

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 42.

Warszawa d. 21 (8) Października 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek. (O badaniu czynności kiszek za pomocą dyety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem). Podał W. Róbin. — O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (Sclerosis multiplex — Myelitis disseminata). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i Wyciągi. 81. Szerzenie się wewnątrzaków i ochrona przed nimi. 82. O leczeniu gruźlicy krtani fenolsalilem. 83. Spirochaeta pallida w krwi. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 16 maja r. b. — Posiedzenie sekcji ginekologicznej z dnia 28 września 1905 r. — Odcinek. Szpitale warszawskie w świetle sprawozdań. (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. RÓBIN- L'état actuel du diagnostic des maladies des intestins. 2) D-r E. FLATAU et J. KOELICHEN — Sur les procès inflammatoires diffus du système nerveux central.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. RÓBIN — Der heutige Stand der Diagnostik der Darmkrankheiten 2) D-r E. FLATAU und J. KOELICHEN — Ueber diffuse Entzündungsprocesse im centralen Nervensystem.

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

PRACE ORYGINALNE.

STAN OBECNY DYAGNOSTYKI CHORÓB KISZEK.

(O badaniu czynności kiszek za pomocą dyety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem).

Podał
W. RÓBIN.

Po długoletnich poszukiwaniach nareszcie udało się posunąć znacznie naprzód rozpoznawanie i leczenie chorób kiszek. Stało się to za sprawą badaczy niemieckich, prof. SCHMIDT'a i STRASSBURGER'a, którzy 8 lat przeszło pracowa-

li nad wynalezieniem metody badania czynności kiszek, dającej jasne i pewne wskazówki co do trawienia kiszkiowego, względnie stanu wątroby i trzustki, przyjmujących, jak wiadomo, żywy udział w przeróbce pokarmów w kiszkiach. Za wzór nowej metody posłużyło próbne śniadanie lub próbny obiad, podawane w cierpieniach żołądka. SCHMIDT podaje od paru lat chorym swym „próbną dyetę” o stałym składzie (p. niżej) w ciągu trzech dni i wykonywa badanie kału przy owej próbnej dyecie. W ten sposób określili on przedewszystkiem t. zw. „kał prawidłowo-

wy", t. j. kał, wydzielający się przy próbnej dyecie u osobników z prawidłowym stanem przewodzenia pokarmowego.

Zboczenia od normy przy badaniu kału licznych chorych spotykały się bardzo często, i w ten sposób SCHMIDT mógł rozpoznawać takie zboczenia w czynności kiszek, wątroby i trzustki, a nawet i żołądka, których w inny sposób rozpoznać nie udawało się.

Zainteresowawszy się wynikiem prac SCHMIDT'a, zwiędziłem osobiście w roku bieżącym jego oddział szpitalny i pracownię i byłem przyjemnie zdziwiony postępami, osiągniętymi przez szkołę SCHMIDT'a w rozpoznawaniu cierpień przewodu pokarmowego. Miałem sposobność widzieć ciekawe przypadki, których rozpoznanie oparte było wyłącznie na badaniu kału po próbnej dyecie. Do takich należy nprz. przypadek cierpienia trzustki, rozpoznany za pomocą „woreczków z mięsem” (p. niżej), — cierpienia żołądka, rozpoznawane za pomocą stwierdzenia tkanki łącznej w kale, — dalej postać choroby nazwana „Gährungdyspepsie”, t. j. niestrawność wskutek wzmożonej fermentacji kiszkowej.

Jeśli dodamy, że tak zastosowanie praktyczne próbnej diety, jak i metodyka badania kału są nader dostępne i łatwe, to musimy przyznać, że zyskaliśmy w metodzie badania czynności kiszek po próbnej dyecie racjonalny czynnik rozpoznawczo-leczniczy w cierpieniach przewodu pokarmowego, który znajdzie z pewnością w przyszłości szerokie zastosowanie.

Badania nad patologią kału przeprowadził SCHMIDT początkowo wspólnie ze STRASSBURGER'em, ostatnio sam, wyniki zaś tych badań ogłaszał periodycznie w różnych czasopismach. W roku 1903 wyszła obszerniejsza praca obu autorów p. t. „Die Faeces des Menschen. 3 części, Berlin”, w r. 1904 praca SCHMIDT'a pod tytułem: „Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost itd”, w której podaje cał-

kowity obraz stanu obecnego patologii kiszek na podstawie badania kału po próbnej dyecie. Z ostatnich prac S. zasługuje na uwzględnienie artykuł: „O biegunkach pochodzenia żołądkowego”, jeszcze nie ogłoszony nigdzie. Z prac asystenta prof. SCHMIDT'a, LOHRISCH'a, które rzuciły światło na interesującą nas sprawę, musimy wymienić artykuł: Die Ursachen der chron. habit. Obstip. im. Lichte system. Ausnutzungsversuche”. (Deut. Arch. f. kl. Medicin r. 1904.)

„Rozpoznanie czynnościowe” w ogólności ma na celu stwierdzenie zaburzenia w czynności danego narządu wówczas, gdy niema jeszcze żadnych innych oznak przedmiotowych, i są tylko niejasne uczucia podmiotowe, lub nawet, gdy wogóle niema jeszcze żadnych objawów, jak to ma miejsce np. w *achylia gastrica*. W tym celu zadajemy danemu narządowi odpowiednio wybraną pracę i podług jej wypełnienia sędzimy o jego sprawności. Za wzór podobnego badania czynnościowego może służyć nowoczesny sposób rozpoznawania chorób żołądka na zasadzie badania zawartości żołądka, wydobytej po próbnym śniadaniu. Dzięki owej metodzie patologia żołądka uczyniła w ostatnich latach znaczne postępy.

Przy rozpoznawaniu zaburzeń kiszek nie posiadaliśmy dotąd takiego miarodajnego wskaźnika. Utrudnia sprawę jeszcze ta okoliczność, że anatomiczna budowa kiszek nie pozwala na wprowadzenie do wyższych odcinków zgłębnika lub innych przyrządów, ułatwiających rozpoznanie cierpienia. Nie licząc zatem badania fizycznego, t. j. obmacywania, wypukiwania i wysłuchiwania ściany brzusznej, dalej badania moczu i innych narządów, pozostaje nam właściwie jedynie badanie kału.

Należy przyznać, że dużo światła na fizjologię i patologię kiszek rzuciły w ostatnich czasach dokładne badania przemiany materii.

Badania te wskazują nam, jakie części składowe przyjętego pokarmu i w jakiej ilości opuszczają nasz ustrój w stanie niestrawionym, badaniom tym zawdzięczamy wszystkie nasze wiadomości o zaburzeniach czynnościowych wątroby i trzustki. Przyjęciu atoli tej metody, jako stałej, dla rozpoznawania zaburzeń czynnościowych kiszek stoi przedewszystkiem na przeszkodzie jej trudność: badanie przemiany materii wymaga zbyt złożonych przyrządów i zbyt wiele czasu, nie może przeto stać się ogólnie dostępną dla praktyki metodą. Wobec słuszności wszakże samej zasady tych badań zjawia się myśl, czy nie udałoby się uprzystępnąć ich dla praktyki?

Przedewszystkiem należy wówczas wprowadzić jednostajną stałą próbną dyetę, aby otrzymać t. zw. „kał prawidłowy” i mózdz sądzić o zbożeniach czynności kiszek na podstawie wydzielania kału „patologicznego”; następnie należy możliwie ułatwić samo wykonanie badania kału. SCHMIDT i STRASSBURGER wprowadzili właśnie taką „próbną dyetę” i ułatwili możliwie samo badanie kału.

Próbnę dyecie w ogólności stawiamy następujące wymagania: 1) musi być stosowana tak dla zdrowych, jak i dla chorych na kiszki; 2) musi posiadać umiarkowaną ilość plew, 3) musi odpowiadać liczbie ciepłostek przynajmniej minimalnej potrzebie ustroju, będącego w spokoju, 4) musi zawierać 3 główne grupy składników pokarmowych w odpowiednim stosunku wzajemnym, 5) musi być prostego składu, przystępna i równomiernie przygotowana.

SCHMIDT podaje chorym następującą dyetę próbną:

Rano: $\frac{1}{2}$ litra mleka (jeśli chory mleka nie znosi, to $\frac{1}{2}$ litra kakao, przygotowanego z 20,0 proszku kakaowego, 10,0 cukru, 400,0 wody i 100,0 mleka) i 50,0 biszkoptów.

Przed południem: $\frac{1}{2}$ litra kleiku owsiane-

go precedzonego (z 40,0 krupy owsianej, 10,0 masła, 200,0 mleka, 1 jajka i 300,0 wody).

W południe: 125,0 słabo usmażonego, surowego jeszcze wewnątrz, siekanego kotleta wołowego (do smażenia 20,0 masła) i 250,0 puree z kartofli (ze 190,0 tartych kartofli, 100,0 mleka i 10,0 masła).

Po południu: jak rano.

Wieczorem: jak przed południem.

Tak więc dyeta ta składa się z $1\frac{1}{2}$ litra mleka, 100,0 biszkoptów, 2 jaj, 50,0 masła, 125,0 mięsa wołowego, 190,0 kartofli i 80,0 krupy owsianej, zawiera około 102,0 białka, 111,0 tłuszczu i 191,0 węglowodanów, t. j. razem 2234 ciepłostek (obliczone na podstawie tablic KÖNIG'a.)

Dyete próbną podaje się zwykle w ciągu 3 dni, czasem dłużej, dopóki nie zjawi się kał, pochodzący bezwarunkowo z próbnej dyety. Normalnie kał taki otrzymujemy już przy drugiem wypróżnieniu chorego i łatwo możemy go poznać po jego równomiernej konsystencji i jasnej barwie.

Jeśli pragniemy zebrać cały kał, wydzielony w ciągu trzech dni, możemy na początku i w końcu badania podać choremu 0,3 karminu w opłatku, gdyż karmin nie ulega zmianom w przewodzie pokarmowym i mocno zabarwia kał.

Jest rzeczą jasną, a zresztą i SCHMIDT przyznaje, że jego próbną dyetą nie może być uważana za jedynie możliwą i odpowiednią; można ułożyć i inny spis potraw, odpowiadający postawionym wyżej warunkom. Wartość wszakże próbnej dyety SCHMIDT'a polega na tem, że właśnie przy jej pomocy wykryte były opisane poniżej próby kałowe i wykonane były przez SCHMIDT'a i STRASSBURGER'a wszystkie owe liczne jakościowe i ilościowe badania kału, które posłużyły za podstawę całej nowoczesnej „koprolologii.”

Uczyniono powyższej próbnej dyecie dwa za-

1) że przygotowanie jej połączone jest z dość dużymi trudnościami, i że dla niektórych chorych okazuje się ona zbyt lekką;

2) że zawiera zbyt dużo mleka, którego wielu chorych nie znosi.

Na pierwszy zarzut odpowiada SCHMIDT, że trudności żadnych ani w szpitalu, ani też w praktyce prywatnej nie napotykał. Chorzy najczęściej zadawałają się w zupełności próbną dyetą, dla niektórych zaś jest ona zbyt obfita nawet. W razach wyjątkowych S. pozwala zwiększyć lub zmniejszyć nieco ilość mleka rano i przed południem lub nie zjeść całego kotleta, gdyż te uchylenia nie wpływają na wynik badania.

Co się tyczy drugiego zarzutu, to istotnie u niektórych osobników mleko wywołuje biegunkę lub zaparcie stolca, ale tylko w 5 — 8% wszystkich swoich przypadków SCHMIDT zmuszony był przerwać badanie wskutek drażniącego wpływu mleka. Należy wówczas zamiast czystego mleka dać choremu takąż ilość kakao, przygotowanego na mleku, lub też przegotować całkowitą dzienną ilość mleka (1½ litra) z 0,3 czystego kwasu salicylowego.

Badanie kału po próbnej dyecie.

A) Badanie makroskopowe: Jestto najważniejsza część badania i przy wprawie, według SCHMIDT'a, daje samo już badanie makroskopowe kału jasne wskazówki co do stanu kiszek. Dokładnie mieszamy kał za pomocą drewnianego szpadla i niedużą jego ilość wielkości orzecha włoskiego przenosimy do szklanej miseczki, gdzie rozcieramy go, dodając potrosze wody destylowanej, dopóki nie utworzy się płynna masa.

Rozcieranie musi być wykonane nader dokładnie.

Całą płynną masę wylewamy następnie na płaski czarny talerz i przeglądamy gołym okiem kał.

W stanie normalnym kiszek możemy wówczas stwierdzić jedynie drobniutki (nie większe od główki od szpilki) ciemnoszare kropki.

W warunkach patologicznych znajdujemy:

1) Śluz, który nie daje się rozetrzeć i występuje w postaci szklistej miękkiej masy; czasem śluz przyjmuje formę wstęgi lub rurki (*enteritis membranacea*), czasem zabarwia się na brunatno i przybiera konsystencję gumy lub nawet skóry (jestto śluz z kiszek grubej, infiltrowany złuszczonego nabłonkiem i ciałkami tłuszczowymi.)

2) Ropę, krew, tasiemce i inne pasorzyty, kamienie it. d.

3) Resztki tkanki łącznej i ścięgien z kotleta wołowego; są one barwy żółtawo-białej, twarde i podobne do nici; gdy znajdujemy je w większej ilości, to mamy do czynienia z zaburzeniami trawienia żołądkowego.

4) Resztki tkanki mięśniowej w postaci bardzo małych brunatnych pałeczek, wskazują one na zaburzenia tkawienia kiszki.

5) Resztki kartofli w postaci szklistych ziarenek podobnych do ziarna sago; do odróżnienia od śluzu służyć może ich kulista forma i badanie mikroskopowe.

6) Duże kryształy fosforanu amonno-magnezyowego, skrzypiące przy rozcieraniu.

B) Badanie mikroskopowe uzupełnia badanie makroskopowe. Przygotowujemy 3 preparaty kału (nieroztartego) na jednym szkiełku przedmiotowym i jeden z nich uciskamy szkiełkiem pokrywkowym dla otrzymania cienkiej warstwy, drugi rozcieramy z kroplą 30% kwasu octowego i nagrzewamy jeden moment w celu rozpuszczenia tłuszczu, trzeci zaś rozcieramy z kroplą roztworu jodu w jodku potasu (1,0 jodu, 2,0 jodku potasu i 50,0 wody) — i

wszystkie trzy preparaty oglądamy pod mikroskopem.

Normalny kał przedstawia następujący obraz: na I preparacie widzimy głównie detryt w postaci drobnych ziarenek i bakterii; oprócz tego zaś pojedyncze cząstki włókien mięsnych, pojedyncze żółte bryły soli wapiennych, niezabarwione mydła, pojedyncze komórki kartoflane puste i resztki plew z kleiku owsianego. Na II preparacie widzimy rozrzucone nieduże bryłki kwasów tłuszczowych. Na III wreszcie preparacie, brunatno zabarwionym, resztki komórek kartoflanych przyjmują fioletowe zabarwienie.

W stanach patologicznych znajdujemy:

Na I preparacie liczne i dobrze zachowane włókna mięsne, krople obojętnego tłuszczu, igły kwasów tłuszczowych i mydeł, znaczną liczbę komórek kartoflanych, jaja pasorzytów i t. d.

Na II preparacie — mnóstwo brył kwasów tłuszczowych.

Na III preparacie niebiesko zabarwione resztki ciał krochmalowych, zarodniki grzybków i laseczniki i żółto zabarwione komórki drożdżowe.

C) Badanie chemiczne.

1) Odczyn: normalny kał jest odczynu bądź dwoistego, bądź słabokwaśnego, bądź wreszcie słabo alkalicznego.

2) Próba sublimatowa: roztarty z wodą kał przenosimy do szklanej miseczki, napełniamy skoncentrowanym roztworem wodnym sublimatu i zostawiamy do następnego dnia; normalny kał zabarwia się na czerwono (hidrobilirubina), w warunkach patologicznych widzimy cząstki zielono zabarwione, co wskazuje na obecność niezmienionego barwnika żółciowego (bilirubiny).

Próba fermentacyjna: cząstkę kału wielkości orzecha włoskiego przenosimy do przyrządu STRASBURGER'a i wstawiamy do termostatu na 24 godziny.

Normalnie wytwarza się nieznaczna ilość gazu, i odczyn kału nie ulega zmianie. W stanach patologicznych zaś rozwija się duża ilość gazu, który wypycha wodę do sąsiedniej rurki; podług wysokości słupa wody w rurce sędzimy o ilości gazu; przytem, jeśli odczyn kału stał się wyraźnie kwaśnym, natenczas mamy do czynienia z fermentacją węglowodanową, jeśli zaś alkalicznym, to z gniciem białka. Oznakami fermentacji są także woń kwasu masłowego i jasna barwa kału, oznakami gnicia — zapach gnilny i ciemniejsze zabarwienie.

4) Próba na białko rozpuszczone nie ma jeszcze praktycznego znaczenia.

Wyżej opisane badanie kału po próbnej dyecie wykonywałem wielokrotnie zarówno w oddziale prof. SCHMIDT'a, jak w Warszawie, i mogę potwierdzić, że badanie to nie sprawia żadnych trudności i wymaga od 20 — 30 minut. Przy wprawie, rzecz prosta, badanie może być dokonane szybciej. Najważniejszą rzeczą jest tu dokładne obznajmienie się z t. zw. kałem prawidłowym. W tym celu najwłaściwszem jest samemu poddać się 3-dniowej dyecie próbnej i badać kał własny.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym

(*Sclerosis multiplex—Myelitis disseminata*).

Podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 39).

Na skrawkach barwionych metodą GIESON'a (Fig. 12 B. i Fig. 14) uderza rozlane czerwone zabarwienie całego pola, przyczem nie widać tutaj prawie zupełnie owego wyraźnego obrazu

sitowatego, który spostrzegamy w ogniskach pierwszego typu. Poza tem przy powiększeniach słabszych widać tutaj nieznacznie tylko liczbę naczyń, podczas gdy w ogniskach pierwszego typu właśnie nadmierna liczba znacznie rozszerzonych naczyń rzuca się przedewszystkiem w oczy. W dalszym ciągu zaznaczyć należy znamienne rysy, za pomocą których odróżnić można nawet przy słabem powiększeniu te dwa typy ognisk. A mianowicie: 1) w ogniskach I-ego typu neurogleja nie wykazuje wybitnego bujania, gdy natomiast w ogniskach II-ego typu wybitne bujanie neuroglei stanowi rys najbardziej znamienny pod względem histo-patologicznym; 2) w ogniskach pierwszego typu tkanka nerwowa, a mianowicie otoczki myelinowe giną prawie doszczętnie, zaś wyrostki osiowe zmieniają swe położenie centralne i na skutek tego nie widać w tych ogniskach charakterystycznych krążków słonecznych (Sonnenbildchen), natomiast w ogniskach drugiego typu krążki te występują już przy słabem powiększeniu bardzo wyraźnie wśród zgrubiałej siatki neuroglei. W krótkości orzec można, że najbardziej znamienne dla tych ognisk są rysy następujące: (Fig. 14) nadmierne bujanie neuroglei, bardzo nieznaczne zmiany ze strony układu naczyniowego i również zmiany minimalne tkanki nerwowej. Co do neuroglei, to przegrody jej są tutaj wybitnie zgrubiałe, (Fig. 14 Neurogl.) przekrój rdzenia pod imersją przypomina przekrój gąbki, w którym przegrody odpowiadają tkance łącznej, a oczka włóknom nerwowym. Co do tych przegród, to odróżnić należy przegrody grubsze, stanowiące przeważnie tak zwane *septa piae matris*, biegnące promieniami od obwodu rdzenia w głąb tkanki białej. Przegrody te (o budowie odmiennej od neuroglei) są tak ściśle związane z całym otoczeniem, a więc i z neurogleją, że niepodobna jest częstokroć ustalić granicy pomiędzy niemi. W przegradach tych spostrzegamy naczynia i rozrzucone tu i owdzie duże komórki DEITERS'a. Po za

temi promienistemi przegradami, które, nawiasem mówiąc, są trochę szersze niż w rdzeniu normalnym, stwierdzamy nadzwyczaj gęstą siatkę neuroglei, której przegrody są wszędzie znacznie szersze, niż w tkance normalnej. Neurogleia występuje na skrawkach GIESON'a bardzo wyraźnie i przedstawia się przy powiększeniu imersyjnym w postaci cieniutkich niteczek i pyłku czerwonego. W niektórych miejscach skupienie neuroglei jest tak gęste i duże, że tworzy się coś w rodzaju gwiazdy. Właśnie w tych większych skupieniach neuroglei napotykamy dosyć często komórki DEITERS'a. Co do naczyń, to jakeśmy już poprzednio wzmiankowali wykazują one zmiany bardzo nieznaczne (Fig. 14, Vas.) Spostrzegamy je przeważnie w *septa piae matris*, pozatem zaś odosobnione na przekroju. Nie widać w nich częstokroć żadnych zmian wyraźnych, w wielu jednak spostrzegamy nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe i również nieznaczne zgrubienie ścianek. Liczba jąder w ogniskach tych (Fig. 14, Nucl.) zarówno w bezpośrednim otoczeniu naczyń, jak i w pewnym oddaleniu nie wykazuje wybitnej różnicy od stanu normalnego.

Co dotyczy tkanki nerwowej, to w ogólności zaznaczyć można, że wykazuje ona w ogniskach II-go typu nieznaczne zmiany destrukcyjne. Odpowiednio do obrazów, które znajdujemy na skrawkach barwionych metodą WEIGERT'a (rozrzedzenie tkanki), stwierdzić można również na skrawkach barwionych metodą GIESON'a zmiany w otoczce myelinowej. Polegają one na tem, że w niektórych włóknach nerwowych otoczki myelinowej nie widać zupełnie, w innych jest ona widocznie spęczniała, wreszcie w innych zuowu pozostały tylko resztki tej otoczki naokoło wyrostka osiowego. Ponieważ w zmienionych w ten sposób włóknach, wyrostek osiowy jest położony ekscentrycznie, więc otaczające go resztki myeliny, przylegają tylko do jakiejś jednej części ścianki wyrostka.

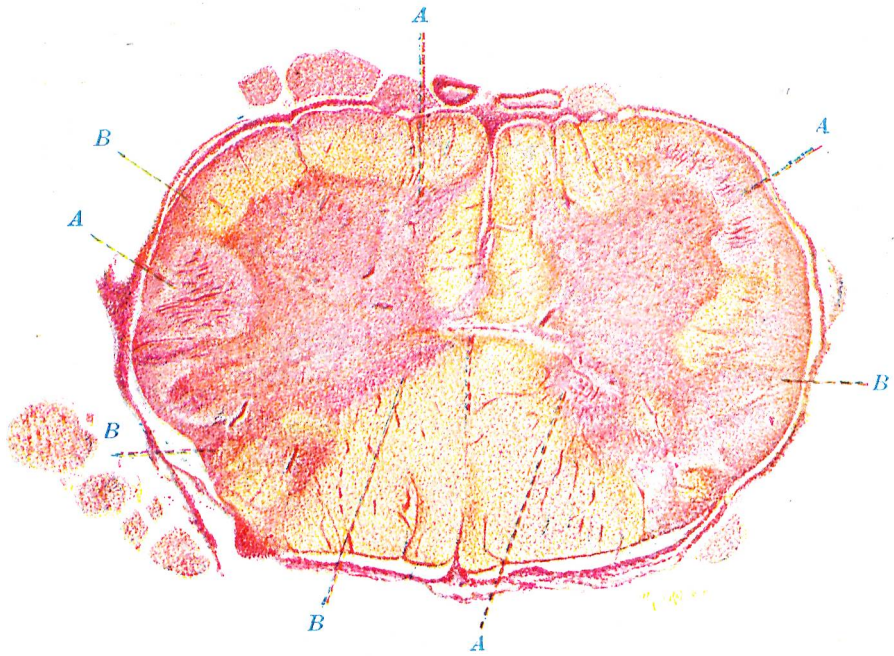


Fig. 12.

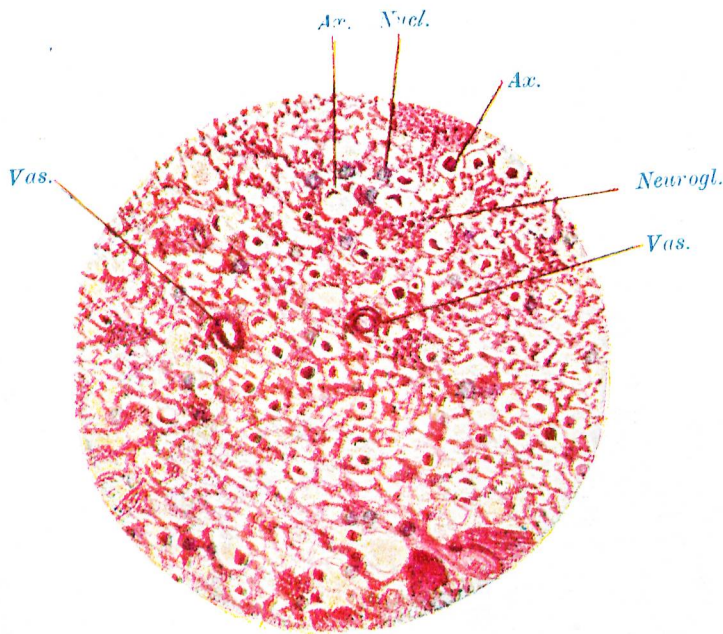


Fig. 14.

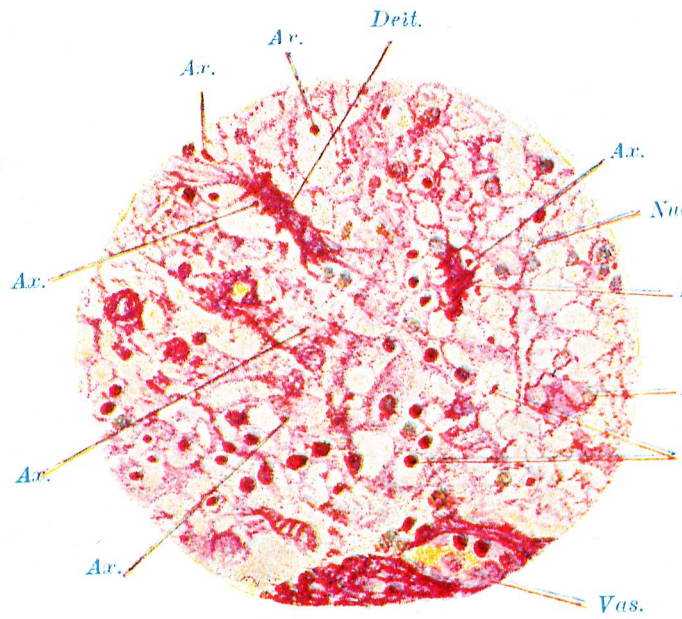


Fig. 13.

Oprócz zmian w otoczce myelinowej spostrzegamy również zmiany w wyrostkach osiowych. (Fig. 14 Ax) Dosyć znaczna liczba tych wyrostków jest spęczniała, czasami zatracają one swą postać krążkowatą, a przyjmują natomiast postać nieregularnie wydłużoną, a nawet ząbkowaną; w niektórych spęczniałych wyrostkach osiowych stwierdzić można niejednolite zabarwienie, polegające na tem, że część wyrostka zabarwiona jest słabiej, reszta zaś mocniej. Znaczna liczba włókien nerwowych nie wykazuje zmian widocznych, ani w otoczce myelinowej, ani też w wyrostku osiowym.

Poza temi ogniskami I lub II typu znajdujemy prawie we wszystkich okolicach rdzenia, które na skrawkach WEIGERT'a wydają się normalnymi, zmiany histopatologiczne na skrawkach barwionych metodą v. GIESON'a i przy stosowaniu powiększeń imersyjnych. Mianowicie spostrzegamy tutaj zmiany zbliżone do tych, które opisaliśmy w ogniskach II typu z tą jednak różnicą, że intensywność tych zmian jest znacznie mniejszą. Spotykamy więc i tutaj rozrost neuroglei (przeważnie w nieznacznych rozmiarach, lecz również w postaci kępek), liczne komórki DEITERS'a leżące w tych przegrodach neuroglei, nieznaczne zgrubienia naczyń krwionośnych ze słabo rozwiniętym nacieczeniem drobnokomórkowym i nieznaczne zmiany w samej tkance nerwowej, dotyczące zarówno otoczki myelinowej jak i wyrostków osiowych.

Jest rzeczą zrozumiałą, że nakreślone powyżej typy ognisk nie występują wszędzie w sposób jaskrawy i wyodrębniony pod względem histopatologicznym. Często napotykamy miejsca które stanowią stadyum przejściowe pomiędzy jednym i drugim typem

W kilku słowach pragnęlibyśmy jeszcze omówić zmiany, napotkane w oponie miękkiej rdzenia i pnia mózgowego oraz w korzeniach rdzeniowych i nerwach czaszkowych. Co dotyczy opony miękkiej, to powyżej zaznaczyliśmy te okolice, w których była ona zgrubiałą i te

miejsca w których była zrośniętą z obwodem rdzenia. Używając powiększeń silniejszych, można było stwierdzić niezbyt wybitne zmiany w naczyniach krwionośnych i słabo rozwinięte nacieczenie drobnokomórkowe. I tutaj również przeważnie była zgrubiałą *adventitia*, gdy natomiast błona wewnętrzna zmian widocznych nie wykazywała. Korzenie rdzeniowe i nerwy czaszkowe były przeważnie normalne. Na niektórych wysokościach rdzenia lub pnia mózgowego znajdowano w nich nieznaczne zmiany, polegające na lekkim zgrubieniu endoneurii, nieznacznych zmianach naczyniowych i nieznacznych zmianach włókien nerwowych (pęcznienie myeliny i wyrostków osiowych).

Przechodząc do omówienia przypadku powyższego, pragnęlibyśmy rozpatrzyć pokrótce główne rysy, dotyczące obrazu klinicznego i przebiegu cierpienia i przejść następnie do bardziej szczegółowego uzasadnienia poglądu naszego na istotę sprawy *sclerosis multiplex*.

Pod względem klinicznym przypadek nasz nastroczał pewne trudności rozpoznawcze. Choroba rozpoczęła się przed 3 laty bólami w obydwóch kończynach dolnych i bóle te stanowiły przez cały rok jedyny objaw cierpienia. Bóle te wzmagały się w nocy. Dopiero po roku kończyny dolne zaczęły słabnąć, jednocześnie bóle dokuczaly chorej bardzo dotkliwie. Czynność pęcherza była wtedy jednak nietkniętą. Dopiero na rok przed śmiercią zjawila się *incontinentia urinae*, a następnie *incontinentia alvi*. Dwa miesiące przed śmiercią nastąpiło raptowne wzmoczenie się ciepłoty ciała (gorączka dochodziła do 41,5°). Jednocześnie zjawily się bardzo głębokie odleżyny, dochodząca do kości krzyżowej i udowej. Gorączka ta trwała aż do śmierci wraz z innymi objawami, towarzyszącymi zwykle gorączce septycznej. Co do szczegółów, to zaznaczyć należy, że obie kończyny dolne były prawie zupełnie bezwładne, że napięcie mięśniowe było dość znacznie wzmoczone, odruchy kolano-we żywe, odruch ze ścięgna Achilles'a był po

jednej stronie zniesiony, po drugiej zaś słaby. Czucie wykazywało bardzo nieznaczne zmiany (upośledzenie czucia mięśniowego w stopach i *hypeaesthesia* w prawej goleni i w prawej stopie).

Początek cierpienia (w postaci bardzo silnych bólów wzmagających się w nocy) przemawiał za sprawą syfilityczną lub też za nowotworem w okolicy *caudae equinae*. Ze względu na to, że w wywiadach anamnestycznych był zupełny brak jakichkolwiek danych, wskazujących na jakąkolwiek chorobę infekcyjną, sądzimy, że na początku cierpienia nie podobna było przypuszczać, że jest to początek jakiejś innej sprawy.

Mysły widzieli chorą po raz pierwszy w marcu 1904 r., na 3 tygodnie przed śmiercią. Mieliśmy więc przed sobą całkowicie rozwinięty obraz chorobowy, zaś poza sobą -- przebieg cierpienia. Ponieważ objawy ograniczały się prawie wyłącznie do dolnej połowy ciała, umiejscowiliśmy sprawę w części lędźwiowo-krzyżowej rdzenia. Oczopląs istniał w stopniu nieznanym i nie przypisywaliśmy mu znaczenia rozstrzygającego. Co do istoty sprawy, to wyłączyliśmy nowotwór, ponieważ sądziliśmy, że ze względu na wybitny charakter destrukcyjny sprawy i wielką jej rozległość, mogłaby być mowa li tylko o nowotworze złośliwym (mięśaku, raku). Przeciwno temu przemawiał bardzo długi okres choroby, brak jakichkolwiek innych ognisk nowotworowych i in. Sądziliśmy więc, że mamy do czynienia z jakąś przewlekłą sprawą zapalną w dolnych odcinkach rdzenia. Jakkolwiek dane anamnestyczne nie przemawiały za swoistą naturą cierpienia, nie wyłączaliśmy jednak zupełnie tej możliwości i zastosowaliśmy leczenie specyficzne. Skutku nie było żadnego.

Wyznajemy otwarcie, że gdy sekcyja wykryła typowe ogniska sklerotyczne w całym rdzeniu, który był ścięczały i specjalnie w swej części lędźwiowo-krzyżowej dość twardy, to wynik ten sekcyji był dla nas nieoczekiwany. Przypomnił się nam jednak wtedy przypadek,

opisany przez nas w r. 1902, w którym również obraz kliniczny przypominał t. zw. *myelitis transversa*, podczas gdy sekcyja wykazała stwardnienie rozsiane [FLATAU i KOELICHEN O stwardnieniu rozsianem (*sclerosis multiplex*) przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*). Medycyna. 1901].

I w tamtym również przypadku mieliśmy do czynienia z porażeniem kończyn dolnych, brakiem zaburzeń czuciowych, odleżynami w wysokim stopniu destrukcyjnymi i głębokimi zaburzeniami czynności pęcherza i odbytnicy. Przypadek przebiegał ostro, śmierć nastąpiła w 3 $\frac{1}{4}$ miesiąca, licząc od początku choroby. Sekcyja wykazała wtedy również stwardnienie wielogniskowe.

Nowy nasz przypadek zaliczyć więc znowu musimy do kategorii nietypowej stwardnienia wielogniskowego, a mianowicie do przypadków tego cierpienia przebiegających pod postacią kliniczną *myelitis chronicae lumbo-sacralis*. Zarówno w pierwszym opisanym przez nas przypadku, jak i w przypadku obecnym uderzał w obrazie chorobowym głównie brak zupełny lub prawie zupełny jakichkolwiek zmian czuciowych w sparaliżowanych kończynach dolnych. Zwracamy uwagę na ten fakt kliniczny z tego względu, że mając go na uwadze, można będzie być może w przyszłości wyodrębnić za życia tego rodzaju przypadki i odróżnić je od tych procesów zapalnych w rdzeniu, w których sprawa chorobowa ma bardziej destrukcyjny charakter (*myelitis sensu strictiori*).

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

81. B. GALLI - VALERIO. Szerzenie się wewnątrzaków i ochrona przed nimi.

W pracy niniejszej autor zwraca uwagę, że lekarze wogóle nie nazbyt zdają się być obznajmieni ze sposobami szerzenia się wewnątrzaków, resp. ze sposobami ochrony przed nimi; a grają one przecież niepoślednią rolę w patogenezie nie tylko ze względu na rozmaite objawy ogólne, jakie wywołują, lecz i ze względu na to, że stają się nieraz przyczyną odrębnych postaci chorobowych, takich jak np. *Ankylostomiasis*, *Trichinosis* i t. d. Otóż, w myśl nagłówka niniejszego sprawozdania, prof. V. sprawą tą się zajął i wyniki dochodzeń swoich notuje.

Przypadłości, spowodowane wewnątrzakami, mogą zależeć:

1) Od zaburzeń, jakich stają się przyczyną — na drodze mechanicznej — tu należą: zatkania, rozszerzenia, sprzyjanie powstawaniu owrzodzeń, nowotworów, nadto zadrażnienia odruchowe.

2) Od utrat krwi — spowodowanych bądź to ssaniem jej przez wewnątrzaki same, bądź to krwawieniem następczym z miejsc, przez nie uszkodzonych, któremu nadto może sprzyjać wszczepienie przez nie pewnej substancji, przeszkadzającej krzepnieniu krwi — co szczególnie zdaje się mieć miejsce przy obecności *uncinariae caninae*.

3) Od wytwarzania substancji toksycznych; w ostatnich czasach stwierdzono w wyciągu, otrzymywanym z wewnątrzaków, istnienie właśnie takich substancji, mających własność podnoszenia albo obniżania ciepłoty ustroju, wywoływania zaburzeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego, powodowania hemolizy i t. d. Bardzo więc jest prawdopodobnem, że niektóre z takich substancji toksycznych mogą też być wydzielane i przez żywe wewnątrzaki, a tem samem stawać się powodem rozmaitych objawów chorobowych. Za dowód wydzielania się ich z wewnątrzaków martwych mogą służyć dwa przypadki

ciężkiej małokrwistości — w których wydalone były z ustroju brzozdogłowce w stanie maceracyi. (Przypadki BOURGET i DEMIÉVILLE).

3) Od przenoszenia i niejako wszczepiania przez nie drobnoustrojów w miejsca, przez nie uszkodzone.

Wogóle objawy, spowodowywane przez wewnątrzaki, nie tyle zdają się zależeć od liczby tych ostatnich, ile raczej od ich, że tak rzec — jadowitości oraz od większej lub mniejszej odporności ich gospodarza. Drogi i sposoby, jakimi dostają się one do ustroju, są następujące:

1) Przewód pokarmowy; tutaj przenikają one wraz z mięsem zwierząt, pośredniczących w rozwoju pasorzytów ludzkich, albo też z mięsem, do którego przyłgnęły ich jaja i larwy. Przenoszą je tutaj zazwyczaj z wypróżnień (faeces), niemi zakażonych, muchy; że zaś rzeczywiście one to okazują się winowajczyniami, dowiedli tego GRASSI, który znajdował na powierzchni ich ciała jaja *Trichocephali*, *Teniae* i *Oxyuris*, oraz autor, który spostrzegł na ciele ich jaja *T. Trichiuri* i *Ascaridis lumbricoidis*. Niektóre jarzyny oraz owoce na które jaja i larwy wewnątrzaków się dostały, również często bardzo stają się pośrednikami w przenikaniu ich do ustroju. Tutaj na szczególną uwagę zasługuje sałata, na której prof. V. niejednokrotnie znajdował jaja *T. trichiuri* i *Ascaridis lumbricoid.*, a CERESOLE nawet jaja *Uncinariae duodenalis*. Spostrzeżenie jednak tego ostatniego wydaje się autorowi nieco niepewnem ze względu na pewne w niektórych warunkach podobieństwo jaj *uncinariae* i *ascaridis lumbric.* Wreszcie rolę ważnego przenośnika do przewodu pokarmowego odgrywa brudna, błotnista woda, w jakiej jaja i larwy wewnątrzaków bardzo często znajdować się mogą.

2) Drugą drogę przenikania pasorzytów stanowi skóra. Tędy dostają się one przez ukłucia owadów, służących za pośredników w rozwoju niektórych wewnątrzaków ludzkich. Przez

ukłucie owad wszczepia tu larwę nieproszonego gościa.

Takiemuż przedostawaniu się do ustroju ma sprzyjać według niektórych badaczy stykanie się skóry z mułem, błotnistą wodą, wypróżnieniami (faeces), w których larwy pasorzytów tych się znajdują. Tą drogą zwłaszcza mają — według SCHAUDINN'a i LOOSS'ego wnikać do ustroju larwy *uncinariae duodenalis*, inni jednak, jak PIERI oraz autor — na zasadzie własnych doświadczeń — skłonni są raczej uważać wnikanie takie za niezbyt pewne.

Prof. V., wielce zainteresowany kwestą częstotliwości wewnątrzaków u ludzi wogóle, a zwłaszcza rozprzestrzenieniem się ich w niektórych szczególnie miejscowościach, w tym kierunku przedsięwziął dochodzenia. Z prawdziwym zamiłowaniem i zaparciem się przyrodnika zajął się badaniami kału ludzkiego, tu i owdzie, po polach i przy drogach zalegającego; każdą oddzielną masę kałową poddawał badaniu w pięciu poszczególnych porcjach. Pomimo tak skrupulatnego zajęcia się sprawą, dochodzenia takie — zdaniem jego — przybliżone tylko mogą dać wyniki, bądź to ze względu na to, że wykazanie tylko kilka jajek wewnątrzaków w danych preparatach kałowych nie jest jeszcze dowodem, że ich znacznie więcej w ogólnej masie kału nie było, a powtóre, że nieznanie ich nie wyłącza jeszcze ich tam obecności.

Otóż z 315 oddzielnych mas kałowych w 224 (71%) znajdował on jaja wewnątrzaków, bądź to jednego tylko, bądź to różnych rodzajów. I tak, w 120 przypadkach znajdował on jaja *ascaris lumbricoid*, w 167 — jaja *Taeniae trichiuri*, w 3 — jaja *oxyuris vermicul.*, w 4 — larwy *st. intestinal*, w 5 — jaja *taeniae saginatae*, w 5 — *botriocephali lati*.

Jak z powyższego zestawienia liczbowego wypada, w wielu z nich znajdowały się jednocześnie jaja różnych wewnątrzaków, najczęściej jednak (66 razy) sąsiadowały z sobą jaja *ascaris lumbric.* i *taeniae trichiuri*. Badania te nie tylko wykazują ogromną częstotliwość wewnątrzaków u ludzi, lecz zarazem wskazują przyczynę tej częstotliwości. Jajeczka z mas kałowych, zalegających miejsca tak przystępne dla owadów (zwł. much), łatwo mogą być przez te ostatnie przenoszone na różne rodzaje roślin, czy też produkty spożywcze, używane przez człowieka, z drugiej znów strony,

splukane wodą deszczową, mogą się tu i owdzie osadzać, jak również przedostawać się do rzek, jezior, stawów, strumieni i t. d., i tą drogą do ustroju ludzkiego wnikać.

W celu zapobieżenia rozwojowi wewnątrzaków w ustroju ludzkim prof. V., na zasadzie powyższych danych, zaleca następujące środki ochronne.

1) Oględziny mięsa oraz nie wyrzucanie, lecz niszczenie takiego, które się niezdatnem okazuje dla użytku, jeśli bowiem w mięsie takim znajdują się pęcherze *echinococci*, to psy, które mięso takie zjadają, mogą w następstwie wraz z kałem wydalają jajeczka *t. echinococci*, które potem wraz z jarzynami, wodą i t. d. łatwo drogę do ustroju znajdują.

2) Ochronę wszelkiego rodzaju pokarmów przed muchami.

3) Niepodlewanie gruntów, na których hoduje się jarzyny, poziomki, sałatę — zawartością miejsce ustępowych.

4) Używanie na pokarm tylko takich jarzyn, które były uprzednio gotowane — to samo tyczy się mięsa wogóle, a zwłaszcza ryb, które często goszczą w sobie *Botriocephalum latum*. Sałata przed użyciem winna być wielokrotnie oplukana w czystej wodzie.

5) Nie używać nieczystej i wogóle podejrzananej wody bez uprzedniego jej przegotowania lub przefiltrowania.

6) Przed jedzeniem starannie myć ręce (tyczy się to szczególnie dzieci, robotników w kopalniach, tunelach i t. p.).

7) Ze względu na *uncinaria duodenalis*, *uncinaria americana* — w celu zapobieżenia przenikaniu larw pasorzytów tych przez skórę, zalecać robotnikom takim częste kąpiele.

8) Ochroniać ludzi i mieszkania od komarów, i jednocześnie starać się o niszczenie larw *culicidae*.

9) Starać się o urządzenie ustępów w kopalniach, tunelach, a zwłaszcza tam, gdzie zdarzają się przypadki *ankylostomiasis*.

10) Jaja pasorzytów w kale chorych, dotkniętych helmintiazą, powinny być troskliwie niszczone — szczególnie w razie *ankylostomiasis* — najlepiej za pomocą kwasu siarczanego.

11) W miejscowościach, gdzie zdarzają się często przypadki *echinococci* — psy powinny

być troskliwie obserwowane, ewentualnie leczone środkami przeciwerwiowcowymi, kał zaś ich niezwłocznie ubezszkodliwiany (niszczony).

(Therapeutische Monatshefte. N. 7. 1905).

F. Gr.

82. DEMPEL (Sanatorium w Jalcie). O leczeniu gruźlicy krtani fenolsalilem.

W roku 1900 S. F. von STEIN pisał o skutecznym działaniu fenolsalilu w gruźlicy krtani. Dysfagia już po pierwszym zastosowaniu znacznie się zmniejszała, a po trzecim, czwartym zupełnie znikła. Również pomyślne rezultaty miał dawać przy nacieczeniach, owrzodzeniach, afonii i t. p.

Fenolsalil, wprowadzony do praktyki przez CHRISTMAS'a, co do swej lasecznikobójeżej siły zajmuje drugie miejsce po sublimacie, będąc mniej trującym, niż ten ostatni.

DEMPEL stosował ten środek w 54 przypadkach z początku zgodnie z przepisem STEIN'a t. j. 3—5% roztwór w glicerynie po skokainizowaniu śluzówki: *Cocaini muriatici* 0,5; *Antipyrini* 0,5; *Acidi carbolici* 0,1; *Aquae destill.* 10,0. Ponieważ jednak roztwór glicerynowy pozostawiał nieprzyjemne uczucie, stosował później stale 3% roztwór wodny, ten bowiem ostatni działa mocniej, niż odpowiedniej koncentracji glicerynowy. Pendzlowanie tym roztworem stosowane było 2—3 razy tygodniowo. Gdy bóle się zmniejszały, pendzlowanie odbywało się bez poprzedniej kokainizacji.

Najlepsze wyniki dały powierzchowne owrzodzenia i erozye. Wyleczenie następowało uderzająco szybko: po 3—5 posiedzeniach, niezależnie od stanu płuc i ogólnego. Głębsze wrzody wymagały 1—2 miesięcy, a częstokroć wcale się nie goiły.

Nacieczenia umiarkowane długo się opierały działaniu fenilsalilu, w końcu jednak były to jeszcze stosunkowo wdzięczne formy. Najtrudniejszymi okazały się znacznie większe nacieczenia międzynałekowe (interarytenoidalne) i obrzmienia chrząstek. Chrypka i afonia zniknęły tylko wtedy, gdy były spowodowane erozjami na brzegach strun głosowych lub małymi owrzodzeniami.

Działanie fenolsalilu na usmierzenie bólu przy polykaniu okazało się dość dobroczynnym.

Wogóle trzeba przyznać, że w fenolsalilu zyskaliśmy środek dosyć dobry w leczeniu gru-

źlicy krtani, co już wypływa zresztą z jego ingredientsów, jak kwas karbolowy, kwas mleczny i mentol, które w tym kierunku okazały się skutecznymi.

(Therapeutische Monatshefte. April. 1905).

D-r Ant. Pyrż.

83 C. T. NOEGERATH i R. STAEBELIN: *Spirochaete pallida* we krwi.

Już w lipcu r. b. autorom udało się otrzytać *spirochaete pallida* ze krwi osobnika, dotkniętego wtórnymi objawami przymiotu, lecz nie leczonego. Z odkrycia swojego zdali wtedy sprawę Bazelskiemu Towarzystwu Lekarskiemu, przy zademonstrowaniu omawianych drobnoustrojów.

Wychodząc z zasady, że zawody, z jakimi się dotąd spotykano, co do wykazania obecności ich we krwi, zależne były od tego, że do badań posługiwano się zbyt małą ilością — kropką krwi, autorowie w dochodzeniach swoich posilkowali się metodą STÄUBLI'ego: krew, otrzymaną z nakłucia żyły lub ucha, w ilości co najmniej jednego centymetra sześciennego, rozczyniali w dziesięciokrotnej ilości $\frac{1}{3}\%$ kwasu octowego, roztwór poddawali centryfugowaniu, następnie zaś preparaty do badań drobnowidzowych, przygotowane z rozmaitych warstw centryfugatu, w myśl SCHAUDIN'a i HOFFMANN'a barwili sposobem GIEMSA. Tak postępując, udawało im się w preparatach z osadu, w obszarze mniej więcej 30 pól mikroskopowego badania, znajdować 1—3 krętków białych.

Sprawozdanie niniejsze tyczy się wogóle trzech osobników, dotkniętych przymiotem wtórnym, nie leczonym: badania krwi wszystkich tych przypadków uwieńczone były wynikiem dodatnim. Dla kontroli dochodzeń swoich autorowie posługiwali się, nadto badaniami krwi sześciu innych osobników, niesyfilitycznych, dotkniętych bądź to gruźlicą płuc, bądź to sposobnym rakiem migdałków, obszerną pryszczycą wilgotną, bądź wreszcie obszerną sposoczałą odleżyną — wogóle takimi chorobami, w których wszelkiego rodzaju zarodki chorobotwórcze łatwy do ustroju dostęp znaleźć mogą. W żadnym z tych przypadków jednak, pomimo nader pilnego i dokładnego badania odnośnych preparatów, spirochetów we krwi nie znajdowali. Jeśli w danym preparacie tu i owdzie obok leukocyty lub czerwonego ciała krwi przypad-

kowo dostrzedz się dawał twór, drobnoustrójów przypominający, to omyłka ta wnet, skutkiem nabytej wprawy i przy użyciu silnego okularu (Zeiss Comep. 12) oraz dobrego światła (lampy NERNST'a) — sprostować się dawała.

Wyniki powyższe autorowie uważają za ważny przyczynek do patogenezy przymiotu,

tembardziej, że jak dotąd — zdaniem ich — badania, zmierzające do wykazania krętków błędnych we krwi, nie były wolne od zarzutów.

(Münch. med. Woch. N. 31 — 1905 r.)

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 Maja 1905 r

TREŚĆ: Bartkiewicz B. — „O odluszczeniu torebki nerkowej w morbus Brighti (decapsulatio renis).

Bronisław BARTKIEWICZ wygłosił odczyt „O odluszczeniu torebki nerkowej w chorobie BRIGHT'a”.

Punktem wyjścia tej metody było spostrzeżenie EDEBOHLS'a, że po przyszcyciu nerki w zroście rozwijają się nowe naczynia, łączące miąższ nerki z otaczającą tkanką. Wobec tego że tętnica nerkowa należy do końcowych, a zmiany naczyniowe w przewlekłym zapaleniu nerek grają rolę wybitną, byłoby rzeczą niezmiernie wagi, gdyby się udało sztucznie zapewnić nerce poboczny dopływ krwi tętniczej.

Niestety, doświadczenia na zwierzętach dały dotychczas sprzeczne wyniki. ATAKURA, STARSBERG i THELMANN zapewniają, że spostrzegali rozwój nowych grubszych naczyń, pochodzących z tętnicy lędźwiowej i przenikających w miąższ nerki. Natomiast WALKER i HERZHEIMER, ALBARRAN i BERNARD, BONCZ-OSMOŁOWSKI JOHNSON i wielu innych twierdzą, że po odluszczeniu torebki tworzy się po paru tygodniach nowa, grubsza od poprzedniej, bliznowata, uboga w naczynia. Ze zwierząt operowanych żadne nie padło, wszelako przy odluszczeniu zdarzają się naderwania tkanki nerki i występujący następnie powierzchowny zanik.

Nikt z badaczy nie zdołał zauważyć związku i wpływu operacji ze sztucznie wywołanem następstwem lub przedniem zapaleniem nerek.

U ludzi odluszczenie torebki nerkowej daje znacznie lepsze wyniki. R. GUITERAS podaje liczbę trwałych wyleczeń na 16%, polepszeń na 40%. Przy ścisłej krytyce okazuje się, że z 16% wyleczonych żaden na nazwę tę nie zasługuje, natomiast zdumiewające polepszenie osiągnęto w bardzo rozpaczliwych przypadkach, tembardziej, że w przeważnej ich liczbie leczenie wewnętrzne okazało się zupełnie bezskutecznem.

Do tej kategorii należy przypadek, spostrzegany przez BARTKIEWICZA, operowany przez GABSZEWICZA.

Ztąd B. sądzi, że operowanie usprawiedliwione jest w pewnych razach mimo braku podstaw teoretycznych. Być może, gra tu rolę podnoszone niejednokrotnie zmniejszenie napięcia torebki (HERRISON). Za najbardziej nadające się do leczenia chirurgicznego należy uważać przypadki, szybko postępujące, z dokuczliwymi objawami. Operowanie osób w podeszłym wieku nie rokuje dobrych wyników, również bardzo pogarszają rokowanie *quo ad vitam* zaburzenia wzrokowe (SUCKER). Odluszczenie torebki w eklampsji podług B. nie należy do szczęśliwych pomysłów, jak również wykonywanie tego zabiegu przy rozsianych ropniach w miąższu.

W dyskusji SKŁODOWSKI uzupełnia naprzód w kilku szczegółach historię chorej, która stała się dla prelegenta pobudką do wygłoszenia dzisiejszego odczytu, a która na krótko przed operacją leżała w ciągu blisko 3 miesięcy

cy w oddziale S. w szpitalu Dzieciątka Jezus. SKŁODOWSKI stwierdza, że przez ten czas stosowano bardzo systematycznie zwykle leczenie dyetetyczne, farmaceutyczne i napotne, prócz tego wypuszczono dwukrotnie z jamy brzusznej po kilka litrów cieczy. Niezupełnie szluszna jest wzmianka prelegenta w odczynie, jakoby środki powyższe były całkowicie bezskuteczne; owszem, parokrotnie obrzęki znikły, i stan chorej chwilowo się poprawiał, ale już wkrótce następowało nowe pogorszenie. W końcu S. zupełnie stracił nadzieję osiągnięcia trwalszego, wyniku za pomocą środków dotychczasowych i doradzał chorej operację, na którą ona jednak wtedy się nie zgodziła. Zaznaczenie owych choćby tylko przemijających polepszeń uważa S. za rzecz potrzebną, dowodzą one bowiem pewnej jeszcze sprawności nerek i mogą niekiedy zachęcić do zabiegu chirurgicznego. Fakt ten, zdaniem S., bynajmniej nie obniża pożytku samej operacji, ponieważ tak znacznej, a zwłaszcza tak trwałej poprawy, jaka nastąpiła u chorej po dekapulacji nerek, bezwarunkowo spodziewać się tu już nie było można przy pomocy zwykle stosowanych metod leczniczych. Dalej zaznacza S., że obrzęki i związane z nimi dolegliwości stanowiły w danym razie prawie wyłączną skargę chorej: objawów mocznicznych nie zauważono u niej nigdy, nawet w chwilach najgorszych. W dalszym ciągu zapytuje SKŁODOWSKI prelegenta, czy ogłoszony dotychczas materiał kliniczny obejmuje i takie przypadki choroby BRIGHT'a, w których obrzęki zależą już nie tyle od niesprawności nerek, ile od wtórnego zwyrodnienia i niedomogi przerosłego serca, czy była w takich razach stosowana dekapulacja i z jakim mianowicie wynikiem? Wreszcie w porównawczym zestawieniu przez prelegenta wyników dekapulacji w rozmaitych postaciach choroby BRIGHT'a uderza SKŁODOWSKIEGO pewna sprzeczność: z jednej strony najlepsze rezultaty miała dawać dekapulacja w postaci śródmiąższowej, z drugiej zaś — bardzo złe były wyniki w przypadkach z powikłaniami ze strony oczu. Tymczasem, jak wiadomo, powikłania oczne występują właśnie najczęściej w postaci śródmiąższowej.

ŚWIĄTECKI przytacza przypadek dekapulacji nerki, operowany przez KRAJEWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus w jesieni r. z. 40 letni urzę-

dnik z Grodna skierowany do oddziału przez BROWNOSKIEGO, przed 12 laty przechodził *lues*, przed 10 laty miał trypra, na który leczył się przez lata. Od 6 lat zaczął odczuwać tępy ból w okolicy pępka, występujący zazwyczaj po dłuższym chodzeniu, ból na tyle dokuczliwy, że chorey od razu zgadzał się na wszelki zabieg operacyjny. Badanie obiektywne, przyczem zwrócona była szczególna uwaga na układ nerwowy (*tabes*), wykazało tylko zmiany w moczu: mocz, o ciężarze gat. 1.016, zupełnie przezroczysty, o odczynie obojętnym, zawierał $\frac{1}{2}$ ‰ białka i w osadzie dość znaczną liczbę erytrocytów i walczków szklanych.

24/X. 1904 r. cystoskopia i cewnikowanie prawego moczowodu celem otrzymania moczu z każdej nerki oddzielnie. Badanie moczu wykazało:

Nerka lewa:

Białka mniej niż $\frac{1}{2}$ ‰.
Odczyn obojętny!
Niewiele erytrocytów.
Ropy niema.

Nerka prawa.

Białka $\frac{3}{4}$ ‰.
Odczyn alkaliczny.
Bardzo dużo czerwonych ciałek, niewiele pojedynczych nabłonków płaskich.
Ropnych ciałek niema.

2/XI. Ponieważ obmacywanie brzucha w uśpieniu chlorofomowem dało wynik ujemny, KRAJEWSKI przez cięcie lędźwiowe prawe otworzył jamę brzuszną, obmacał obie nerki i przekonał się, że nie są one opuszczone, obmacał przytem wszystkie dostępne badaniu narządy jamy brzusznej i nie znalazł nic nieprawidłowego, wobec tego ranę w otrzewnie zaszył, nato miał wydobyl i dekapulował nerkę prawą. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rychłozrost aż do rurki drenowej. 3 grudnia wypisany ze szpitala, przyczem kilkakrotne badanie moczu wykazało cięż. gat. 1018, odczyn słabo kwaśny, erytrocytów i białka ani śladu, ból w okolicy pępka ustąpił zupełnie.

Pomimo tak świetnego wyniku pooperacyjnego S. nie uważał tego chorego za wyleczonego, a to ze względu, że nie mu nie wiadomo o

dalszych jego losach, z tego zaś, co czytamy, wiemy, że dodatni wynik po operacji EDEBOHL's'a jest zazwyczaj krótkotrwały. Przypomina przypadek FRAZIER'a, (Zentrbl. f. Chir. 1903 Nr. 36, 52). Po dekapulacji jednej nerki u dziecka skonstatowano wynik świetny, obrzęki znikły; poprawa jednak trwała dopóty, dopóki chory leżał w łóżku; zachęcony wynikiem pierwszej operacji F. dekapulował drugą nerkę; i teraz także obrzęki znikły, gdy jednak dziecko zaczęło wstawać, obrzęki wróciły na nowo.

Co do poglądu prelegenta na doświadczenia ASAKURY, to mówca jest odmiennego zdania; przypomina on przypadek, opisany przez IZRAEL'a: chory, któremu wycięto już jedną nerkę z powodu ostrego ropnego zapalenia, dostał takiegoż pyelonefrytu po drugiej stronie; ponieważ o nefrektomii nie mogło tu już być mowy, IZRAEL naciął mutę nerkę (*nephrotomia*), i chory wyzdrowiał.

KRAUZE zaznacza, że operację odluszczenia nerki z powodu zapalenia nerek K. wykonał w grudniu 1902 roku. Przypadek dotyczył chorej 20-letniej panny, która wstąpiła do szpitala starozakonnych do oddziału KLEINA; chora się skarży, że od 10 miesięcy cierpi na obrzęk kończyn dolnych i brak łaknienia. Od czasu do czasu występuje obrzęk całego ciała, i wtedy ilość moczu, która zwykle bywa dość duża, zmniejsza się. W płucach nie nienormalnego spostrzegać się nie daje, w sercu szmer u wierzchołka. Ilość moczu, badana w ciągu dłuższego czasu, przedstawia się: 1000, 1300, 1500. Ciężar gatunkowy 1014, 1018, 1019. Ilość białka $5\frac{1}{2}$, 8, 9 i $13\frac{3}{100}$. Cylindrów bardzo duża ilość. Δ lewej nerki = — 0,112, prawej nerki — 0,59.

Gdy ani dyeta, ani żadne środki nie pomagały, a ilość białka oraz cylindrów coraz się powiększała, KLEIN przeniósł chorą na oddział K. dla wykonania operacji.

Operację wykonał K. na dwóch posiedzeniach; najpierw odluszczył otoczkę z nerki lewej pod eteryzacją, dając chorej z początku b. mało chloroformu.

Po tej operacji mocz, badany po kilku dniach, zawierał mnóstwo cylindrów hyalinowych i ziarnistych, odczyn słabo alkaliczny, ilość moczu 1000, 1200. Białko $2\frac{1}{2}$, $4.5\frac{0}{100}$, następnie bywało $2\frac{0}{100}$ i $1\frac{0}{100}$.

Po 5 tygodniach wykonał operację na drugiej nerce prawej — *decapsulatio renis dextri* pod eteryzacją.

Otoczka schodziła lekko, nerka powiększona, twarda, powierzchnia gładka, otoczkę odluszczył aż do wnęki. Przy badaniu drobnovidzowem otoczki nigdzie śladów tkanki nie znaleziono.

Po tej operacji chora również miała się dobrze, rana zagoiła się doraźnie po kilku dniach.

Tym razem ilość moczu wkrótce po operacji była 1200, c. g. 1012, a ilość białka powiększyła się do 4, 5 i $6\frac{0}{100}$, cylindrów to więcej, to mniej, lecz nie znikają. Następnie ilość białka wciąż się powiększała i wahała się między 4 i $6\frac{1}{2}\frac{0}{100}$.

Ilość białka w moczu, badanym już po 5 miesiącach, przedstawiała się: 8, 10 i $12\frac{0}{100}$, przy ilości moczu 1300; w osadzie dużo cylindrów hyalinowych i ziarnistych i nieco leukocytów.

Co się tyczy samej operacji, to nie daje ona jeszcze pożądanych wyników, sam EDEBOHL's a także inni badacze nie przedstawiają przypadków zupełnie wyleczonych, lecz chorzy się poprawiali na dłuższy lub krótszy czas. W przypadku K. chora po pierwszej operacji się poprawiła, ilość białka się zmniejszyła, po drugiej zaś ilość białka wciąż się powiększała.

BRONOWSKI na zasadzie obserwacji przypadku *nephritidis haemorrhagicae chronicae*, opisanego w r. 1903-im w „Medycynie”, a operowanego w szpitalu praskim przez RAUMA — przypuszcza, że długotrwałe, a niezem nie dające się usunąć krwawienie nerkowe może być wskazaniem do rękoczynu odluszczenia torebki nerkowej.

Obserwacja drugiego przypadku, operowanego przez KRAJEWSKIEGO, gdzie chory przed operacją miał również składniki krwi w urynie i silne bóle w okolicy nerkowej, które to przypadłości po operacji całkowicie ustąpiły, również zdaje się przemawiać za skutecznością wyżej wspomnianego zabiegu operacyjnego w krwawieniach nerkowych, zjawiających się w przebiegu choroby BRIGHT'a.

RZĘTKOWSKI podnosi okoliczność, że dotychczasowe dane doświadczenia w sprawie, poruszonej przez B., nie objaśniają należyte, czy nerka po odłuszczeniu torebki i po ewentualnem wytworzeniu się nowych naczyń może wydzielać i jaki mocz, gdy tętnicę nerkową przewiążemy. Takie badania należałoby w tej kwestyi przedsięwziąć. Co do wskazań, to zdaniem Rz. teoretycznie nadają się do omawianego zabiegu bezskutecznie leczone i groźne dla życia ostre zapalenia nerek z objawami moczniczymi u młodych ludzi, zwłaszcza u dzieci np. po płonicy. U ludzi starszych, chorujących oddawna, do zapalenia dołącza się często zwyrodnienie mączkowate (*amyloid*) nerek. Wątpić należy, aby w tych razach operacya EDEBOHLS'a miała skutek pomyślny.

Przy ocenianiu sprawności nerki operowanej ilość białka w moczu (oznaczonego nie % lecz absolutnie) ma zdaniem Rz. mniejsze znaczenie, niż oznaczanie np. soli Cl. i t. p. Co się tyczy techniki operacyjnej, to Rz. mniema, że całkowite usuwanie torebki nerkowej nie jest celowe, bo utrudnia tworzenie się zrostów z nowymi naczyńcami. Rz. radby usłyszeć w tym względzie zdanie chirurgów.

KRAJEWSKI operował jeden przypadek; chory subiektywnie odniósł pewną poprawę, lecz K. nie wyniósł z operacyi wrażenia dodatniego, K. zgadza się z RZĘTKOWSKIM, że doszczętne wycinanie torebki nerkowej nie jest potrzebne; sam przyszywał rozciętą torebkę do diafragmy około 12 żebra, co ma stwarzać lepsze warunki do tworzenia się naczyń.

PRUSZYŃSKI zaznacza, że obserwacye, dotychczas opisane, nad wpływem dekapsulacyi na stan nerek nie dają żadnych wskazówek, dotyczących wskazań do zastosowania metody EDEBOHLS'a. W wyjątkowych tylko przypadkach usiłowano przekonać się o sprawności nerek przed operacyą, ograniczając się na objawach klinicznych i na oznaczeniu ilości białka. Pod względem klinicznym zebrany w tej dziedzinie materiał P. uważa za bezwartościowy.

DUNIN, poruszając kwestyę wskazań do odłuszczenia torebki nerkowej, zaznacza, że nie może zgodzić się ze zdaniem wygłoszonym, jako by niemożliwe było przeprowadzenie granicy pomiędzy *nephritis interstitialis et nephrit. parenchymatosa*. Rzeczy te owszem można odróżnić.

MÓWECA wprowadza podział z jednej strony na grupę chorób BRIGHT'a pochodzenia infekcyjno-toksycznego, z drugiej zaś strony stawia *nephritis* jako skutek *sclerosis*. Jako wskazania do odłuszczenia torebki nerkowej MÓWECA uważałby *nephritis parenchymatosa* i wtórne *nephritis interstitialis* (a w tem *nephritis mixta*). MÓWECA nie widzi możności jednostajnego objaśnienia, na czem polega skuteczność dekapsulacyi. Zmniejszenie ciśnienia bezwarunkowo ma miejsce w *nephritis parenchymat.*, gdzie nerka wprost wypina się po przez naciętą torebkę. Tłomaczenie to nie daje się już zastosować do *nephritis interstitialis*, tak więc poprawa w przypadkach tej ostatniej może zależeć od wytworzenia się nowych naczyń albo od zmniejszenia ciśnienia i wytworzenia się nowych naczyń.

GĄBSZEWICZ zaznaczył, że EDEBOHLS, zauważwszy ustępowanie objawów zapalnych w nerce ruchomej po przyszyciu nerki, pierwszy starał się wytłomaczyć to zjawisko nie ustaleniem nerki, ale odłuszczeniem torebki włóknistej, jakie czynił w celu przyszycia nerki, podług swej metody operacyjnej. Raz powziąwszy tę myśl, EDEBOHLS zalecał odłuszczenie torebki dla leczenia choroby BRIGHT'a. Trwałego jednak wyleczenia po tym rękoczynie ED. właściwie nie otrzymał, a tylko poprawę,

W odpowiedzi BRONOWSKIEMU i ŚWIĄTECKIEMU G. zaznacza, że opisanych przez nich przypadków nie uważa za *morbus BRIGHT'i* właściwe, lecz za jednostronne zapalenie nerki; wielu chirurgów po nefrotomii w podobnych przypadkach osiągało ustąpienie objawów zapalnych, ale, przystępując do operacyi, rozpoznawali najczęściej albo obecność kamienia, albo gruźlicę i t. d.; dopiero podczas operacyi przekonywali się, że mają do czynienia tylko z zapaleniem nerki.

GĄBSZEWICZ przed kilkoma laty u kobiety, cierpiącej od dłuższego czasu na bóle w prawej nerce, przypuszczał obecność kamienia i wykonał nefrotomię; znalazł jednak tylko nerkę trochę powiększoną i przekrwioną i w pobliżu miedniczki zawierającą małą torbiel moczową. Objawy po tej operacyi ustąpiły, i chora przez rok cały czuła się dobrze. Po roku jednak bóle na nowo powróciły. Wobec stwierdzenia prawdziwego stanu lewej nerki za pomocą metody kryoskopowej i metylenowej, G. usunął chorej

prawą nerką, w której i makroskopowo i pod drobnowidzem znaleziono tylko zmiany zapalne.

W odpowiedzi KRAJEWSKIEMU GABSZEWICZ zaznacza, że w swoim przypadku nie ograniczył się na odluszczeniu torebki, ale i wyciął odluszczonej torebkę przy samej nerce. Uczył to dlatego, że więcej przemawiała mu do przekonania idea HARRISSON'a, który na zapalenie patrzył, jak na jaskrę, jeżeli się więc ma osiągnąć poprawę w stanie zapalnym, należy usunąć wszystko to, co wpływa na powiększenie ciśnienia wewnątrznego.

Naturalnie, gdyby nerka była ruchoma, to G. ograniczyłby się tylko na odluszczeniu torebki, z odluszczonej torebki skorzystałby dla zanicowania nerki.

T. Korzon.

Posiedzenie Sekeyi Ginekologicznej
z d. 28 września 1905 r.

1) SZYMAŃSKI Br. przedstawił duży płód i nadmiernej wielkości łożysko. Płód z wodogłowiem, obrzękami skóry na całym ciele i puchliną wodną brzucha urodzony został samodzielnie w położeniu drugim czołowym i ważył 3400 grm. łożysko o wymiarach 21 i 24 ctm. przedstawiało masę miękką, grubą do 3—4 palców, wydzielającą przy wyciskaniu wodnisty, różowy płyn, ważyło 3250 grm. Oddzieliło się ono samodzielnie, przy bardzo nieznacznym ucisku na dno macicy i prawie bez krwawienia. Macica bardzo szybko dobrze się skurczyła.

W moczu matki znaleziono obfitą ilość białka, które w końcu pierwszego tygodnia zupełnie znikło. Mówca podnosi fakt samodzielnego urodzenia się dużego płodu z wodogłowiem w czołowym położeniu oraz wielkość łożyska i szybkie skurczenie się macicy bez najmniejszego krwawienia.

Za przyczynę, wobec białkomoczu, wobec obrzęku ciała matki i płodu, S. skłonny jest uważać tak zwaną nerkę ciężarnych. Wywiady bowiem u obojga rodziców nie dają wskazania na syfilis, który może powodować podobne sprawy.

2) Tenże przedstawił worek błony śluzowej, wydzielony przy krwawieniu i przy bólach, wyobrażający zupełny odlew jamy macicy z wyłotami jajowodów i wewnętrznym ujściem macicy. Badanie drobnowidzowe, będące obecnie w toku, wyświetli naturę sprawy, czy mamy do czynienia z *decidua menstrualis*, czy *decidua gravidit. intra- aut extrauterinae*.

Co się tyczy pierwszego okazu, to NEUGEBAUER zaznacza, że przypadek ten pod względem klinicznym jest ciekawy ztąd, że nie było krwotoku przy oddzielaniu się łożyska, choć warunki nadawały się do tego. Co do przyczyny, to grać tu może rolę i syfilis, aczkolwiek wywiady nie wykazują tego cierpienia u rodziców. Można by sprawdzić to przez zważenie wątroby i określenie stosunku jej wagi do wagi całego ciała płodu (normalnie 1 : 9, a przy *lues* 1 : 7) lub też przez stan kości na przekroju.

J. JAWORSKI oświadcza, że na sprawę większego lub mniejszego rozwoju płodu, obok czynników chorobowych, które w danym przypadku niewątpliwie działały, mają wpływ przyczyny innej natury. Badania wykazały, że dłużej trwająca ciąża, dobre warunki materyalne i dobre odżywianie matek oraz znajdowanie się tychże w dobrych warunkach higienicznych przed porodem niewątpliwie wpływają dodatnio na rozwój płodu.

Obserwacje PINARD'a, czynione w klinice BEAUDELOQU'a i w przytułku dla ciężarnych MICHELET'a, wykazały, że, im wcześniej przybywały ciężarne przed porodem, tem większe rodziły dzieci.

Włoski lekarz-kobieta Marya MARTINOTTI w swej rozprawie doktorskiej również podaje badania, dotyczące rozwoju płodu i łożyska. Zestawień autorki wynika między innymi, że matki o mniejszej wadze rodzą mniejszej wagi dzieci, że waga noworodka zwiększa się ze zwiększeniem liczby następujących ciąży, będąc jednocześnie warunkowaną długością czasu, w którym nastąpiło przerwanie pracy przed porodem. łożysko najczęściej bywało w prostym stosunku do wagi noworodka.

W końcu JAWORSKI nadmienia, że odnośną literaturę wraz z wyliczeniami różnych autorów ogłosił drukiem przed paru laty z powodu poruszenia praktycznej kwestyi uzupełnienia tutej-

szego prawodawstwa fabrycznego. W innych krajach, np. w Szwajcaryi, na podstawie badań tych wprowadzono prawo, według którego robotnice zwalniane bywają od pracy fabrycznej podczas ciąży i z powodu porodu (na okres od 4 do 6 tygodni) na zasadzie o ubezpieczeniu robotników na czas choroby.

3) STANISZEWSKI przedstawił włókniaka przedniej wargi szyi macicznej; włókniak ma długości 14 ctm., a w obwodzie 25 ctm.; część zewnętrzna była owrzodziła. Pochodził włókniak ten od kobiety, która trzy razy rodziła prawidłowo, operacja usunięcia guza dała się wykonać łatwo.

NEUGEBAUER zaznacza, że włókniak rozwinął się prawdopodobnie już po ostatnim porodzie, gdyż takiej wielkości guz, będący w pochwie, niewątpliwie sprawiłby wielkie trudności przy porodzie, a owa chora rodziła prawidłowo.

KARCZEWSKI przed kilku tygodniami operował podobny guz, lecz znacznie większy; wypełniał on całą pochwę, jak głowa dziecka przy porodzie; do części pochwowej ani sposób było dojść; zmniejszywszy guz za pomocą częściowego rozkawalenia, łatwo doszedł do szypuły, dość grubej, którą, po podwiązaniu na dwie strony, obciął. Powyżej guza w szyi zebrano się sporo ropy.

4) Wobec projektu poświęcenia jednego posiedzenia sekeyi specjalnie sprawie raka ma-

cicy, JAWORSKI oświadcza, że pożądanym jest przedstawienie statystyki operowania raka u nas. W celu ułatwienia porównań zestawień liczbowych J. proponuje w układaniu statystyki schemat WINTER'a, dziś ogólnie przyjęty. Według schematu tego określane bywają: a) Wyniki pierwotne operacji, t. j. obliczana bywa odsetka śmiertelności podczas operacji lub bezpośrednio po operacji. b) Liczba chorych, poddanych odnośnej operacji, nie uległych nawrotowi raka najmniej w ciągu 5 lat. Wszystkie chore bez nawrotu w ciągu 5 lat uważane są za wyleczone. c) Wylizane bywa, jaka liczba z pośród wszystkich chorych, u których rak był rozpoznany, poddała się operacji, czyli określana jest % nadających się do operacji („Operabilitätsprocente”). d) Określają absolutną odsetkę wyzdrowienia, t. j. wylizają % chorych operowanych, które najmniej przez 5 lat nie ulegają nawrotowi, nie tylko w stosunku do liczby operowanych, lecz w stosunku do wszystkich chorych na raka kobiet, które zwracały się o pomoc.

5) NEUGEBAUER Fr. w krótkich słowach omówił wyniki najnowszych badań w dziedzinie obojności, mianowicie prac UNGER'a, MEIXNER'a, FIBIGER'a i PICKA, demonstrując odpowiednie fotografie i rysunki.

M. Rytko.

ODCINEK.

D-r B. JAKIMIAK.

SZPITALNE WARSZAWSKIE W ŚWIETLE SPRAWOZDAŃ:
Rady Głównej Opiekuńczej instytutów dobroczynnych, Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroc. w Król. Pol. i Warszawskiej Rady miejskiej Dobroc. Publicznej.

(SZKIC HISTORYCZNY).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 41).

Wspomniałem wyżej, że Rada Główna Opiekuńcza, starając się zapewnić chorem szpitalnym jaknajlepszą pomoc lekarską, żądała

od lekarzy pewnych kwalifikacji; w r. 1862 na wniosek Rady Głównej postanowiono „aby na przyszłość obowiązki lekarzy szpitalnych powierzane były osobom, które w odpowiednim konkursie okażą się do tego najzdolniejszymi, a to ze względu, że wybór lekarzy z konkursu jest najwłaściwszym”. Od roku 1865 znajdujemy w sprawozdaniach Rady Głównej Opiekuńczej, obok postanowień Rady Administracyjnej Królestwa, rozporządzenia Komitetu Urządzającego w Królestwie. Otóż wspomniane wyżej przepisy o konkursach zostały dnia 15 maja 1866 za N. 22206 przez Radę Administr. zmienione w ten sposób, że nie wszystkie posady lekar-

skie w szpitalach miały być obsadzone drogą konkursu, lecz tylko połowa, druga połowa, jak również lekarze naczelni i ich pomocnicy, mieli być obsadzani bez konkursu. Prawo to zostało wydane 15 maja 1866 r., a już 12 stycznia 1866 r., czyli na 4 miesiące wcześniej, postanowiono przez Radę Administracyjną 5 nowych posad ordynatorów u Dz. Jezus obsadzić bez konkursu, pomimo że prawo o konkursach nie było zmienione!!

W majątkach, do zakładów dobroczynnych należących, starano się zaprowadzić ład i porządek i starano się usuwać wszystko, co dążeniu temu przeszkadzało. Widzimy np. że w r. 1860 zatwierdzone zostały „operaty” i „oddzielenia” gruntów folwarcznych od włościańskich, zniesienia pańszczyzny, ustanowienia czynszów w pieniądzu i urzędzenia włościan w system kolonialny w dobrach instytutowych: Wileza góra w gub. Płockiej, należących do szpit. św. Trójcy w Płocku; Świdnik wielki w gub. Lubelskiej, należącego do św. Wincentego w Lublinie i osady pod Radomiem do domu schronienia należące¹³⁾.

Rada Główna Opiekuńcza, widząc pożyteczną pracę Rad szczegółowych i chcąc pracę tę ułatwić, dążyła stale do decentralizacji. W tej myśli postanowiła w 1862 roku, aby zawieranie umów o dostawę lekarstw (jak to już zrobiono przed tem z innymi dostawami) pozostawić atrybucji Rad Opiekuńczych szczegółowych. Cieszyły się więc Rady szczegółowe zupełną swobodą w sprawie zarządu swojemi instytutami, same rozporządzały funduszami, same robiły zakupy.

W 1868 r. zawiadomiono wszystkie Rady Opiekuńcze, że hr. Namiestnik w Królestwie „raczył pozwolić w tych przypadkach, kiedy miejscowi oficerowie żandarmeryi z powodu swoich zajęć nie mogą być obecni na posiedzeniach Rad, w sprawach nie cierpiących zwłoki posiedzenia odbywać i w nieobecności oficera żandarmeryi”.

W tym okresie istnienia i działania Rady Głównej Opiekuńczej, t. j. od 1842 r. do 1870, oprócz tych wszystkich zmian, które przeprowadzono w szpitalach warszawskich, wybudowano i otworzono na prowincyi Królestwa 32 szpitale.

Jak korzystnie wpłynął zarząd Rady Głównej opiekuńczej na szpitalnictwo, widać z poniżej przytoczonych cyfr. Korzystało ze szpitali chorych w Królestwie w r. 1842—28299, w r. 1869—51611; starców i kalek w 1842 r. 2250; w 1869—3428, dzieci w 1842 r. — 4840, w 1869 r.—13480.

Dziennie przecięciowo korzystało z opieki:

	w r. 1842	w r. 1869
Ludności było w Król.	4612010 os.	5780369 os.
Dochody szpit. Król. wyn.	335377 rb.	936228 rb.
Rozchody	298244 „	858169 „
Kapitały	497292 „	3246329 „

Działalność członków Rady Głównej Opiek. charakteryzuje fakt następujący.

Po zniesieniu Rady Głównej Opiekuńczej członkowie tej rady zamiast prezentu dla swego przewodniczącego generała Rożnowa, który po r. t. Łaszczuńskim od r. 1864 był prezesem Rady Głównej, złożyli w Banku polskim 600 rb. w listach likwidacyjnych i 20 rb. 80 kop. w gotowiznie na urządzenie stałego szpitala dziecięcego. Do chwili otwarcia takiego szpitala procenty miały być obracane na korzyść prywatnego szpitala, w 1869 r. przez d-ra SIKORSKIEGO założonego, o czem zawiadomili Radę miejską Dobr. Publ. 14 lipca 1871 r.

Tutaj nadmienić wypada, że bankier Mathias Rosen, b. członek b. Rady Państwa Królestwa, 30 października 1862 r. na posiedzeniu tej Rady, kiedy była omawiana sprawa założenia w Warszawie oddzielnego szpitala dla dzieci, zakomunikował, że na utrzymanie takiego szpitala złożono na jego ręce 20000 rb. Decyzja na razie była wstrzymana do omówienia tej sprawy w prasie. Rada Główna Opiekuńcza w obawie „żeby suma ta z powodu śmierci Mathiasa Rosena nie minęła się z przeznaczeniem”, w 1869 r. zawiązała ze spadkobiercą M. Rosena Leopoldem Kronenbergiem korespondencyę o wyjaśnienie „jakię przeznaczenie dano sumie 20000 rb.”. Odpowiedzi w sprawozdaniu z roku 1869 niema.

VII.

Komitet Urządzący do spraw Królestwa Polskiego na posiedzeniach 15/27 kwietnia, 6/18 i 9/21 maja 1869 r. ułożył projekt zmian, dotyczących Zarządu Zakładami Dobroczynnymi

¹³⁾ Zdanie sprawy rok 1860.

w Królestwie Polskiem. Względy, którymi się kierował przy tem Komitet Urządzający, były czysto politycznej natury, jak to widzimy z przytoczonego poniżej wyjątku z protokołu posiedzeń Komitetu do spraw Królestwa Polskiego. Na str. 198 czytamy: „Po wysłuchaniu sięgo atrywa Komitet po dielam Carstwa Polskawo prinjał wo wnimanie, czto predpołożennoje izmienie w obrazowanji warszawskawo gorodskowo sowieta obszczestwiennawo przyrenja naprawleno imiennie ktomu czto by liszyt' gorod Warszawu stol wrednawo w polityczeskom otnoszenji znaczenja stolicy wsiewo kraja i postawit' etot gorod na skolko to wozmožno w położenje gubernskawo goroda“. (Zasiedanje CCCLV str. 8083)

Ukazem z dnia 19 czerwca (st. st.) 1870 roku zmiany te zostały wprowadzone. Rada Główna i szczegółowe zostały zniesione, a zamiast tego utworzono Rady Dobroczynności Publicznej, jedna od drugiej niezależnie działające. Warszawska Rada miejska w obrębie m. Warszawy, inne w obrębie odnośnych gubernii i powiatów. Prezesem Warszawskiej Rady miejskiej został gubernator. Ze względu na znaczną liczbę zakładów Dobroczynnych w Warszawie utworzono specjalną posadę Naczelnika Zakładów Dobroczynnych. Zarząd Zakładami Dobroc. w Warsz. określono w ten sposób (§ 32) „Ogólny Zarząd Zakładami Dobroczynnymi, znajdującymi się w Warszawie, koncentruje się w Radzie miejskiej Dobr. Publicznej; bliższy zaś zarząd w sprawach administracyjno-gospodarczych wkłada się na naczelnika zakładów dobroczynnych; w sprawach lekarsko-farmaceutycznych na inspektora lekarskiego szpitali cyw. w Warszawie“.

Godność inspektora lekarskiego również została specjalnie utworzona. Za czasów Rady Głównej opiekuńczej był jeden inspektor lekarski na całe Królestwo, posada ta w r. 1867 została zwinęta, a sprawy lekarskie przeszły do ministerium spraw wewnętrznych; czasowo zaś został mianowany inspektor lekarski przy Namiestniku. Funkcyje Naczelnika zakładów określono w sposób następujący (§ 33). „Naczelnik Zakładów Dobroc. m. Warszawy, kierując sprawami Rady miejskiej, zarządza wszystkimi sprawami zakładów w zakresie władzy, jaką nadano Radom powiatowym Dobroc. Publicz. z wyjąt-

kiem: urządzania licytacji, zatwierdzania kosztorysów, układania warunków kontraktów, zawierania kontraktów, umarzania nie ściągniętej płacy za leczenie i wykreślania ze spisów rzeczy zniszczonych; wszystkie te sprawy przedstawia na posiedzenia Rady miejskiej Dobroc. Publicz.“.

„Inspektor lekarski szpitali cyw. warszawskich (§ 34), mając główny nadzór nad zakładami w sprawach lekarsko-farmaceutycznych, robi rewizję w tych zakładach i o ich stanie składa raport Radzie miejskiej Dobr. Publicznej razem ze swymi uwagami“. Tylko takie obowiązki i prawa ma mieć inspektor lekarski. Zarząd w poszczególnych szpitalach powierzono w sprawach administracyi intendentowi, w sprawach lekarskich lekarzowi szpitalnemu (§ 48).

W projekcie Komitetu Urządzającego (§ 48) zamierzono cały zarząd szpitala oddać dyrektorowi lekarzowi, minister jednak ze względu, że „przez włożenie na lekarza niezależnie od leczenia (do czego według ustawy obowiązany) zarządu sprawami gospodarczo-administracyjnymi lekarz musiałby większą część czasu poświęcić administracyi na niekorzyść spraw lekarskich“, zaproponował urządzić tak, jak w Cesarstwie, t. j. żeby był intendent i lekarz niezależnie jeden od drugiego.

W sprawach zachowania porządku kierować się mają szpitale Najwyżej zatwierdzoną 2 marca 1842 r. ustawą szpitalną i innymi wydanymi w tej kwestyi rozporządzeniami, o ile te są zgodne z przepisami obowiązującymi (§ 19) i nie będą zmienione następnymi rozporządzeniami. Lekarze są mianowani przez ministra Spr. Wew., inne osoby przez prezesów Rad.

Do Rady miejskiej Dobroc. Publ. należą członkowie z urzędu i z wyboru. Z urzędu: dawniej Gubernator Warszawski, a obecnie prezydent miasta, jako Prezes Rady, Ober-Policmajster, naczelnik zakładów Dobroc., inspektor lekarski, zarządzający warsz. kasą gubernialną, zarządzający izbą obrachunkową, inspektor szkół m. Warszawy; prezes Tow. Dobr. i kuratorzy szpitali w sprawach, dotyczących swoich instytucyi. Z wyboru obywatele z pośród społeczeństwa w liczbie od 4—6 osób. Większość więc będzie zawsze z urzędu. Zarząd miejscowy szpitali stanowi kurator szpitala, lekarz naczelny i intendent. O roli, jaką wyznacza organiza-

cya szpitalów z r. 1870 dla lekarza naczelnego i intendenta, już mówiłem. Co się zaś tyczy kuratora, to ten ma przestrzegać, żeby intendent i inni urzędnicy spełniali ściśle obowiązki; w razie niespełniania i uchylania się od obowiązków, kurator komunikuje o tem Radzie. Lekarze nie mają żadnego głosu w Radzie miejskiej, mogą być jednak na równi z innymi osobami wzywani na posiedzenia z głosem doradczym.

Działalność Rad miejskich Dobroc. Publ. tak w Warszawie, jak i na prowincyi, nie tylko nie posunęła przez cały czas szpitalnictwa naprzód, lecz w wielu razach, w stosunku do tego, co było zrobione, cofnęła rozwój szpitalnictwa wstecz. Wprawdzie dokonała parę projektów, powziętych przez Radę Główną Opiek., lecz wiele też i popsowała. Z chwilą odsunięcia społeczeństwa od tej sprawy i oddania jej w ręce biurokracyi nie mogło być inaczej.

W pierwszym zaraz roku (1871) zarządu szpitalami zdecydowano zamknąć żłobek u podrzutków Dz. Jezus i wytworzyć biuro do przyjmowania dzieci. Następnie w r. 1878 ograniczono przyjmowanie dzieci z prowincyi, a przyjmowano tylko z Warszawy. W roku 1892 zdecydowano przyjmować do podrzutków nie inaczej, jak za opłatą 15 rb. Co do dzieci z prowincyi, to wobec podatku (250000 rb.), który bywa ściągany z całego Królestwa, zdecydowano nie wymagać opłaty za dzieci, przysłane przez miasta i gminy, o ile te ostatnie same nie wypowiedzą chęci płacenia. Opłatę od chorych stopniowo zaczęto podnosić i z 20 kop. podniesiono z początku do 25, później do 30 i wreszcie od zamiejscowych do 50 kop. w oddziałach wewnętrznych, i 1 rb. w chirurgicznych.

W celu zapewne gromadzenia funduszków nastąpił w gospodarce Rady miejskiej okres sprzedawania osobom prywatnym i instytucjom placów i nieruchomości, nabytych swego czasu przez Radę Główną Opiekuńczą. Wywołało to nawet gorący protest w prasie i doprowadziło do wytoczenia procesu, który następnie cofnięto. Najpierw zdecydowano w roku 1876 i 1877 sprzedać nieruchomość pod N. 112 do szpitala św. Ducha należąca i pod N. 1327 do Dz. Jezus; pierwszą za sumę 68010 rb., drugą za sumę 62,600. Stopniowo posprzedawano rozmaite posiadłości po wsiach (1880 r. sprzedano karczmy we wsiach: Piaseczno, Posiadły, Skupe i Dziel-

nik za 1185), jak również place, znajdujące się w posiadaniu emfiteutycznym, za 20-sto krotną dzierżawę roczną. W r. 1893 zwrócono uwagę, że szacunek tych placów jest za niski, i zaproponowano sprzedawać za 100 krotną wartość dzierżawną, jak to robił magistrat ze swymi placami. W r. 1896 wstrzymano sprzedaż placów emfiteutycznych do chwili wydania nowych przepisów. W roku 1901 zdecydowano z placu, należącego do św. Ducha na rogu Leszna, Żelaznej i Nowolipia, sprzedać część wielkości 754,493 sąż. kw. po 10 rb. za łokieć z rozpłatą na 5 lat i 4½%. Zawierano i inne tranzakcje o tym czasie. Z folwarku Kamionek, zakupionego w swoim czasie przez Radę Główną Opiekuńczą pod szpital dla obłąkanych, postanowiono odstąpić miastu 5 dzies. 446 sąż. kw. na cmentarz prawosławny po 1 rb. 10 kop. za sażeń; 1885 sażeni kwadr. oddać darmo Komitetowi Czerwonego Krzyża, pozostałą część, t. j. 13 dzies. i 2064 sąż. kw. zamienić na plac miejski, przylegający do szpitala Praskiego.

Zajęto się w roku 1888 uwolnieniem od serwitutów, ocenionych na 88554 rb., ofiarowano mieszkańcom Cegłowa, Mieni i Piaseczna do szpit. św. Ducha należącym pół ornych, lasów, łąk i błot razem 394 morgi 29 prętów za sumę 85806 rb. Wywłaszczono z folwarku Rakowiec dla władz wojskowych w r. 1894 22 morgi 289 prętów i 1896 r. 5 dzies. 753 sąż. kw. Skutkiem czego placę dzierżawną z Rakowca z 10000 rb. niżono na 9,482 rb. 97 kop.

W roku 1898 postanowiono prosić o pozwolenie sprzedaży części placu św. Łazarza obszaru 3122,88 kw. sażeni.

Z powodu braku środków na utrzymanie zakładów Dobr. w Warszawie wyjednano w r. 1890 nałożenie podatku na mieszkańców Królestwa w wysokości 250000 rb. z tem uwzględnieniem, że mieszkaniec Warszawy ma płacić dwa razy więcej, niż mieszkaniec prowincyi. W r. 1894 wprowadzono podatek szpitalny 1 rb. od osoby.

W celu powiększenia liczby łóżek szpitalnych utworzono w 1877 r., z początku czasowo, a później na stałe, szpital na 60 łóżek, z fundacyi Staszica w domu przytułku i pracy, t. zw. szpital Wolski. Dla oddzielenia chorych zakaźnych wynajęto w r. 1882 ogród Ohma i urządzono tam t. zw. szpital zapasowy; posiadłość tę

zdecydowano w r. 1893 nabyć na własność za sumę 90000 rb., na co zacięgnięto pożyczkę z kapitałów Rady miejskiej, którą miano spłacić w ciągu 25 i pół lat.

W roku 1883 przystąpiono do urzeczywistnienia zaczętego przez Radę Główną Opiekunów dzieła budowy szpitala dla obłąkanych; w tym celu nabyto place w Tworkach na rachunek specjalnego funduszu, złożonego na budowę centralnego gmachu dla obłąkanych i przechowywanego w Banku Polskim. Zdecydowano wznieść gmach dla 420 chorych.

W r. 1896 przystąpiono do spełnienia drugiego projektu, rozpoczętego również przez Radę Główną Opiekunów, do przeniesienia szpitala Dz. Jezus. Place po szpitalu Dz. Jezus sprzedano miastu za sumę 1475000 rb.

Utworzono w już istniejących szpitalach parę specjalnych oddziałów: ginekologiczny u św. Ducha, nerwowy w Żydowskim (1878), chirurgiczny w Praskim (1875 r.) i dla pokąsanych przez wściekłe zwierzęta w Wolskim (1887).

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BOHNSTEDT na zasadzie 14 przypadków stosowania narkozy hedonalowo-chloroformowej doszedł do wniosków następujących: 1) Hedonal podnosi działalność serca; 2) przejście od snu hedonalowego do chloroformowego następuje bez podniecenia i przy małej ilości chloroformu; 3) podczas narkozy chloroformowej tętno pozostaje pełnem i równem; 4) chorzy czują się po śnie zupełnie do brze; 5) wymioty następują bardzo rzadko; 6) można usypiać nawet chorych z wyraźną wadą serca. Zazwyczaj daje się 3,0 hedonalu na 1½ godziny przed narkozą; ilość zużytego chloroformu w ciągu godziny wynosi około 23,0.

(Wracz 38 — 1904).

= GALEWSKI spostrzegł u osób, używających formaliny przeciw poceniu się nóg i rąk, oprócz lekkich zapaleń skóry, także poważniejsze zmiany w paznogiach u ludzi, używających tego środka czas dłuższy do celów zawodowych (lekarze, posługacz w instytucie patologicznym, aptekarz). Choroba rozpoczynała się brunatnem zabarwieniem się paznogi, które potem miękły i dzieliły się na włókna. Paznogie grubiały, zwłaszcza dookoła podłoża, i pozostawały miękkimi. Do tego przyłączało się pryszczycowe zapalenie skóry palców rąk. Gojenie się trwało 1½ roku.

(Münch. med. Woch. 4 — 1905 r.)

P.

— ZMARLI. W Gundzulinie w Mandżuryi zmarł ś. p. d-r Franciszek HÜBNER, zaraziwszy się tyfusem brzuszny. Ś. p. HÜBNER urodził się w Turku 1873 r. Uniwersytet ukończył na wydziale lekarskim w Warszawie w r. 1898. Będąc lekarzem miejscowym w szpitalu na Pradze, zarazem poświęcał się chirurgii. Powołany do armii czynnej, jako lekarz zapasu w lutym roku zeszłego, pracował ciężko na tem nowym stanowisku, na którym też padł ofiarą swego powołania. Cześć pamięci młodego i zacnego kolegi.

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„LAMBIOTTE FRÈRES”

Paris—Bruxelles

Chloroformium purissim.
pro anaesthesiam.

Creosotum fagi purris

Creosotum carbonicum.

Guajacolum carbonicum.

Guajacolum absol. purris
et crystall.

antituberculosa

Guajacolum phosphoric.

Phosote przeciw gruźlicy
płuc

Taphosote (*Creosotum*
tannophosphoricum).

Creosoform (środek zastępujący jodoform bezwonny i nietrujący).

Guajaform.

Tannocreosoform.

Arhine — przeciwko ozacenie.

Produkty firmy „Lambiotte Frères” dostać można we wszystkich aptekach, i składach aptecznych

Generalna reprezentacja i skład:

Dr. B. Löwenstein Laboratorium techn.-chemiczne **Warszawa, Bracka 4. (telef. 2533)**

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.

Paris 1900 — Grand Prix.

Salit

Płynny związek kwasu salicylowego. Tani i pewno działający środek do wcierania we wszelkich cierpieniach reumatycznych (zmieszany w równych częściach z oliwą). Nie ma przykrego zapachu. Ze wszystkich zewnętrznie stosowanych środków salicylowych najmniej drażni skórę gdyż nie zawiera formaldehydu. Nie zawiera ubocznego działania na żołądek, serce i nerki. Działa szczególnie dobrze przy wszelkich bólach reumatycznych, powstałych po przeziębieniu, w atakach podostrego i chronicznego reumatyzmu stawowego, w reumatyzmach mięśni i powięzi.

Xeroform

Najlepszy środek zastępujący jodoform. W użyciu bezwonny, nie drażni, nie wywołuje egzemy nietrującej nawet przyjmowany wewnętrznie w wielkich dawkach jako antyseptyk kiszek. Wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę, krew tamujący. Najszybciej działający środek na przyspieszanie wytwarzania naskórka. Pozbawia woni nawet wydzieliny posokowate. Bardzo się nadaje do opatrunku stałego i suchego. Specyfik w mokrych egzematkach, intertrigo, ulcus cruris, oparzeniach. Pewny środek znieczulający. Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno lub przedstawiciel na Królestwo Polska Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Dr. Oskar Goldberg. Warszawa, Wielka Nr. 47.

udziela chorym z zalecenia Szanownych Kolegów

GORĄCYCH KĄPIELI POWIETRZNYCH

miejscowych i ogólnych (podług metody **Prof. Bier'a**)

WSKAZANIA: gościec, dna, nerwoból (Ischias), lumbago, wysięki i zrosty (w miednicy, opłucnej, stawach), obrzęki, kolki, zapalenie nerek, otyłość, furunculosis, ulcera cruris.

Na miejscu lub w mieszkaniu chorego.

Informacje osobiście (od g. 9—10 i od 4—6) i listownie. TELEFONU Nr. 4670.

Kaszel i Chrypka znikają

przy użyciu

PRAWDZIWYCH SODENSKICH MINERALNYCH PASTYLEK FAY'A.

Do nabycia po 70 kop. za pudełko we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Skład główny: Ludwik Spiess i Syn, Tow. Akc. Warszawa.

Zarząd na Cesarstwo: F. Szarff, Warszawa, Królewska Nr. 18.