczas w tych przypadkach okazuje się bezskutecznem.

Najlepsze stosunkowo wyniki w jednostronnej gruźlicy nerek osiągnięto po nefrektomii; zabieg ten wskazywany jest wtedy, jeżeli sprawą chorobową dotknięty jest również moczowód i pęcherz, z wyjątkiem rozumie się przypadków, w których zmiany gruźlicze we wspomnianych narządach są zbyt daleko posunięte.

Nieznaczna ilość białka w moczu otrzymanym z drugiej nerki, jeżeli mocz ten nie zawiera łaseczników, ani też ciałek ropnych, nie jest bynajmniej przeciwskazaniem do nefrektomii w przewlekłej „pierwotnej” gruźlicy nerek.

Deutsche medizin. Wochenschrift 1906 r. N. 23. Casopis Lékařův Ceských r. 1906. NN. 47, 48, 49 i 50).

W. Breszel.

6. O. Minkowski. O wodniaku okołonerkowym.

Autor opisuje wodniak okołonerkowy, wypełniający przestrzeń pomiędzy istotą a otoczką nerki, i nie mający zupełnie związku z miedniczką. Rozpoznanie wahało się między bąblowcem wątroby a wodniakiem nerki, i zostało rozstrzygnięte na korzyść ostatniego dzięki nakłuciu próbnemu. Ciecz wodniaka zawierała mocznik, a wypuszczona w ilości 2¹/₂—3 litrów, nagromadzała się po kilku dniach znowu. Objawy subiektywne i obiektywne zależały wyłącznie od ucisku sąsiednich narządów: niewytlómaczonymi pozostały do końca stała

sinica i większa niż prawidłowo zawartość we krwi hemoglobiny oraz ciałek czerwonycy i białych.

Badanie wielokrotne cieczy wodniaka wykazało, że choć zawierała moczownik, skład jej był niezależny od czynności wydzielniczej nerek, gdyż podawane choremu błękit metylenowy, sól, fosforan sodu, teofilina i kwas benzoesowy nie przechodziły do cieczy; wzmożony dowóz substancji azotowych nie wywierał również żadnego wpływu.

Cewnikowanie moczowodów, które poprzedziło zabieg operacyjny, polegający na cięciu lędźwiowem, wypuszczeniu płynu i tamponadzie, wykazało, że obie nerki są równomiernie i prawidłowo wydalone. Ścianę zewnętrzną wodniaka stanowiła otoczka nerkowa bez śladu śródbłonna, wewnętrzną zaś substancja korowa nerki, pozbawiona otoczki. Badane mikroskopowo otoczki i nerki, wykazały budowę zupełnie prawidłową.

W literaturze spotykamy niewiele przypadków torbieli otoczki nerkowej, nie mających związku z miedniczką. Z opisanym powyżej porównać można jedynie przypadki KIRMISSON'a i MALHERBE'a; szczególnie zaś przypadek ostatniego, gdzie i przebieg choroby i zabieg operacyjny były nieledwie takie same. Pochodzenie choroby jest dotąd zupełnie ciemne. Gdy jedni widzą przyczynę w wylewie krwawym, inni zaś w zastoju chłonki, rozstrzeni naczyń chłonnych, przebiegających pomiędzy nerką a otoczką, i zlewaniu się ze sobą w ten sposób wytworzonych drobnych torbieli, autor przypisuje znaczenie zupełnie innym czynnikom. Według niego sam przebieg choroby, a więc napady kolki nerkowej i krwimoczu dowodzą, że przyczyną choroby jest okresowe przekrwienie substancji korowej nerki, wywołujące otłuszczenie otoczki, nagromadzenie się płynu pomiędzy nią a nerką, gdyż ciecz wodniaka nie odpowiada swym składem ani krwi, ani moczowi, ani chłonce.

Dodać nakoniec należy, że otwarcie wodniaka zupełnie wystarcza do zupełnego wyleczenia; usunięcie nerki, wykonane w przypadku MALHERBE'a, okazało się zbytecznym.

(*Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1906. T. XVI, Zeszyt 2.*)
Henryk Goldberg.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

1. *Acokanthera Schimperii*, jako środek sercowy.

Doświadczenia nad jadami, używanymi przez narody podzwrotnikowe do zatruwania strzał, wykazały, że większość tych jądów są to środki sercowe, działające podobnie jak naparstnica. Z pomiędzy tych jadowitych roślin mało znaną jest *Acokanthera*, należąca do rodziny *Apo-cynaceae*. Jest to drzewo, które rośnie w Afryce wschodniej na północ od jeziora Niassy, w koloniach angielskich i niemieckich, w Abissynii, w kraju Somalisów oraz w stepie około Kilimandżoro. Gruby pień tego drzewa dosięga wysokości 2 $\frac{1}{2}$ metrów i składa się z wielu cienkich prętów, przypominających latorośle winne. Liście akokantery są małe, sztywne, kwiaty podobne do bzu włoskiego, białe albo różowe i wydzielają zapach aromatyczny.

Najważniejsze są dwa gatunki tego drzewa: *Acokanthera Schimperii* i *Acokanthera Deftersii*. Jadowitość ich zależy od gorzkiego pierwiastku, stwier-

dzoną zaś została od lat pięćdziesięciu. Pierwszy ARNAUD otrzymał w r. 1888 z niewiadomego gatunku drzewa akokantery krystaliczny glikozyd ouabainę, a LEWIN ostatnimi czasy wydzielił z drzewa pnia i gałęzi akokantery glikozyd amorfny [ouabaina LEWIN'a], który różni się od ouabainu ARNAUD'a pod następującymi względami:

Ouabaina krystaliczna ARNAUD'a.

Nie jest gorzki.

Trudno się rozpuszcza w zimnej wodzie.

Odchylenie (α) = -34° dla roztworu w gorącej wodzie.

Odchylenie (α) = $-34,6^\circ$ dla roztworu jednoprocetowego.

Topi się przy $+180^\circ$ C.

Ma skład $\%$ -owy $C_{20}H_{46}O_{12}, JH_2O$.

Osadza się z roztworów zapomocą tanniny.

Rozpuszczony w skoncentrowanym kwasie siarczanym, daje zaledwie powoli rozwijającą się słabą fluorescencyę w zielonym odcieniu.

Ouabaina amorfna LEWIN'a.

Ma smak gorzki.

Łatwo się rozpuszcza w zimnej wodzie.

Odchylenie (α) = -32° dla 2% roztworu w zimnej wodzie.

Pęcznieje przy $+180^\circ$ C.

Ma skład $\%$ -owy $C_{30}H_{48}O_{13}$.

Osadza się z roztworów zapomocą tanniny.

Rozpuszczony w skoncentrowanym kwasie siarczanym, daje szybko powstającą i silną fluorescencyę w zielonym odcieniu.

STADELMANN stosował u osób, cierpiących na serce, amorfna ouabainę, otrzymaną przez LEWIN'a w ostatnim roku z wyciągu spirytusowego lub wodnego drzewa *Acokanthera Schimperii* i *Acokanthera Deftersii*. Być może zachodzi tu ten sam stosunek, jaki istnieje pomiędzy krystaliczną dygitekzyną a amorfny digalenem, które, jak to niedawno stwierdził CLOETTA, różnią się tylko wagą atomową. Już pierwszy badacz akokantery był tego zdania, że ouabaina jest glikozydem identycznym ze strofantyną. Niedawno stwierdzono nawet tożsamość chemiczną tych glikozydów.

Powyższe dane chemiczne nie mają żadnej wartości dla celów leczniczych, albowiem przekonano się, że chociaż *Strophantus* i strofantyna mają działanie na serce podobne jak ouabaina, ale w tem działaniu zachodzi tak wielka różnica na korzyść tej ostatniej, że mowy być nie może o tożsamości środków.

GLEY jeszcze w 1883 roku przekonał się, że krystaliczna ouabaina działa dwa razy silniej, aniżeli strofantyna, na żabę i królika, trzy razy silniej na psa i cztery razy silniej na świnkę morską.

Amorfna ouabaina, ma działanie jeszcze silniejsze. Sam fakt, że niewielka stosunkowo ilość jadu, przyczepiona do strzały, jest w możności w ciągu krótkiego czasu zabijać tak wielkie dzikie zwierzęta, jak słonia, nosorożca, żyrafę, wskazuje, że mamy tutaj do czynienia z jadem sercowym, i że ten jad musi być najsilniejszym ze wszystkich znanych.

O działaniu krystalicznej ouabainy na serce, podobnem do działania naparstnicy, przekonał się najpierw GLEY. LEWIN obserwował działanie amorfnej ouabainy na żabach: dawka mniejsza od miligrama wywoływała z atrozymanie się serca w stanie silnego skurczu. W początku występuje typowo krótkotrwałe zwiększenie liczby uderzeń serca, a następnie zwolnienie. Komory podczas rozkurczu napelniają się niedostatecznie, skurcze przedsionków coraz mniej krwi wpędzają do komór, skurcz komór wzrasta do zupełnego ich zamknięcia. Ciśnienie krwi również wzrasta po zastrzyknięciu tego preparatu, jak się o tem przekonał FAUST. Wszystkie powyższe dane wskazują na możliwość wypróbowania akokantery, ewentualnie ouabainy, jako środka leczniczego w chorobach serca. Spostrzeżenia

w tym względzie podaje E. STADELMANN. Za radą LEWIN'a STADELMANN podawał chorym *Infus-decoct* z nadesłanego drzewa akokantery według następującej recepty: *Infus-Decoct Acokantherae* 1,0—1,5 : 160,0, *Syrupi simpl. (Rubi Ideai)* 30,0, *Aquae Menthae* 10,9. MDS. 6—8 łyżek w ciągu doby. Ten *Infus. decoct* jest blade-żółtej barwy, ma smak gorzki, ale przyjemniejszy od *Infusi Digitalis*. STADELMANN po wyżyciu przez chorych 4—5 flaszek powyższego *Infus-decocti*, nie zauważył szkodliwych działań pobocznych. Chorzy przyjmowali to lekarstwo chętnie i doznawali często dużej ulgi, pomimo że obiektywnie nie można było jeszcze stwierdzić żadnej poprawy.

Z pomiędzy 29-u przypadków, które przy stosowaniu akokantery dały pewne wyniki dodatnie, 4-y przypadają na przewlekłe zapalenie nerek z osłabieniem serca, dwa na *cirrhosis hepatis*, cztery na *myocarditis* z arteriosklerozą, pięć na *insuff. vv. aortae*, siedm na wady zastawki dwudzielnej, jeden na *myocarditis* i pięć na skomplikowane wady serca.

Na *ascites* wobec *cirrhosis hepatis* środek ten wpływu nie okazał. Przy rozmaitych wadach sercowych działanie było niejednakowe, ale zachęcające: w niektórych przypadkach środek nie okazywał działania, w innych skutkowało bardzo dobrze, słowem w tym względzie zbliżał się do działania naparstnicy, digalenu, diuretyny i t. p.

Tętno w wielu przypadkach, szczególnie przy wadach zastawkowych acrtę, nie ulegało zmianie, natomiast przy wadach zastawki dwudzielnej stało się mocniejszym i regularniejszym. Niekiedy można było zauważyć znaczne zmniejszenie się liczby uderzeń: STADELMANN obserwował spadek ze 120—100 uderzeń do 70—60—50 na minutę. Wszystkie te dane wskazują na działanie środka, podobne do naparstnicy. Ciśnienie krwi to podnosiło się bardzo [aparát RIVA-ROCCI ze 113 do 125 ctm.], to znowu pozostawało na jednej wysokości, a nawet u pewnego chorego, obok ogólnego pomyslnego działania środka, spadło ze 190 na 158. Tętno zmienia się po użyciu drugiej flaszki, czasem dopiero po czterech, co zależy, oczywiście, od stopnia rozwoju choroby i wrażliwości indywidualnej chorego.

Wpływ akokantery na wydzielenie moczu często bywa chwilowym i zależy, jak to bywa z naparstnicą, digalenem, diuretiną i innymi, od działania na serce. W niektórych przypadkach można zauważyć szybkie i stałe zwiększenie się ilości moczu niekiedy po jednej, niekiedy przy drugiej lub trzeciej butelce lekarstwa. O ile po czterech butelkach nie występuje zwiększenie ilości moczu, to należy lekarstwo odstawić. Często daje się zauważyć szybkie zwiększenie się ilości moczu, kiedy w tętnie nie wyczuwa się jeszcze żadnej zmiany. Ogólny stan chorych poprawia się równocześnie ze zwiększoną ilością moczu: *dyspnoz*, sinica, obrzęki znikają, chorzy czują się lżej i spokojniej. Zaznaczyć należy, że ta ogólna poprawa często daje się zauważyć przy żadnej lub bardzo nieznacznej poprawie tętna. Wogóle pewniejszym przebieżem pomyslnego działania tego środka jest zwiększenie diurezy, aniżeli stan tętna. Chorzy nieraz czują dużą ulgę po zastosowaniu akokantery już wtedy, kiedy jeszcze żadnego polepszenia nie można stwierdzić obiektywnie.

Wogóle trudno jest powiedzieć, w jakich przypadkach należałoby stosować akokanterę, a kiedy *Digitalis* lub *Digalen*, ponieważ zależy to często od własności indywidualnych organizmu; ale pewną jest rzeczą, że środek ten jest również potężnym środkiem sercowym, jak wszystkie do tego czasu stosowane. Zresztą pożądane są dalsze obserwacje kliniczne przy stosowaniu akokantery.

Środek działający w *Lignum Acokantherae* wydaje się bardzo trwałym. Jednakowo silnie działają mikstury ze świeżego drzewa, jako też ze ściętego

przed wieloma laty. Pod względem trwałości preparat ten mieć będzie, jak wiadomo, pierwszeństwo przed naparstnicą.

Co się tyczy pierwiastku działającego w drzewie akokantery, mianowicie glikozydu ouabainy, STADELMANN otrzymał od LEWIN'a małą ilość tego niezwykle jadowitego środka, którego działanie podobne jest do digitoksyny lub digalenu, lecz znacznie silniejsze. Wobec drożyzny środka, STADELMANN nie podawał go chorym *per os*, lecz wstrzykiwał bardzo słaby wodny roztwór [0,003—0,004:10,0], dawka wynosiła 0,3 mgr—0,4. Ouabaina w wodzie rozpuszcza się dobrze, roztwór ma wygląd bezbarwny i jest bardzo gorzki. Zastrzykiwania w powyższej dawce, powtarzane trzy razy dziennie, działały równie dobrze, jak naparstnica, były prawie bezbolesne i nie wywoływały niepożądanych zjawisk pobocznych.

O ile w dalszym ciągu wyniki tych zastrzykiwań będą pomyślne, to zastrzykiwania ouabainy stanowią będą znaczny postęp w leczeniu chorób sercowych. Jak wiadomo, digitoksyny nie można zastrzykiwać pod skórę, ponieważ trudno się rozpuszcza i miejscowo wywołuje silne zapalenie. Digalenu również nie nadaje się do zastrzykiwań, gdyż obok silnych bólów wywołuje zapalenie. Ponieważ ouabaina, zastrzyknięta czyto pod skórę, czy pomiędzy mięśnie, nie wywołuje prawie żadnego bólu i żadnych po sobie śladów nie zostawia, a działanie jej jest również dobre, jak dygitoksyny i digalenu, nie ulega przeto wątpliwości, że środek ten może z czasem znaleźć szerokie zastosowanie w terapii serca.

Kazimierz Wagner.

(Berl. kl. Woch. 1906, № 50).

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie d. 16-go października 1906 r.

KOZERSKI przedstawił 9-u chłopców, których z powodu *herpes tonsurans capillitii* naświetlał promieniami ROENTGEN'a; demonstrowani oni byli w czerwcu r. b. po wypadnięciu włosów. Obecnie włosy u wszystkich odrosły zdrowe, u niektórych w naświetlanych miejscach bujniejsze, grubsze i ciemniejsze.

KOZERSKI — przedstawił nową lampę łukową rtęciową, wypróbowaną przez prof. KROMAYER'a w Berlinie. Zalety tej lampy w porównaniu z lampą FINSEN'a są następujące: 1) światło jest obfitsze w chemicznie promienie czynne; 2) źródło światła jest przysunięte bardzo blisko do skóry; 3) odczyn jest daleko silniejszy po 5-minutowem naświetleniu od odczynu, osiąganego przez lampę FINSEN'a po godzinnem naświetlaniu; 4) lampa zużywa prawie 7 razy mniej amperów od lampy FINSEN'a; 5) naświetlanie obejmuje od razu daleko większą powierzchnię.

STANKIEWICZ CZESŁAW przedstawił przypadek tyłozgięcia macicy nieruchomego, uleczonego zupełnie zapomocą skrócenia więzów obłych na drodze brzusznej [operacja WYLI'ego].

JANOWSKI WŁADYSŁAW w odczycie „O nerwobólu międzyżebrowym“, opartym na 258 własnych spostrzeżeniach, omawia w pierwszej części powody tak częstego zapoznawania tego cierpienia. Następnie w drugiej opisuje pobieżnie zwykłą jego postać i przechodzi do wyliczenia niezwykłych jego objawów, a mianowicie: bólu w barku, w ramieniu, w sutce, szeregu skarg

na bóle sercowe [68 przyp.] i żołądkowe, oraz na bóle naśladujące kamice żółciową lub nerkową, ból w brzuchu, lub nerkę ruchomą. Do powyższych opisów J. dodaje przebieg 20-u przypadków, w których nerwobóle międzyżebrowe towarzyszyły prawdziwej dusznicy bolesnej, wadom serca, zapaleniu płucnej, zapaleniu płuc, kamieniom żółciowym, nerce ruchomej i kamieniom nerkowym. W 3-ej części swego odczytu prelegent zestawia swe dane statystyczne, z których wynika, że nerwoból międzyżebrowy występuje najczęściej u kobiet, przeważnie w lewej połowie ciała i w wieku od lat 21 — 40. Czynniki, najwięcej usposabiającymi do powstawania tego cierpienia, jest skaza moczanowa, *hysteroneurasthenia* i gruźlica. Rokowanie jest bardzo pomyślnie. Leczenie najwłaściwsze przyszydłami.

DUNIN w przemówieniu swoim dla neuralgii międzyżebrowej żąda ścisłego umiejscowienia punktów bolesnych. Nie zgadza się na to, aby neuralgia międzyżebrowa mogła wywierać wpływ na powstawanie objawów charakteru ogólnego. Przy neuralgii, zdaniem D., powinna być bolesność całego nerwu. Wbrew twierdzeniu prelegenta, D. uważa pomienione cierpienie za uporczywe i nielatwo poddające się leczeniu. Przypomina też o tem, że przy różnych cierpieniach wewnętrznych powstają pasy (*zona*) nadczułości na skórze.

BREGMAN podnosi okoliczność, jak trudno jest wogóle odróżnić prawdziwy nerwoból od bólów, będących tylko wyrazem ogólnej nerwicy. Te ostatnie przypadki znane są każdemu lekarzowi. B. sądzi, że w większości przypadków prelegenta, tak cudownie wyleczonych, była tylko *pseudoneuralgia intercostalis (hysteria)*. U neurasteników spotyka się także uporczywe umiejscowione bóle (*topoalgia*), które również naśladować mogą neuralgię. Jakkolwiek istota neuralgii jest nam nieznana, to jednakże wiadomem jest, że zachodzą tu poważniejsze zmiany w tkankach nerwowych, które tak łatwo usuwać się nie dają.

GRUNDZACH, opierając się na licznych swych spostrzeżeniach, nie zgadza się z prelegentem, aby na ścianach brzusznych tak często wykrywać można było punkty bolesne; dziwnymi mu się też wydają mdłości i wymioty, które według prelegenta towarzyszyć mają takim nerwobólom; genezę ich trudno sobie wytlómaczyć.

PAWIŃSKI rzadko spostrzegał typowe neuralgie międzyżebrowe. U osób cierpiących na miażdżycę naczyń występują często nerwobóle w klatce piersiowej, należy je jednakże odnieść do kategorii t. zw. bólów naczyniowych, zależnych od sprawy miażdżycowej. Dodać jednak należy, że bóle te nie umiejscowiają się w punktach bolesnych.

KRAJEWSKI zaznacza fakt, ogólnie w medycynie znany, że każdemu organicznemu cierpieniu wewnętrznemu odpowiada bolesność w pewnej, ściśle ograniczonej, stałej okolicy skóry. Znane są przypadki, że w pierwszych dniach rozwijającego się zapalenia płuc, chorzy nieraz miewają bóle jedynie w pewnej okolicy jamy brzusznej. Stąd łatwe mogą być omyłki w kierunku rozpoznawania neuralgii, gdzie tkwi sprawa anatomiczna w narządzie wewnętrznym, i odwrotnie zapoznawanie jej.

KOPCZYŃSKI STANISŁAW w przypadkach prelegenta, gdzie chorzy skarżą się na uczucie zatamowania oddechu wraz z sensacyami w okolicy serca wskutek bólu, widzi nie neuralgię międzyżebrową, lecz skurcz mięśni międzyżebrowych. W przypadkach bólu w okolicy pępka upatrywać prędzej należy nerwoból splotu słonecznego (*plexus solaris*), niż neuralgię międzyżebrową. Bolesność lewych dolnych żeber na ucisk, szczególniejszy spotykana u osobników anemicznych i nerwowych, ma swe źródło, zdaniem K., nie w neuralgii międzyżebrowej, lecz w podkładzie psychicznym [histerya, hipochondrya i t. p.]

ZIELIŃSKI EDWARD nie podziela zdania prelegenta, jakoby zrosty opłucnej małą, lub żadnej nie odgrywały roli w powstawaniu neuralgii międzyże-

browej. Zrosty opłucnej zdarzają się częściej, niż wielu mniema, u tuberkulików są one prawidłem. Są to sznurkowate błony łącznotkankowe, które przy oddechu pociągają w obydwu kierunkach i tym sposobem mogą wywoływać owe dokuczliwe bóle międzyżebrowe. Podobne zrosty są bardzo częste i zwykły ograniczać się pojedynczymi międzyżebrowymi.

RZĘTKOWSKI, uderzony w opisie wielu chorych prelegenta niewspółmiernością pomiędzy ciężkim stanem pacjentów a ich szybkim i kompletnym wyleczeniem po przystawieniu jedynie przyszczydeł, sądzi, że u wielu z nich nie mogły istnieć zmiany w nerwach, lecz zachodziła tu jedynie autosugestia histeryczna lub coś podobnego. Prelegent we wnioskach swych zwraca uwagę, że neuralgia międzyżebrowa występuje częściej u kobiet niż mężczyzn, że najczęściej ma tło skazy moczanowej; te dwa fakty dziwnymi się wydają wobec tego, że skaza moczanowa najczęściej właśnie bywa u mężczyzn. Skąd więc może przyszczydło leczyć takie neuralgie, skoro tło pozostaje?

DUNINOWI JANOWSKI odpowiada, że dla nerwobólu międzyżebrowego jest to właśnie charakterystyczne, że zdarza się tylko wyjątkowo wzdłuż jednego nerwu; z powodu głębokiego położenia nerwów międzyżebrowych nie może być bolesności całego nerwu. Nie można, jak to twierdzi BREGMAN, uważać za pseudoneuralgię nerwobólu, trwającego, jak w niektórych przypadkach prelegenta, miesiące i lata i do tego ustępującego szybko po przyszczydłach. Istota działania tych ostatnich jest nieznaną, lecz faktem jest, że właśnie nerwoból międzyżebrowy prawie zawsze od nich ustępuje. Na zarzuty KOPCZYŃSKIEGO JANOWSKI odpowiada, że przy skurczach mięśni międzyżebrowych nie może być punktów bolesnych, że dalej bóle pochodzenia psychicznego nie mogłyby trwać tak długo, że nie zniknęłyby od przyszczydeł, gdy tymczasem opierały się długotrwałemu innemu leczeniu. Jakkolwiek GRUNDZACH się dziwi zależności wymiotów od neuralgii międzyżebrowej, to jednak JAN. zjawisko to obserwował i przyszczydłami usuwał, co samo mówi za siebie. Podawana przez KRAJEWSKIEGO zależność między cierpieniami narządów wewnętrznych a bólami na obwodzie — jest znana, lecz nigdy niema tu punktów bolesnych; te właśnie punkty są wyłączną cechą nerwobólu.

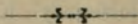
Zarzuty PAWIŃSKIEGO nie dotyczą bezpośrednio przemówienia prelegenta, gdyż nie poruszał on wcale kwestyi zaburzeń krążenia, zależnych od nerwobólu międzyżebrowego; prelegent mówił jedynie o szeregu objawów, naśladujących cierpienie serca, a zależnych w istocie od nerwobólu międzyżebrowego.

JANOWSKI zgadza się z ZIELIŃSKIM, że zrosty opłucne mogą być powodem neuralgii międzyżebrowej nawet w najwcześniejszych okresach gruźlicy.

RZĘTKOWSKI, zdaniem JANOWSKIEGO, niestudnie kwestyonuje fakty, których sam nie obserwował; miałaby wagę jego opozycja, gdyby podobnie, jak prelegent, badania u chorych skuteczniał. Zdanie RZĘTKOWSKIEGO, że skaza moczanowa zdarza się u kobiet daleko rzadziej, niż u mężczyzn, jest zupełnie błędne. Doświadczenie prelegenta przeczy temu; w jego materyale klinicznym stosunek artrytyczek do artrytyków wynosi 4 : 3.

Ign. Landstein.

Wiadomości bieżące.



— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie rozpoczyna działalność swoją w epoce oczekiwanych zmian politycznych w kraju naszym. Z tych względów Stowarzyszenie będzie miało sposobność już w pierwszych chwilach istnienia swego wystąpić na arenę działalności. Najaktualniejsze zagadnienia z zakresu medycyny społecznej, jako stanowiącej bardzo ważną część zadań i pracy, przewidzianej ustawą Stowarzyszenia, niewątpliwie podjęte będą w chwili właściwej. Przypadający w r. b. X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie nadaje się jak najbardziej do poruszenia wielu spraw natury społeczno-lekarskiej, które kształtować się będą zgodnie z nowymi formułami państwowości. Ze zmianą stosunków politycznych w Królestwie Polskiem nastąpić musi przekształcenie ustroju szpitalnictwa, służby lekarskiej i różnych instytucji społeczno-lekarskich.

Bilans tego, co u nas w ciągu ostatnich lat 40-u zrobiono, a właściwie, jakie szczyrby poczyniono w naszych instytucjach społeczno-lekarskich i na polu sanitarnem, zebrano w dziele zbiorowem p. n. „Medycyna w samorządzie“. Tamże nakreślono szereg projektów, które, modyfikowane względnie do okoliczności, mogłyby wejść w życie. Galicya, która już lata całe korzysta z urządzeń autonomicznych w dziedzinie lekarskiej, posiada poniekąd gotowe wzory pod tym względem. Do takich zaliczamy między innymi: stan organizacji państwowej służby zdrowia i organizację autonomiczną służby zdrowia, następnie działalność Krajowej Rady Zdrowia, działalność Sejmu Krajowego na polu sanitarnem, wreszcie szpitalnictwo krajowe. Te i tym podobne sprawy mają dla nas w chwili obecnej bardzo doniosłe znaczenie, a ułatwienie nam dokładnego zapoznania się z nimi, byłoby zasługą kolegów naszych z pod zaboru austriackiego.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie nie omieszka skorzystać z przypadającego Zjazdu i, zapoznawszy się z urządzeniami lekarskimi, z instytucjami społeczno-lekarskimi w Galicyi, przedstawi krytyczną ich ocenę ogółowi lekarzy w kraju naszym, a tem samem przygotowuje pewne konkretne projekty takich urządzeń, które mogłyby znaleźć zastosowanie w Królestwie Polskiem. Przyznać bowiem musimy, że urządzenia odnośne tamtejsze, jako wzorowane na przykładach, wziętych z Zachodu, i formą i duchem są nam bliższe, niż przenoszone do nas skądinąd.

— Położenie szpitali warszawskich. Dostawcy szpitali warszawskich, od dłuższego czasu niezaspakajani z powodu zupełnego wyczerpania funduszków szpitalnych, rzekli się dalszej dostawy do czasu uregulowania rachunków zaległych. Najpilniejsze potrzeby szpitali załatwiane są za gotówkę, ale i tych szczupłych zapasów wkrótce zabraknąć może i chorym w szpitalach grozi głodówka przymusowa. W trudnem tem położeniu Rada Miejska odwołała się, jak zwykle, do Magistratu, z prośbą o wyasygnowanie 175000 rb. na pokrycie najpilniejszych długów. Zarząd miejski wystąpił, co prawda, do władzy wyższej o pozwolenie wyasygnowania sumy rzeczonyj z funduszków miejskich, lecz nie ma bynajmniej zamiaru przekazywania jej Radzie Miejskiej, a pragnie ją mieć do własnej dyspozycji w oczekiwaniu szybkiego rozstrzygnięcia kwestyi przekazania miastu szpitali warszawskich.

Sam zarząd szpitali nie prędko ulegnie istotnej zmianie, Warszawa bowiem, jak donoszą pisma, otrzymać ma nowego prezydenta, który jest gospodarzem Magistratu, a obecnie i prezesem Rady Dobroczynności Publicznej, nie z wyboru, lecz z nominacyi.

— Przewodniczący Komitetu pomocy koleżeńskiej dla żon i rodzin lekarzy, wysłanych w r. 1904/5 na Daleki Wschód z gub. Kaliskiej, kol. D r o z d o w s k i nadesłał następujące sprawozdanie:

„Wskutek listu kol. Sawickiego z Warszawy, w dniu 17 kwietnia 1904 r. zawiązany został Komitet pod nazwą: „Pomoc koleżeńska“, celem niesienia pomocy rodzinom kolegów wysłanych w czasie wojny 1904/5 r. na Daleki Wschód. Komitet został zawiązany przy Tow. Lek. Kaliskiem, obejmującym gub. Kaliską. W dniu 2 maja tegoż r. wybrano ściślejszy Komitet, złożony z czterech kolegów i zajęto się gorliwie jednaniem członków w powiatach gubernii Kaliskiej. Komitet składał się z kolegów: D r o z d o w s k i e g o, jako przewodniczącego, M e r k l a—skarbnika, K a s p r z a k a—sekretarza i E d w a r d a B e a t u s a.

Najwyższa liczba zjednaných z całej gubernii członków była 56. Nie wszyscy jednak stale wnosili składki, niektórzy cofnęli się z uwagi, że położenie kolegów na Dalekim Wschodzie nie może być tak złe, skoro wiadomo jest, że niektórzy przysyłają dość znaczne względnie kwoty pieniężne.

Komitet, jako szczególny obowiązek swój, uważał skrupulatne zbieranie informacji o stanie materyalnym rodzin wysłanych kolegów; tylko podania stwierdzone bardzo dokładnie były uwzględniane.

Kwoty przesyłane rodzinom kolegów nie przesyłały miesięcznie rb. 25. Więcej dawać nie mogliśmy.

Komitet funkcjonował do października 1905 r.

Załączony protokół komisji rewizyjnej, podpisany przez kolegów D r e c k i e g o i Z u c k r a, brzmi, jak następuje:

„My niżej podpisani członkowie Komisji rewizyjnej, sprawdzivszy listę ofiarodawców z kwitami pocztowymi wysłanych pieniędzy, znaleźliśmy wszystkie pozycye zgodne z rzeczywistością, a mianowicie:

Przychód:

| | |
|--------------------------------|--------|
| Lekarze m. Kalisza wnieśli Rb. | 272.— |
| powiatu Kaliskiego | 28.— |
| „ Kolskiego | 91.50 |
| „ Wieluńskiego | 56.— |
| „ Łęczyckiego | 128.— |
| „ Słupецkiego | 37.50 |
| „ Sieradzkiego | 41.— |
| „ Konińskiego | 82.50 |
| „ Turkoskiego | 32.— |
| razem rb. | 768.50 |

Rozchód:

| | |
|-----------------------------|--------|
| Drowa 1 otrzymała Rb. | 400.— |
| „ 2 „ | 235.— |
| „ 3 „ | 125.— |
| Przesyłka pieniędzy i porto | 8.50 |
| razem rb. | 768.50 |

Kalisz, 1-go czerwca 1906 r.

F. Drecki, M. Zucker“.

Dodać należy, że rodziny korzystające z pomocy koleżeńskiej były uprzedzone, że otrzymywane pieniądze są pożyczką bezprocentową i mają według możności zwrócone być do Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów po lekarzach pozostałych.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie zawiadamia niniejszem swych członków, że d. 8-go lutego r. b. o godz. 8-ej wiecz. odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia (Wierzbowa 9) konferencya na tematy następujące:

1) Odczyt dra St. Markiewicza o wolnym wyborze lekarza i

2) Odczyt dra Żenczykowskiego o Kasach chorych w Galicyi

w porównaniu z naszą pomocą lekarską dla ludności fabrycznej.

Po wyżej pomienionych odczytach odbędzie się dyskusya.