

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana w Szpitalu Staro-  
zakonnym na Czystem.

## I. O CAŁKOWITEJ UTRACIE CZUCIA.

NAPISAŁ

D-r med. Ludwik E. Bregman.

---

Zaburzenia czucia należą wprawdzie do najczęstszych objawów histeryi, jednakże całkowite zniesienie czucia na całej powierzchni ciała, spotyka się w tej chorobie bardzo rzadko. Według Briquet'a, w 1% wypadków, według Binswanger'a, jeśli wykluczyć krótkotrwałe anestezye ogólne po napadach histerycznych, jeszcze znacznie rzadziej. Autor ten, przy ogromnym materiale klinicznym, widział jeden tylko przypadek tego rodzaju. Rzadkość powszechnej anestezyi zaznacza też Gilles de la Tourette.

W literaturze sprawa ta nabrała większego znaczenia od czasu publikacyi Strümpfla, który zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie tego rodzaju spostrzeżeń pod względem fizyologicznym i psychologicznym. Spostrzeżenie Strümpfla dotyczy 15-letniego chłopca, histeryka, u którego oprócz niektórych zaburzeń ruchowych (porażenie prawej kończyny dolnej, porażenie wyprostnych palców 2—5) rozwinęła się stopniowo powszechna anestezja całego ciała; smak i powonienie były zniesione, na lewem oku amauroza, na prawem uchu głuchota. Tym spo-

sobem, u chorego tylko jeszcze prawe oko i lewe ucho mogły służyć do przyjmowania wrażeń zmysłowych od świata zewnętrznego. Przypadek ten był dla Strümpf'a punktem wyjścia do badań w dwojakim kierunku: 1) dla stwierdzenia *wpływu, jaki mają wrażenia czuciowe na dokładność naszych ruchów*, 2) znaczenia, jakie posiadają *dopływy czuciowe do mózgu na stan ogólnej świadomości*. Co się tyczy 1-go punktu, to S. wykazał, że przy współdziałaniu zmysłów, które mu pozostały, chory, pomimo utraty czucia, wykonywał wszystkie ruchy, i nawet najbardziej skomplikowane, z zupełną precyzją. Gdy zaś zamykano mu oko i ucho, chory mógł jeszcze wykonać grube ruchy kończynami lub kadłubem, ale nie był w stanie wykonać ruchów drobniejszych, dokładniejszych, wymagających bądź ograniczenia ruchu do pojedynczych części kończyn (palców), bądź dokładnego wymierzenia go pod względem kierunku i napięcia.

Większą jeszcze uwagę zwróciły na siebie spostrzeżenia Strümpf'a, dotyczące 2-go punktu, t. j. wpływu wrażeń czuciowych na stan świadomości. Chory sam, gdy mu raz chciało oczy zawiązać, wyraził się: „jak nie mogę widzieć, to nie istnieje wcale“. Istotnie, gdy mu zawiązywano lewe oko i zatykano watą prawe ucho, chory z początku wyrażał pewne zdziwienie, usiłował uderzeniem ręki wywołać wrażenia słuchowe; po paru minutach ruchy te ustawały, tętno się uspokajało, oddech stawał się głębszy, równomierny — chory był pogrążony w głębokim śnie. Teraz można było już zdjąć zasłonę z oczu; chory, pozostawiony sobie, spał przez kilka godzin. Obudzić go można było tylko przez oddziaływanie na lewe oko lub prawe ucho, np. wołając go imieniem do lewego ucha lub trzymając świecę przed prawym okiem.

Doświadczenie to Strümpf'ell objaśnia tem, że *dla podtrzymania naszego stanu świadomości na jawie konieczny jest ciągły przyrływ z zewnątrz wrażeń czuciowych*. W następstwie zawieszenia ostatnich wrażeń zmysłowych, które choremu pozostały, utrzymanie tego stanu jest niemożliwe i dla tego chory w sen zapada. Autor powołuje się na Pflüger'a, który przedtem już dedukcyjnie doszedł do tegoż samego wniosku, i na doświadczenia Heubl'a, który na zwierzętach (żabach i kaczkach) dowiódł, że przez zatamowanie wszystkich ruchów i powstrzymanie wszelkich bodźców, zwłaszcza wrażeń słucho-



wych i wzrokowych, udaje się uśpić zwierzę, choćby nawet przedtem było bardzo niespokojne.

Strümpell porównywa sen sprowadzony sztucznie u swego chorego ze snem normalnym. W tym ostatnim wykluczenie wszelkich bodźców zewnętrznych gra również niewątpliwą rolę. Chcąc zasnąć, staramy się, aby było cicho i ciemno w pokoju, układamy się, unikając wszelkich ruchów i t. d. Budzimy się natomiast skutkiem oddziaływania bodźca zewnętrznego—szmeru, światła i in. W tym samym sensie przemawia i to, że środki nasenne są w znacznej części środkami znieczulającymi.

Podając te objaśnienia, autor robi jednak sam już pewne zastrzeżenia. Wykluczenie wszelkich bodźców zewnętrznych, nie wystarcza dla zupełnego wytłumaczenia normalnego snu, gdyż *zasnąć można i pomimo bodźców takich; okresowość snu również nie została wytłumaczoną.*

Dalej, stan świadomości, treść jej (Bewusstseinsinhalt) zależną jest wprawdzie w znacznej mierze od dopływów czuciowych i zmysłowych ze świata zewnętrznego, ale stopień tej zależności stoi w stosunku do *inteligencji i wykształcenia człowieka*. U człowieka niewykształconego, jakim był chory Strümppla, wrażenia czuciowe wypełnić mogą w danej chwili cały stan świadomości; brak ich znosi wszelkie impulsy do czynności myślowej, dla tego doświadczenie z usypianiem udaje się łatwo. U człowieka inteligentnego, u którego proces myślenia jest bardziej samodzielny, uda się ono znacznie ciężiej.

W kilka lat później (1882) podał przypadek ogólnej anestezji całego ciała Winter. Wszystkie rodzaje czucia były naruszone, jednakże anestezja nie była absolutna, czucie bólowe i uciskowe nie było całkowicie zniesione.

V. Heyne spostrzegł ogólną i całkowitą anestezję czuciową, włącznie błon śluzowych i zmysłową u 22-letniego żołnierza po tyfusie. Tylko słuch i wzrok były zachowane. Doświadczenia Strümppla udawały się z tym chorym doskonale—w  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  minuty po zamknięciu ocz i uszu chory spał. Porażen ruchowych nie było, ale chory nie mógł wykonać najmniejszego ruchu bez kontroli ocz. Przy zatykaniu uszu mowa natychmiast ustawała. Chory, prócz anestezji, okazywał jeszcze nagle zmiany usposobienia i miewał napady jakby zamroczenia, w których był niespokojny, mówił do ludzi, ale

na pytania nie odpowiadał, w których, jak mówił, widział i słyszał wszystko, ale nie zdawał sobie z niczego sprawy.

Ważnem jest, że dla uspiania tego chorego *nie było już potrzebne zamknięcie uszu i oczu*. Wynik był ten sam, gdy się choremu przy uszach otwartych przez kilka chwil naciskało oczy. Gdy był uspiiony, nawet głośne wołanie do uszu nie mogło go obudzić.

Krukenberg ogłosił przypadek ogólnej anestezji, której się wyróżnia wybitnemi *zaburzeniami psychicznemi* w postaci depresyjnej. Chory leżał nieruchomo w łóżku, na nic się nie uskarżał, miał oczy utkwione w dal, twarz bez żadnych ruchów mimicznych, wszystkie czynności mózgowe zwolnione. Chory zmarł skutkiem postępującego wycieńczenia przy objawach skorbutu.

Podobne zaburzenia psychiczne spostrzegął u starszej kobiety v. Ziemssen. Anestezja rozprzestrzeniła się stopniowo na całe ciało, smak i powonienie były zniesione na jednej tylko stronie, ale za to wzrok i słuch były również w silnym stopniu dotknięte. Doświadczenie Strümpfla udawało się w zupełności: po lekkim zamknięciu ócz i uszu, ale chora budziła się sama bardzo prędko. I ta chora zmarła, skutkiem wycieńczenia (nieustające wymioty); badanie układu nerwowego dało wynik ujemny.

W tym przypadku również jak w przypadku Heyne'go, który pochodził z jego kliniki, v. Ziemssen zaznacza *okresowy nawet cykliczny* przebieg choroby: okres nasilenia anestezji zmieniał się z okresem zmniejszenia wszystkich zaburzeń.

W roku następnym podobne spostrzeżenie ogłosił Ballet; choroba rozwinęła się po urazie; oprócz objawów histeryi była choroba Basedow'a. Doświadczenie Strümpfla udawało się w zupełności. W przypadku tym na szczególną uwagę zasługuje: 1) że chory wykazywał wogóle znacznie *powiększoną suggestibilitas*; 2) chory wykonywał ściśle *po przebudzeniu go wszelkie nakazy, zadane mu w czasie snu*, wywołanego sposobem Strümpfla.

W przypadku Raymond'a histerya była niewątpliwą (rozwój objawów po ciężkiej gorączce tyfoidalnej); chory miał powszechną anestezję; słuch i wzrok były również bardzo osłabione. Próba Strümpfla *nie zawsze* się udawała: z początku chory dostawał drżenia w kończynach oraz innych objawów konwulsyjnych, po 2 minutach zasypiał. Wołanie go imieniem



wywoływało przemijające drżenie ogólne. Gdy mu się mówiło głośno: „przebudź się!“, budził się również z drżeniem całego ciała. Drugi podobny przypadek opisał Raymond w 2 lata później.

Seifert opisuje 38-letniego histeryka (po urazie), u którego, obok różnych ciężkich objawów — napady zamroczenia przytomności, napady niemoty, krwioplucie, obustronna głuchota, porażenie jednej kończyny górnej, nastrój hypochondryczno-melancholijny i t. d. — rozwinęła się stopniowo całkowita *anestezja, ale jednej tylko połowy ciała* z udziałem wszystkich zmysłów włącznie wzroku i słuchu na tej samej stronie. Pomimo, że anestezja u tego chorego była tylko połowiczną, *wszystkie próby Strümpla udawały się z nim doskonale*. Bez kontroli oka ruchy kończyn po stronie znieczulonej ustawały natychmiast. Mowa się urywa natychmiast, skoro mu się tylko zamyka jedyne słyszające ucho, a wkrótce potem chory opuszcza się na łóżko i wpada w stan podobny do snu, w którym, jak powiada, wszystkie zmysły mu zanikają, wszystko wydaje się jakby umarłe; przed prawe widzące oko kładzie się jakby gęsta zasłona; nie jest on w stanie mówić, ani jakichkolwiek ruchów wykonać. Coś podobnego ma miejsce, gdy mu się zamyka prawe oko: tak samo pada, tak samo traci świadomość i słyszy prawem uchem nieokreślone szmery, zupełnie niezrozumiałe. Seifert dodaje, że chory sam zdaje sobie sprawę z tych faktów i że dlatego zasypia zawsze przy świetle i nie kładzie się nigdy na prawe ucho. Gdy raz zapomniał o tych środkach ostrożności, znaleziono go nieruchomego, jak nieżywe ciało, i bez możliwości wyprowadzenia siebie z tego stanu.

Gdy w wymienionych dotychczas przypadkach doświadczenie Strümpla się udawało (w przypadku Raymond'a nie zawsze), Pronier ogłosił przypadek z *wynikiem ujemnym*: chory, obarczony od dzieciństwa, nerwowy, potem napad drgawkowy, zmiana charakteru, stopniowe osłabienie nóg, napady drżenia przy wzruszeniu, drżenie intencyjne, zaburzenia mowy i stopniowy rozwój ogólnej i zupełnej anestezji skóry i części głębszych oraz zmysłów z wyłączeniem oczu i uszu.

W przeciwieństwie do innych autorów, Pronier, przystępując do doświadczenia Strümpla, starał się przede wszystkim *uniknąć jakiegokolwiek sugestjonowania chorego*. Chory wogóle nigdy przedtem nie był ani hypnotyzowany, ani sug-

gestyonowany. Ukrywano przed nim starannie znaczenie próby, której miał być poddany, i nawet unikano jakichkolwiek rozmów o histeryi i usypianiu hypnotycznym. Pokazało się, że w tych warunkach ani zamknięcie ocz, ani uszu, ani obu narządów naraz nie wywarło żadnego wpływu na stan świadomości chorego, który po tych manipulacjach wykonywał ruchy przedtem zapoczątkowane, dalej mówił i liczył i wogóle żadnej zmiany w swym stanie nie zauważył.

Ujemny wynik otrzymałem i ja w przypadku, którego historię choroby w tem miejscu podam. Pod względem symptomatycznym przypadek ten jest podobny do tych, które dopiero co wymieniłem. Pod względem przebiegu przedstawia on pewne właściwości, które czynią go tembardziej interesującym.

Chora, Sara Trylbus, lat 26, z gub. mińskiej, w dn. 10-III zapisała się na oddział chorób nerwowych. Chora podaje sama opis swej choroby na piśmie w sposób następujący: „Chora jestem na obecną chorobę już 12 rok, ale nie przez cały czas, gdyż w ciągu tego czasu choroba niekiedy też ustępowała. Cierpienie moje polega na tem, że skoro występuje, tracę zupełnie wszelkie czucie, nie mam ani smaku, ani powonienia, ani dotyku, nie czuję żadnego członka ani wewnątrz, ani zewnątrz; jestem jakby kawałek drzewa; można mnie kłuć szpilkami, ja nic nie czuję. Nie wiem też wtedy, gdzie co stoi lub leży, i ludzi nie poznaję. Gdy coś mówią, nie mogę zrozumieć, o czem mówią. Nie mogę się zająć żadną pracą; jestem tak apatyczna, że nawet chodzić mi trudno. W samym początku, jak u mnie występuje to, co opisałam, leżę w jakimś zapomnieniu, w głowie mi się zaczyna płatać; potem, po kilku dniach, jakbym się obudziła: głowa zaczyna się uspakajać i robi mi się z każdym dniem lepiej, aż po kilku dniach staję się zupełnie zdrową, jak człowiek być powinien.

Pierwszy raz chorowałam tydzień i odpuściło mnie tyleż, albo nieco dłużej; potem, za każdym razem, choroba się przedłużała, a w tym samym stosunku i przerwy; z początku chorowałam tygodniami, potem już miesiącami, a raz to nawet 13 miesięcy. Przedtem byłam wolna od choroby tak długo, wiele wynosiło trwanie choroby lub nieco dłużej, ale ostatnim razem byłam zdrowa tylko 6½ miesięcy.



Tym razem choruję już 8 miesięcy, ale stan mój jest wogóle lepszy, niż zwykle, w tym względzie, że mam słuch zachowany i każdego człowieka mogę poznać, rozumiem, co mówią, i głowa spokojniejsza, po za tem jednak stan jest taki, jak wyżej powiedziałam. Taką lżejszą chorobę mam już po raz drugi; to samo było przed 3 laty, trwało 8 miesięcy i na tyleż mnie odpuściło. Proszę zatem Pana o znalezienie środka, żeby mi pomógł w tych nieznośnych cierpieniach, gdyż nie ma minuty, żebym mogła zapomnieć o swoim nieszczęściu; można sobie przedstawić życie człowieka, kiedy człowiek nic nie czuje“.

(C. d. n.).

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

255. G. Muskat (Berlin). „**Chromanie przepuszczające**“ jako **wstęp do samoistnej zgorzeli**. (Sammlung klin. Vorträge. 1906, N-r 439).

Objaw, o którym mowa, nabiera wagi szczególnej ze względu na wyniki przeoczenia początkowego okresu zgorzeli kończyn dolnych (dysbasia angiosclerotica). Zwrócił nań pierwszy uwagę Charcot i szukał przyczyny, z czem godzą się dziś wszyscy, w przewlekłym cierpieniu wewnętrznej błony tętnic (endarteriitis chronica), w zatorze, bądź w zakrzepie na tle uwiązdu. Zmiany powstają najczęściej na miejscu rozwidlenia aorty na dwie tętnice biodrowe, w tętnicach uda, podbrzusznym; w tętnicach pachy i ramienia występują rzadziej. W następstwie zwężenia światła naczyń przez nawarstwiony i zorganizowany zakrzep sprawa dochodzi nie raz do przerostu przepracowanego serca. W spokoju zakrzepy takie nie wywołują zwykle znaczniejszych objawów chorobowych; po dłuższym ruchu dopiero wychodzą na widownię cierpienia swoje. Rzeczą całą zauważyli oddawna weterynarze u zwierząt, zwłaszcza u wołów i koni (thrombosis aa. pelvis et femoris).

Odnośny przypadek autora dotyczył 42-letniego, dobrze odżywnego mężczyzny, wybornego do niedawna piechura, który od

pewnego czasu zaczął doznawać podczas chodzenia na ulicy, nigdy w mieszkaniu, nieprzyjemnych objawów w lewej stopie (uczucie pełzania mrówek, lechtanie i t. p.). Po niejakiem czasie uczucia te przechodziły w ból w łydce, w kurcz, uniemożliwiający chodzenie. Gdy pacjent wypoczął nieco, dolegliwości ustępowały zupełnie i czas jakiś mógł chodzić dobrze, niebawem jednak bóle odzywały się znowu i t. d. Ostatecznie, okresy wolne od bólów stawały się coraz krótsze, konieczność odpoczynku — coraz dłuższą; chory nie mógł dłużej chodzić po ulicy nad kwadrans jakiś, a stan taki trwał już 2 lata.

Podczas badania stwierdzono, obok prawidłowych stosunków innych, brak tętna w obu podudziach i w dołach podkolanowych (aa. tibiales posticae et popliteae), na grzbiecie stóp i w pierwszej przestrzeni śródstopia. Za pomocą promieni Röntgen'a wykryto w lewej tętnicy piszczelowej tylnej obecność zmian natury sklerotycznej. Palce stopy lewej cyanotyczne i zimne, po masażu jednak zabarwienie to znika i nabierają ciepła. Zaniku mięśni niema. Chory podaje za przyczynę cierpienia mocne swego czasu szarpnięcie za łydkę; jakoż, istotnie, w miejscu, gdzie mięsień przechodzi w ścięgno, wyczuwa się bliznowate stwardnienie.

Prócz objawów abazyi przepuszczającej Erbs wymienia jeszcze szereg zmian miejscowych. Tu należą: oziębienie stóp i goleni i sinica tychże, rozszerzenie naczyń skórnych wyraźne, suchość i wiotkość skóry oraz zakłócenie porostu paznokci; na zabarwionych cyanotycznie powłokach zewnętrznych występują niekiedy purpurowe plamy, tworząc z podłożem marmurową mozaikę barw; to znowu palce całe, zimne jak lód, dostają zabarwienia trupio-błego na czas jakiś, poczem mogą odzyskać dawniejszy kolor swój różowy lub siny. Dostępne do obmacywania tętnice są zwykle twarde, zgrubiałe, kręte w przebiegu swym; w kierunku ku ośrodkowi dają niekiedy puls słaby.

W stosunku do zaburzeń natury czynnościowej sprawa tak ciężka może z pozoru przebiegać dość niewinnie; ruchomość wydaje się zrazu całkiem prawidłową; chory spaceruje po pokoju, tańczy, dokonywa ćwiczeń gimnastycznych, jak człowiek zdrowy; również i czucie wydaje się normalnem, co najwyżej, osobnik odczuwa drętwienie jakieś w kończynach zimnych. Zaburzeń w czynnościach ustroju nerwowego gdzieindziej niema zupełnie, powikłania mogą być znowu całkiem przypadkowe.

Bądź co bądź, istotą całej sprawy jest owo, okresowo powtarzające się, przepuszczające męczenie się i skurcz mięśniowy oraz



następca przez jakiś czas niemożność chodzenia; chromanie uważają niektórzy za objaw nietypowy i dają cierpieniu nazwy inne, jak *rheumatismus arterioscleroticus*, *dysbasia intermittens angiosclerotica*, *akinesia s. dyskinesia intermittens angiosclerotica*, *angina cruris* i t. p. Na korzyść takiego poglądu przemawiają istotnie obserwacje pewnych autorów (Nothnagel, Will, Biegański), którzy widzieli objawy podobne i w kończynach górnych z brakiem tętna w art. *brachialis*, *radialis* i *ulnaris*; zdaje się nadto, że i niektóre postaci skurczu pisarskiego należą tu również.

Sprawa, tak jak przedstawia się w świetle badań najnowszych, zależy, według Borchard'a, głównie od zgrubienia *intimae* tętnic, t. j. od rozrostu komórek śródbłonna i tworzenia się twardej, ubogiej w komórki warstwy pomiędzy *elastica* i *endothelium*. Ten rozrost błony wewnętrznej doprowadza niekiedy do zupełnego zamknięcia światła naczyń. Niekiedy w uchyłkach tkanki rozrastającej się zatrzymuje się krew, czepia powierzchni górnej, ulega ścięciu i organizacyi.

Ponieważ cierpienie występuje przeważnie u osobników młodszych, nie obciążonych wadą serca, mocna działalność tegoż nie dopuszcza do całkowitego zasklepienia się światła naczyniowego na razie przynajmniej; po za tem w tkance nowej powstają naczynia o równoległym przebiegu do dawnych dróg krwionośnych. Im dłużej jednak trwa rozrost *intimae*, tem wybitniej siła, przepędzająca krew w wązkich kanałach, maleje i do obliteracyi doszczętnej może w końcu dojść. Ręka w rękę z tym słabszym dopływem odżywiania posuwa się dalej i zwyrodnienie obfitujących w komórki tkanek w tkankę łączną. I w zwyrodniałej nawet błonie wewnętrznej mogą wytwarzać się nowe kapilary, ale naczynia te nie odznaczają się trwałością, pękają, dając mniejsze lub większe krwawienie.

Pod względem anatomo-patologicznym d-r Wwiedenski wyprowadza znów rzecz całą z innego zupełnie punktu widzenia. Uczony ten kładzie nacisk przedewszystkiem na sklerozę pni nerwowych w zależności od zakażenia, zaczem idą dopiero zmiany wtórne w naczyniach. Pogląd ten popiera ostatnio wielu autorów, którzy też zgodnie zaznaczają, że w sprawie zgorzeli główną rolę odgrywa zwyrodniające zapalenie nerwów, a potem dopiero *arteriitis obliterans*. Jakoż współczesnem tylko zajęciem naczyń i nerwów możnaby wytłomaczyć tu sobie pewne objawy kliniczne, jak: bóle, sinicę ustępującą lub stałą, drętwienie kończyn, skurcz mięśniowy i rozmaite zaburzenia w skórze natury odżywczej. Za pod-

łożem nerwowem przemawiają również dodatnie wyniki elektryzacji, zastosowanej w początkowym okresie cierpienia.

W etyologicznym omówieniu sprawy różni przytaczają wpływ różnych czynników, co do których, wszelako, medycyna ostatecznie nie wypowiedziała się. Alkohol i przymiot, bądź co bądź, nie wywierają tu znacznego wpływu, dość ważnem za to wydaje się działanie zimna. Idelson wini np. stopę płaską, zauważaną dość często u chorych na omawianą sprawę, i twierdzi, iż naskutek nierozwiniętego, jak należy, sklepienia stopy, podeszwa jej styka się zanadto z ziemią i ulega zbyt ujemnemu wpływowi zimna.

Wahaniom ciepłoty przypisuje też wielkie znaczenie i Zoegel v. Manteuffel. Większość spostrzeżeń istotnie dotyczy rosyjan, zamieszkałych w klimacie surowym i nieraz w podróży ulegających przeziębieniom, przemoczeniom i odmrożeniom. Kąpiele zimne i kuracya metodą ks. Kneipp'a odgrywa rolę czynników usposabiających; Erb widzi źródło cierpienia w nadmiernem używaniu tytoniu, Oppenheim — w sprawach, wiążących się z zaburzeniami natury nerwowej (hystero-epilepsia), w anomaliach tworzenia się (np. zrost palców stopy lub wrodzona wąskość naczyń); nie należy pomijać, wreszcie, mechanicznego wpływu urazu, na co w swym czasie zwracał uwagę Charcot.

Wiek chorych najczęściej waha się pomiędzy 38 i 55 rokiem życia. Niektórzy z autorów zaznaczają częstość cierpienia u żydów, inni — u japończyków. U kobiet chromanie przepuszczające występuje rzadziej, lewa noga porażoną bywa częściej, niż prawa. Stawiając rozpoznanie różniczkowe, należy wykluczyć rwę kulsozową, gościec, objawy nerwowe na histero-neurastenicznem podłożu, cierpienia wiążące się ze stopą płaską, dnę oraz zmiany w ośrodkowym ustroju nerwowym. Objawem przekonywającym jest stwierdzony brak tętna w arteryi, co, zresztą, nie oznacza jeszcze zupełnego zniesienia drożności i wskazuje raczej na wybitne zmiany w ścianach naczyń.

Rokowanie zależy głównie od tego, czy lekarz uchwyci w porę pierwszy okres choroby i nie dopuści do rozwinięcia się drugiego, t. j. zgorzeli. Cierpienie przebiega zwolna i stopniowo. Nieraz też pacjent stara się przezwyciężyć niezrozumiałe dlań dolegliwości chwilowe, a i lekarz, istoty rzeczy nie świadom, zaleca środki i zabiegi, mogące rozwój cierpienia tylko pogorszyć (hydroterapia, masaż, chodzenie forsowne). Oczywiście, wskutek zaniedbania, bądź niewłaściwej kuracyi powstaje zgorzel, posuwająca się coraz wyżej,



z palców na stopę, ze stopy na gołeń, wraz ze wszystkimi następstwami takiego powikłania.

Wszystkie działające ujemnie czynniki, jak tytoń, wódka, narażanie się na ujemny wpływ słońca, chodzenie duże, praca w pomieszkaniu wilgotnym lub przy otwartych oknach, powinny być usunięte. Chory zaopatrzyć się winien w wygodne obuwie i ciepłe pończochy wełniane, nadto — unikać skaleczeń czy podczas wycinania odcisków, czy — obcinania paznokci. Ze środków wewnętrznych jod pomaga zawsze, również — elektryzacja i kąpiele ciepłe.

Tam, gdzie rzecz doszła już do zgorzeli, stosujemy zrazu okłady przeciwgnilne; gdy nie pomaga metoda zachowawcza, należy przystąpić do wykonania operacji. *K. Niedzielski.*

256. Bergell i Sticker. **O patogenezie i specyficznym rozkładzie guzów rakowatych.** (Deutsche med. Wochft. N-r 38).

Leyden i Bergell wykazali swego czasu, że w wątrobie zwierząt zdrowych znajdują się substancje wywołujące szybkie obumieranie i rozpływanie się guzów nowotworowych. U zwierząt zakażonych nowotworem substancji tych brak w wątrobie, lub znajdują się w małej ilości. Wobec tego wypowiedzieli oni nawet zdanie, że rozwój nowotworu polega właśnie na braku tych fermentohydrolitycznych substancji.

L. i B. robili nawet doświadczenia nad leczeniem nowotworów u ludzi i zwierząt za pomocą tych substancji, lecz próby te okazały się dla osobnika zakażonego niebezpiecznymi.

Bergell i Sticker swoje obecne badanie przeprowadzali na psach zakażonych mięsakami i przekonali się, że fermenty wątrobowe są w stanie wywołać nawet zupełne znikanie guzów, w miejsce których tworzą się potem torby, wypełnione płynem surowicznym. Drobnowidzowo wykazano wielką liczbę limfocytów, wypełnionych rozpadłymi cząstkami komórek nowotworu.

Podobne spostrzeżenia ogłosił niedawno Bier nad działaniem na nowotwory surowicy krwi, wstrzykiwanej z obcego gatunku. Do działania tegoż dołączała się jednak sprawa zapalna, czego przy fermentach się nie obserwuje.

Na razie leczniczego znaczenia doświadczenia te jeszcze mieć nie mogą, są jednak, bezwątpienia, krokiem naprzód w sprawie rakowej. *Klęsk.*

257. Franke. **W sprawie leczenia zranień serca. (Nakłucie worka osierdziowego).** (Deutsche med. Wochft. N-r 38).

Rokowanie po operacjach zranień serca jest jeszcze bardzo złe. Powodem tego jest, po pierwsze, trudność ocenienia, kiedy należy operować, dalej — ważność samego narządu, w końcu zaś — możliwość zakażenia i zrosty pooperacyjne, wpływające ujemnie na dalszą akcyę serca. Największem niebezpieczeństwem dla chorego w zranieniu serca jest tak zwana tamponada serca, t. j. ucisk wylanej krwi. Ten ucisk usunąć najłatwiej prostem nakłuciem worka osierdziowego.

Zabieg ten ratuje nieraz życie chorego i może być ewentualnie wstępem do następcej operacji. W przypadkach lżejszych robić nakłucie należy w kilka dni—gdy ma się pewność, że krew sama nie ulegnie wessaniu.

W ten sposób uratował autor chorego nawet bez następcej operacji.

Nakłucie robić należy troikarem lub grubą igłą zwolna, w 5 przestworze międzyżebrowym, na 2—3 ctm. od brzegu mostka, po stronie lewej. Zwykle czuje się dobrze, gdy igła dochodzi do serca.

Również zachęca autor do częstszych nakłuć worka w zapaleniu osierdzia. Zabieg ten działa tam wprost leczniczo.

*Klęsk.*

258. Hoehenegg. **Rozpoznanie i kliniczne znaczenie symptomatycznych żylaków moszen przy złośliwych guzach nerek.** (Zeift. f. klin. Med. T. 62).

Symptomatyczne żylaki moszen przy złośliwych guzach nerek dają się odróżnić od pierwotnych samoistnych w ten sposób, że pierwsze nie znikają przy leżeniu, owszem, często się powiększają i występują u ludzi starych, a zwykle są niebolesne. Symptomatyczne żylaki występują wskutek ucisku lub zatkania żyły nasiennej.

*Klęsk.*

259. Hans. **Nowa chirurgiczna pinceta haczykowa.** (Zentblt. f. Chirurg. N-r 31).

H. wymyślił pincetę, której zasada odpowiada przeciwstawieniu dużego palca ręki innym, a to w celu zastąpienia, w wielu przypadkach dającej trudno się odczyścić, ręki chirurga.

*Klęsk.*



## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

260. Polano. **Dysmenorrhoea.** (Münch. med. Wochenschr. N-r 35).

Jak wiemy, między funkcją gruczołu piersiowego a jajnika panuje pewien antagonizm, i ten właśnie chce autor spożytkować w leczeniu dysmenorrhoeae, polecając wywoływać w sutce sztuczne przekrwienie za pomocą ssawek szklanych. Przytacza nawet na dowód odpowiednie historye chorób. *Kłesk.*

261. Tanturri. **Ciężki przypadek rozmięczenia kości, wyleczony wstrzykiwaniami adrenaliny metodą Bossi'ego.** (Zentblt. f. Gynäk. N-r 34).

U 26-letniej chorej, u której próbowano przedtem napróżno leczenia, osiągnął autor rzekomo zupełne wyleczenie w 6 dni (!), wstrzykując raz, a potem 2 razy dziennie po 0,5 cc. roztworu adrenaliny 1:1000, podług wskazówek Bossi'ego. *Kłesk.*

## SPRAWOZDANIE

z X Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie

(22—25 lipca 1907).

SEKCJA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA.

Zestawił

D-r J. Jaworski.

(*Ciąg dalszy.*)

Dr Emanuel Gröbel. „O naczyniakach łożyska“.

Do 72 przypadków guzów łożyska, przypadków,—ogłoszonych dotychczas w literaturze, dodaje autor przypadek naczyniaka łożyska, obserwowany na klinice prof. Marsa.

Przejrawszy literaturę wszystkich dotychczas opisanych przypadków guzów łożyskowych, przychodzi się do przekonania, że wszystkie mają szereg cech wspólnych, tak makro- jak mikroskopowych, które dokładnie charakteryzują te guzy.

Najczęściej znajdują się w zagłębieniach części normalnych łożyska; do kosmówki bezpośrednio nie przytykają, tylko za pomocą cienkiej szypuły, którądy biegną naczynia od naczyń sznura pępowinowego pochodzące, z resztą tkanki łożyska za pomocą włóknikowych zlepów połączone; złożone z poszczególnych zrazików, a występują najczęściej pojedynczo, czasem jednak także rozrzucone po całym łożysku; na przekroju okazują barwę ciemno-czerwoną.

Drobnowidzowe obrazy okazują dwojakiego rodzaju składniki: tkankę łączną zarodkową i bujanie naczyń. Wedle tego, który z tych składników przeważa, ogłaszano guzy te pod rozmaitemi nazwami, i tak: jako włókniki, śluzaki (Mars), naczyniaki, a nawet byli i tacy, którzy bujanie naczyń i tkanki łącznej uważali za nowotworzenia zapalne (placentitis fibrosa, Sołowij). Z reguły spostrzedz można na powierzchni guza warstwę komórek syncytialnych, rzadziej — komórek Langhans'a. Zdaniem autora, wszystkie te objawy dowodzą, że mamy do czynienia z kosmkami, które uległy czystemu rozrostowi (hyperplazji), tak że trudno nawet mówić o nowotworzeniu, chociaż objawy wsteczne, jakie obserwujemy w otoczeniu guzów, świadczą o bujaniu wglęb; w każdym razie biorą udział, jak wyżej wspomniano, dwa składniki kosmka, podczas gdy przybłonek kosmkowy wcale udziału nie bierze. Z tego też powodu za najodpowiedniejszą nazwę autor uważa „naczyniak“ (angioma), a nie jak inni „choriom“ (Dienst) lub chorion-angioma (Pitha).

Co do czasu powstania tych guzów, sprawa ta nie jest jeszcze należycie rozjaśnioną, w każdym razie mogą one powstać najwcześniej wtedy, kiedy naczynia przedostają się do kosmków, co odpowiada, wedle Albert'a, trzeciemu tygodniowi ciąży. Co do etyologii, to najodpowiedniejsze wydaje się autorowi przypuszczenie Pitha'y, który sądzi, że zastój naczyniowy może stać się bodźcem do bujania naczyń włosowatych, jakoteż tkanki podścieliskowej kosmków, czyli do rozrostu (hyperplazji), a nie nowotworzenia zapalnego. Zastój ten spowodowany może być przez nagły skręt naczyń przy ich ujściu z łożyska, albo żyłakowate ich rozszerzenie wskutek zbytowego naciągnięcia naczyń, jak to się zdarza przy przyczepieniu pępowiny do błon płodowych (insertio velamentosa— przypadek Pitha'y).



Znaczenia klinicznego guzy te nie przedstawiają żadnego; jest to tylko szczegół uboczny, ciekawy ze stanowiska anatomo-patologicznego.

Docent d-r St. Dobrowolski podał w zwięzłym streszczeniu samodzielne badania swoje *nad jadamami komórkowymi łożyska i jajników*. Badania te ogłoszone zostały już dawniej w Rocznikach Akademii Umiejętności i w oddzielnych wydawnictwach.

Prof. dr Kościński przedstawił preparaty anatomiczne z ciekawych badań, przez siebie przeprowadzonych na zwierzętach z podwiązywaniem moczowodów.

D-r A d a m C z y ż e w i c z jun. „W sprawie miesiączkowania jajowodów“.

Badanie drobnowidzowe jajników wydobytych w ó przypadkach podczas peryodu lub w rozmaitym ściśle określonym czasie, przy zachowaniu wszelkich ostrożności, pozwala wnioskować:

- 1) O miesiączkowaniu, w tem pojęciu, co na błonie śluzowej macicy, niema mowy w jajowodach.
- 2) Podczas peryodu przychodzi w trąbkach do przekrwienia, krew jednak nie wychodzi po za obręb naczyń.
- 3) Błona śluzowa trądky nie wydziela niczego podczas peryodu.
- 4) Najprawdopodobniej przychodzi podczas miesiączki od czasu do czasu do skurczów macicy, które stłaczają krew z jamy macicy do jajowodów, jednak nie po za obręb ujścia brzuszego. Krew tę usuwa ruch migawkowy rzęsek przybłonka z powrotem do jamy macicy, i to najpierw z cieśni, potem stopniowo i z ampulki trąbki.

Ponadto dodatkowo stwierdzono, że:

- 1) Krew miesiączkowa nie tworzy skrzepów w jamie macicy.
- 2) Operacja podczas peryodu wcale nie jest groźniejsza, niż w innym czasie, owszem, rany goją się bardzo dobrze, co należy tłumaczyć istnieniem tu przekrwieniem.

D-r A d a m C z y ż e w i c z jun. „Hyperemesis gravidarum“.

Panujący w zapatrywaniach na etyologię tej choroby chaos prowadzi do wniosku, że dotychczasowe określenie nie jest jednolitą formą chorobową, lecz zbiorem objawów rozmaitych chorób, powikłanych ciążą. Krytyczne ocenienie teorii i przedstawienie 3 przypadków lwowskiej szkoły położnych, wszystkich 3 zakończonych śmiercią z powodu stłuszczeń narządów bardzo znacznego stopnia— pozwala wyodrębnić jednolitą formę chorobową „*hyperemesis vera*“, polegającą na zakażeniu ciążowym w myśl teorii Starzewskiego.

Reszta „*hyp. spuria*“ polega na rozmaitych stanach chorobowych, przypadkowo powikłanych ciążą, i nie może być uważana za jednolitą jednostkę chorobową.

Hyp. vera, z prognozą co najmniej bardzo wątpliwą, jeżeli nie złą, nie może być jeszcze na razie od razu rozpoznawana wobec nieznanego jeszcze odczynu na truciznę ciążową. Przypuszczać ją należy, jeżeli prócz znanego obrazu wymiotów niepowściągliwych nie wykaże się *żadnych* zmian chorobowych całego organizmu. Rokowanie pogarsza bardzo wykazanie objawów stłuszczenia narządów i kryształów leucyny, tyrozyny i igieł kwasów tłuszczowych w osadzie moczu, na co dotąd nie zwracano uwagi. W postępowaniu należy:

- 1) Usunąć szybko zmiany chorobowe, jeżeli są, np. nadżerki, tyłozgięcie, objawy histeryi i t. d. dla wykluczenia hyp. spuria.
- 2) Jeżeli innych zmian chorobowych niema lub usunięcie ich doraźne (w ciągu paru dni) nie pomaga, a tak samo nie pomaga równoczesne wyłączne odżywianie per anum, enteroklysmata i infuzye — przerwać ciążę.

Prof. A. l. Rosner. „O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych“. Wykład oparty na materyale ck. Szkoły położnych w Krakowie, z ostatnich lat 8. Wywody oparte na 396 porodach przy zwężonych miednicach. Wyniki postępowania były: Urodziło dobrowolnie—65%, przy pomocy operacji—35%. Po ogólnem zestawieniu omawia referent szczegółowo przebieg, wyniki, niebezpieczeństwa, rokowanie dla matki i płodu przy każdej poszczególnej operacji i dochodzi do wniosku, że *najlepsze wyniki daje przy ścieśnionych miednicach postępowanie wyczekujące* i przystępowanie do zabiegu operacyjnego dopiero wtedy, gdy niebezpieczeństwo, zagrażające matce albo dziecku, daje ścisłe wskazania do wkroczenia sztuki. Zabiegi zapobiegawcze nietylko nie polepszają statystyki śmiertelności, lecz często narażają rodzące na operacje niepotrzebne, a bynajmniej nie obojętne. Należy je więc zarzucić. Dotyczy to przedewszystkiem obrotu zapobiegawczego. Wymóżdżenie powinno się robić na żywym płodzie tylko wobec istniejącego już zakażenia połogowego matki lub omdlenia w wysokim stopniu płodu. W przypadkach czystych i przy płodzie niezbyt zagrożonym operacja ta powinna być zastąpiona cięciem cesarskiem.

Prof. dr Kościński (Lwów). (Koreferat dla tematu położniczego).

Postępowanie podczas porodu w przypadkach miednic ście-



śnionych znacznego stopnia daje się w ogólnych zarysach ująć obecnie w następujących zdaniach: I. Wobec miednic ścieśnionych, których sprężna prawdziwa wynosi mniej, niż 6 cm., należy stosować cięcie cesarskie, i to w przypadkach czystych zachowawcze, w przypadkach zaś zakażonych metodą Porro, po poprzednim zamknięciu jamy otrzewnowej. Tylko przy sprężnej prawdziwej, większej, niż  $5\frac{1}{2}$  cm. i wobec płodu już nieżywego lub obumierającego, jest wskazaną perforacja. Perforacja i ekstrakcja płodu jest jednak przy tak znacznym niestosunku porodowym zabiegiem w każdym razie ciężkim i niebezpiecznym dla rodzącej i dlatego, gdy płód jest żywy, należy i w tych przypadkach wybrać raczej cięcie cesarskie.

II. Wobec miednic ścieśnionych, których sprężna prawdziwa wynosi 6–7 cm., należy w przypadkach czystych i płodach żywych stosować z reguły cięcie cesarskie ze wskazania względnego. W przypadkach nieczystych i płodach żywych, zależnie od warunków, powinno się stosować albo cięcie cesarskie (metoda Porro), albo też perforację. Natomiast perforacja wskazaną jest we wszystkich tych przypadkach, w których płód ma się nie dobrze, obumiera lub już nieżyje. Wyjątkowo tylko wobec płodów żywych można stosować hebesteotomię podskórną w przypadkach, w których sprężna prawdziwa wynosi tylko nieco mniej, niż 7 cm., a więcej, niż  $6\frac{3}{4}$  cm.

III. Wobec miednic ścieśnionych, których sprężna prawdziwa wynosi 7–8 cm., perforacja płodu jest usprawiedliwioną wobec płodu nieżywego lub już obumierającego, tak w przypadkach czystych, jako też i nieczystych. W przypadkach nieczystych, a przy płodzie żywym, należy rozważyć pomiędzy hebesteotomią podskórną a perforacją. Jeżeli wszelkie warunki są korzystne, należy się oświadczyć za wykonaniem hebesteotomii. W przypadkach zaś czystych, a przy płodzie żywym, możemy wybierać pomiędzy hebesteotomią a cięciem cesarskim. Jeżeli spodziewamy się, że po hebesteotomii płód siłami przyrody uodzić się może, należy wykonać rozszerzenie miednicy, w przeciwnym razie należy stosować cięcie cesarskie. Z tego powodu przy miednicach o sprężnej prawdziwej mniejszej, niż  $7\frac{1}{2}$  cm., częściej znajdzie zastosowanie cięcie cesarskie, a przy miednicach o sprężnej prawdziwej większej, niż  $7\frac{1}{2}$  cm., powinna być raczej stosowaną hebesteotomia. Dalej, chętniej się oświadczamy za hebesteotomią w przypadkach prawidłowych położzeń płodu główkowych, aniżeli — w przypadkach położzeń nieprawidłowych.

IV. Oznaczenie ściśle górnej granicy dla perforacji, hebesteotomii i cięcia cesarskiego jest niemożliwe. Wobec miednic ścieśnionych, których sprężna prawdziwa wynosi więcej, niż 8 cm., perforacja płodu nieżywego lub obumierającego może być często wskazaną wprost jako najłatwiejszy sposób rozwiązania rodzącej. Przy płodach żywych zaś powinna w odpowiednich przypadkach, wobec znacniejszego niestosunku porodowego, znaleźć jaknajszersze zastosowanie hebesteotomia podskórna. Tylko w przypadkach zupełnie czystych, w których oprócz niestosunku porodowego istnieje ściśle wskazanie do szybkiego ukończenia porodu, należałoby w pewnych przypadkach zamiast hebesteotomii wybrać cięcie cesarskie. Wprowadzenie hebesteotomii podskórnej stanowi bezsprzecznie znaczny postęp, gdyż pozwala w przypadkach niestosunku porodowego na zajęcie stanowiska jaknajbardziej wyczekującego, przez co i wskazania dla poszczególnych zabiegów położniczych ściślej określić się obecnie dają, aniżeli to dotychczas miało miejsce.

Prof. dr Sołowij (Lwów). „O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych“.

Ponieważ wyniki porodu dobrowolnego są najkorzystniejsze, więc powinno być naszym dążeniem pozostawiać przebieg porodu przy miednicy ścieśnionej w granicach conjugata vera = 6—11 cm., ile możliwości, siłom natury, tembardziej, że jeśli zawiedziemy się w naszym oczekiwaniu, możemy ukończyć szczęśliwie poród za pomocą kleszczy lub pubiotomii, której wyniki stają się coraz lepsze.

U pierwiastek najlepiej jest zawsze przestrzegać postępowania wyczekującego, ponieważ przeważna ilość porodów przebiega szczęśliwie siłami natury. U wieloródek zaś należy się zachować wyczekująco, jeżeli przebieg poprzednich porodów był szczęśliwy na końcu ciąży; w przeciwnym razie wskazane jest wzniesienie sztucznego przedwczesnego porodu w 37 tygodniu ciąży, a jeśli na to już zapóźno—wykonanie zapobiegawczego obrótu na nóżki podczas porodu.

Żadne inne postępowanie przy miednicy ścieśnionej nie daje tylu widoków szczęśliwego ukończenia porodu, co postępowanie wyczekujące, gdy przeciwnie, decydując się z góry na sztuczny przedwczesny poród lub zapobiegawczy obrót na nóżki, przesądzamy naprzód o przebiegu porodu i wykluczamy możliwość ukończenia porodu siłami natury. Najważniejszą więc zasadą postępowania podczas porodu przy miednicy ścieśnionej w granicach conjugata vera = 7—11 cm. powinno być nieprzeszkadzanie naturalnemu przebiegowi porodu i wspieranie go za pomocą regulowania czyn-



ności porodowej. W tym celu konieczna jest ciągła obserwacja porodu, ażeby mózdz sobie wyrobić należyte wyobrażenie o jego przebiegu i widokach i żeby nie przeoczyć chwili, w której może wystąpić niebezpieczeństwo dla matki i płodu, a z niem potrzeba sztucznego ukończenia porodu.

D-r S. Cykowski przedstawił poglądy autorów o wartości obrótu zapobiegawczego, podał, otrzymane przez różnych operatorów, wyniki po emawianym zabiegu, wreszcie podał w streszczeniu wiadomość o 18 obrótach zapobiegawczych, dokonanych przez siebie w Warszawskim Instytucie Położniczym.

Ostateczne wnioski referenta: Obrót zapobiegawczy stosować można li tylko przy miednicach płaskich i wyłącznie u wieloródek, albowiem śmiertelność płodów po obrótach w tych warunkach jest bądź co bądź mniejszą, aniżeli przy metodzie wyczekiwania.

W przypadku miednicy płaskiej u wieloródki dokonanie obrótu zapobiegawczego jest *nieodzowne*:

jeśli w poprzednich porodach po operacji kleszczowej otrzymywano płody martwe i

jeśli poprzednie porody były długotrwałe i ciężkie i wymagały zabiegu operacyjnego.

---

## BIBLIOGRAFIA.

---

D-r Stanisław Serkowski. „Mleko i mleczarstwo“. Warszawa, 1907; z zap. kasy im. Mianowskiego i Towarz. popier. nauk roln.

Monografia, i to monografia wydana nie w piśmie lekarskiem, ale oddzielnie i przytem wytwornie, należy u nas do rzadkości wielkich, szczególnie w czasach ostatnich. To też z przyjemnością wziąłem do ręki książkę, której nagłówek wyżej podaje.

Autor przedstawił sprawę mleka i mleczarstwa wyczerpująco.

Stojąc na gruncie najnowszych poglądów, widzi w mleku tkankę żywą, posiadającą liczne fermenty, ulegające zniszczeniu pod wpływem tych lub innych czynników; w następnym rozdziale rozpatruje własności chemiczne i fizyczne mleka oraz jego produktów; wreszcie, w rozdziale o pochodzeniu i ilości bakterji w mleku szczegółowo rozpatruje sprawę czystości naszych obór.

Po tych rozdziałach wstępnych rozpatruje oddzielnie i bogato ilustruje drobnoustroje kwasu mlecznego, sernika, wreszcie wady mleka, powstałe skutkiem zakażenia specjalnymi drobnoustrojami.

Dwa rozdziały poświęca gruźlicy i perlicy oraz walce z tą ostatnią, jeden rozdział — zarazkom chorobotwórczym w mleku.

Na tem kończy część pierwszą dzieła.

W dalszych rozdziałach autor zajmuje się rozwojem mleczarstwa, badaniem mleka oraz zabezpieczaniem mleka od wpływów szkodliwych, oczyszczaniem i utrwalaniem mleka.

Nie mogę na tem miejscu zająć się streszczeniem dokładnem 30-arkusowego dzieła, powiem tylko, że uwzględniono w niem wszystko, co się tyczy mleka i jego przygotowania.

Książka ma dla nas wartość z tego jeszcze względu, że autor niejednokrotnie podaje dane co do mleka w Warszawie i Łodzi, że z całego dzieła przebija tendencya podniesienia z upadku mleczarstwa krajowego.

Dla lekarza książka ta ma znaczenie, znajdzie w niej bowiem najnowsze poglądy na mleko, jako pokarm, często stosowany w lecznictwie.

To też książka znaleźć się powinna w księgozbiorze każdego lekarza.

J. Z.

## W sprawie kasy chorych lekarzy.

Mamy do zanotowania w prasie naszej pierwszy głos z powodu projektu kasy chorych. Oczywiście, głos ten witamy z uznaniem, przed wprowadzeniem bowiem w życie instytucji społecznej każda krytyka jest pożądana.

Niestety jednak, stoimy z autorem krytyki, kol. Z. Kram-sztykiem (z. X Krytyki lekarskiej), na tak odmiennych stanowiskach, że porozumieć się będzie trudno.

Kol. K. ma tak opaczne pojęcia zarówno o związkach zawodowych, jak i o stosunku lekarza do społeczeństwa, że znaleźć styczną trudno.

Według kol. K., związek zawodowy — a za taki uważamy Stow. l. p. — nie ma prawa ani nakładać na swych członków żadnych obowiązków, ani ich kontrolować, ani karać, ani wogóle niczem krepować, natomiast ma obowiązek troszczyć się nietylko o lekarzy zrzeszonych, ale i o niezrzeszonych, którzy chętnie korzystaliby ze wszystkich przywilejów Stowarzyszenia, ale ciężarów ponosić nie myślą.



Po za tem kol. K. jest zdania, że o dobrobycie lekarzy rozstrzygnie nie samopomoc, ale ogólne reformy społeczne, bliżej przez niego nieokreślone. To też lekarze przedewszystkiem troszczyć się winni o zdemokratyzowanie pomocy lekarskiej, udostępnienie jej biednym, z tem bowiem ma być związany byt lekarzy.

Oczywiście, z tego punktu widzenia projektowana „kasa jest instytucją drobną i paliatywną“, bo chociaż „z pewnością przyniesie nieraz lekarzom korzyść i zbawienie“, ale „nie lekarze bogaci mająłożyć na mniej zasobnych kolegów—jest to obowiązkiem społeczeństwa“ (!?).

Takie są punkty wytyczne krytyki kol. K., który imputuje nam winy niepopołnione. Przyznajemy się, że pisząc ustawę nie mieliśmy zamiaru przeprowadzania gruntownych reform społecznych, ale o wiele skromniejsze zadanie: umożliwienie lekarzom *zrzeszonym* uniknięcia *jednej z trosk*—braku środków na utrzymanie w chorobie, w skromnym zakresie na razie, bo na większy na razie kasę nie stać.

A wybraliśmy ku temu drogę najdemokratyczniejszą: obłożenia stowarzyszonych podatkiem postępującym, który jest ideałem ustroju demokratycznego, a wcale nie jest filantropią.

Na sprawy społeczne patrzyć trzeba z pewnej perspektywy. Że dziś stowarzyszeni z większą praktyką ponoszą odrazu pewne ciężary — rzecz to chwilowa, gdyż lekarz zdobywa praktykę stopniowo, i ci, co dziś płacą mało, za lat kilka płacić będą więcej; a wszyscy jednakowo korzystać z kasy mogą odrazu. Cała ustawa tchnie duchem samopomocy, a nie filantropii, której nie uznajemy w związkach zawodowych.

Ale kol. Kramsztyk, wychodząc z mylnych przesłanek, sam nie wie, czego chce—z jednej strony potępia nas za chęć kontrolowania członków chorych, bo nawet wysnuwa wniosek, że nie wierzymy wogóle w świadectwa lekarskie, zapominając, że co innego świadectwo, wydane obojętnemu choremu, a co innego zawiadomienie o chorobie, dające mi prawo do czerpania z kasy wspólnej—z drugiej znów strony nie wierzy tym samym kolegom, by, zobowiązawszy się, niszczyli znaczki. Jak te dwie sprzeczności pogodzić?

Odrzucamy filantropię, instytucję utworzyć możemy tylko dla ludzi, związanych w Stowarzyszeniu, a nie dla luzem chodzących partyzantów; uważamy system opodatkowania proporcjonalnego za zupełnie sprawiedliwy.

Nie możemy odwlekać polepszenia bytu lekarzy do wymarzonych przez ideologów czasów, kiedy każda jednostka zyska prawa do utrzymania; czasów tych z założonemi rękoma czekać nie myślimy, ale proponujemy te „drobne i paliatywne“ instytucje, które już dzisiaj dążą do polepszenia naszego bytu, nie narzucając społeczeństwu (!?) całego i bez tego już wielkich kłopotów.

Pomijamy zarzuty drobne: lekarze biednych otrzymują znaczki o połowę taniej, co przewiduje ustawa; nikt nie będzie kontrolował ilości wziętych przez lekarzy pojedynczych znaczków, o ile wniosą więcej niż 3 ruble, i t. p. Te drobne zarzuty wynikają z niedość

uważnego odczytania ustawy. Chodzi nam o zasadę opodatkowania, a ta nietylko przezemnie, nietylko przez Komisję S. L. P., ale i przez X Zjazd przyr. i lek. we Lwowie uznana została za *jedynie możliwą i godną polecenia*.

Nie dla obrony więc mego projektu głos zabrałem, ale chcąc sprostować poglądy kol. Kramsztyka, w obecnej dobie zrzeszania się dla walki o byt — szkodliwe.

J. Zawadzki.

## Kronika bieżąca.

— W początkach b. m. Tow. dor. pom. lek. w Warszawie obchodziło 10-lecie swej działalności. Pogotowie Ratunkowe otwarto 22 lipca 1897 roku. Od tego czasu było wzywane 87,500 razy. Obchód uczczono zbieraniem składek na tę instytucję.

— Wyszło z druku wspaniałe dzieło prof. Pozzi'ego — Ginekologia kliniczna i operacyjna — w tłumaczeniu kol. Z. Mionsiorskiego. Zaznaczając dziś wydanie tej książki w Bibliotece lekarskiej, podamy w następnym zeszycie ocenę. Dziś tylko powiemy, że dzieło to obejmuje 61 arkuszy druku i zawiera około 400 rycin. Cena rb. 6 kp. 50.

— Otrzymujemy ciągle skargi na zarząd b. wystawy we Lwowie. Mimo, że w zasadzie, w dziale naukowym, mały być okazy zwolnione od opłaty, za dekoracye pobierano opłaty wprost niemożliwe; Pogotowie np. zapłaciło około 60 koron za wydatki na samej wystawie; od niektórych okazów pobierano cło, chociaż od cła miały być zwolnione.

Nic by to nie było jeszcze, gdyby chociaż okazy zwrócono w całości, ale giną cenne tablice, okazy przychodzą źle opakowane, potłuczone, a co ważniejsza, brak wielkich nawet okazów. Pogotowiu ratunkowemu brak całej torby z zawartością, a zamiast skrzyń nowych odesłano okazy w starych, mimo oznaczenia skrzyń stosownymi napisami.

Zarząd wystawy wykazał karygodne niedbalstwo i nie dorósł do zadania. Jest to o tyle szkodliwe, że na przyszłość na tego rodzaju wystawy nikt już okazów nie nadeszle.

— *Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne.* Temat pod powyższym nagłówkiem, jako główny, postawiony był na porządku obrad Sekcyi prasy lekarskiej na X Zjeździe we Lwowie.

Na głównego referenta zaproszony został kol. Józef Jaworski z Warszawy, na koreferenta — kol. prof. S. Ciecha-



nowski z Krakowa. Główny referat J. Jaworskiego ukazał się w druku. Z obszernego przemówienia, które nie objęło czasopism galicyjskich, w d. 24 lipca, na posiedzeniu Sekcji prasy lekarskiej, wyjmujemy najważniejsze punkty.

Autor między innymi mówi: „Brak najwyższej uczelni krajowej, brak wydziałów: lekarskiego i przyrodniczego w Warszawie sprawia, że produkujemy w nauce naszej znacznie mniej i znacznie gorzej, niż nam na to nasze zasoby duchowe pozwalają“.

A dalej czytamy: „Drugą przeszkodą w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego jest brak środków materialnych. Przeszkodą do rozwoju naszych czasopism jest oparcie ich egzystencji, bytu materialnego, na ofiarności nielicznych grup lekarzy lub pojedynczych osób“.

Następnie, autor rozpatruje *przeszkody* w rozwoju w postaci *różnych braków, jakimi czasopisma nasze się odznaczają*. W tem miejscu podaje acz zwięzłą, lecz udatną, charakterystykę wszystkich czasopism lekarskich, wydawanych w Warszawie, a oprócz tego poznańskich „Nowin Lekarskich“ i „Czasopisma Łódzkiego“.

Przyznać musimy, iż autor, pomimo, że go wiążą bliższe stosunki z niektórymi czasopismami, zachował niezależność sądu zarówno w wytykaniu braków, jak i podnoszeniu zalet.

Szereg braków najważniejszych, spotykanych w naszej prasie lekarskiej, autor zawarł w 5-ciu punktach. Aczkolwiek zarzuty te podnosi i wyraźnie nie wskazuje, jednakże stara się usprawiedliwić nasze czasopisma wyjątkowymi okolicznościami, w jakich praca naukowa i twórcza u nas odbywać się musi. Ta apologia jest udatna, bo też i odpowiedzialność za braki w prasie lekarskiej i na autora w części spada, albowiem kol. Jaworski, w ostatnim 15-leciu, należy do płodniejszych i gorliwszych autorów w naszym czasopiśmiennictwie lekarskiem.

We wnioskach J. wypowiada się przeciwko zbytnej koncentracji pism, zwijaniu ich, podnosząc ich znaczenie, u nas, jako ognisk naukowych. Koniec końców, J. głosi za pewnem liczebnym ograniczeniem czasopism tygodniowych. Drugi wniosek, o znaczeniu braku uniwersytetu polskiego, w Warszawie, nabawił wielkiego kłopotu... „realistów galicyjskich“, którzy wyrazili obawę, aby z niego nie wyrosła „sprawa międzynarodowa“. Wobec tego referent wniosek cofnął, a nawet nie cały podał w druku.

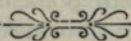
— Służba lekarska w armii angielskiej składa się ze sztabu lekarskiego (Army medical Staff) i korpusu sanitarnego (Army medical Corps). Sztab składa się z 10 generałów, pobierających po 3 f. szt. dziennie, i z 30 pułkowników, otrzymujących dziennie po 2 f. szt. Generał w 60 r. ż., a pułkownik w 57 r. ż. przechodzą w stan spoczynku. Oficerów sztabowych wybierają z oficerów korpusu sanitarnego. Tych ostatnich liczy armia angielska na stopie pokojowej 1500. Rekrutują się oni z lekarzy cywilnych, którzy w wieku 21—28 lat zgłaszają się na ochotnika. Po egzaminie młody ochotnik oddany zostaje przedewszystkiem na 2 miesiące

do Royal Army Medical College w Londynie, gdzie słucha wykładów z zakresu higieny wojskowej i chorób podzwrotnikowych. Po złożonym pomyślnie egzaminie przechodzi do innej szkoły, gdzie przez trzy miesiące zaznajamia się z arkanami właściwej sztuki wojskowej i służbą lekarską w polu. Mianowany porucznikiem, pełni służbę w jakimś szpitalu wojskowym. Po 3 latach awansuje na kapitana. Aby awansować na stopień majora, musi odbyć 6-miesięczny kurs w wojskowej szkole lekarskiej i złożyć z dobrym stopniem egzamin. Awans jednak nie może nastąpić wcześniej, niż po 9-letniej służbie w randze kapitana. Następny awans na podpułkownika nastąpić może najwcześniej po 8 latach, i to znów po odbyciu specjalnego kursu i zdaniu odpowiedniego egzaminu. Przejście do sztabu lekarskiego, czyli awans na pułkownika może nastąpić po 6-letniej służbie w poprzedniej randze i zastrzeżony jest dla oficerów zasłużonych lub odznaczających się. W 55 r. ż. wszyscy oficerowie korpusu sanitarnego przechodzą w stan spoczynku. Pobory wynoszą: dla porucznika 14 sh., kapitana 24 sh., majora 26 sh., podpułkownika 30 sh. Nadto wszyscy oficerowie otrzymują wolne mieszkanie wzgl. kwaterowe po 3 sh. dziennie. Niższą służbę sanitarną pełni 8,864 żołnierzy, rekrutowanych na ochotnika i służących 5 lat w armii, a 7 — w rezerwie. Dzielią się oni na cztery oddziały: 1) właściwych sanitaryuszów, 2) oddział ogólny, 3) oddział kucharzy i 4) oddział pisarzy.

— W początkach b. m. odbyła się skromna uroczystość 50-lecia założenia Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. Kilkudziesięciu wychowalców tej uczelni zebrało się dla wspólnej pogawędki. Szczegóły podamy później.

**Zmarli.** D-r Władysław Babiński we wrześniu r. b. w Krasnem (na Podolu), w wieku lat 74.

D-r Stanisław Kopeć dnia 9 października r. b. w Warszawie, w wieku lat 69.



---

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.