

GAZETA LEKARSKA.

I. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. ELZENBERGA DLA CHORYCH SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH PRZY
SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum
et lymphangiectodes,
odrębną postać t. zw. sarcomatosis cutis.

Podał

Robert Bernhardt,

Lekarz szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Przypadek *sarcomatosis cutis*, który poniżej podaję, wyłamuje się ze zwykłych ram dotychczas znanych typów klinicznych. Budowa anatomiczna posiada coprawda wiele wspólnych cech z typem a) Kaposi'ego, lecz obraz kliniczny o tyle się od niego różni, iż wyodrębnienie tego przypadku jako oddzielnej postaci wydaje mi się zupełnie uzasadnionem.

Abraham Uszer W., 26 lat, wyznania mojżeszowego, szklarz z miasteczka Wiskitki, zapisał się na oddział 4 VI. 1901 r. [Głównej księgi Nr. 2764]. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Rodzice żyją i są zdrowi. Z rodzeństwa [2 braci i 4 siostry] jedna tylko z sióstr oddawna cierpi na oczy. Nikt też ani z bliższej, ani z dalszej rodziny nie podlega takiej chorobie, jaką spostrzegamy u naszego pacyenta. Sam on, pomijając wiek dziecięcy, był zawsze zupełnie zdrow. Chorób wenerycznych nie przechodził.

Cierpienie, które nas obecnie zajmuje, poczęło się rozwijać przed 7-iu—8-iu laty przy następujących okolicznościach. Ojciec W. jest właścicielem łaźni [mykwy] w Wiskitkach. Pacjent nasz dopomagał ojcu i przy swych zajęciach częstokroć przemacał nogi, co bywało powodem niejednokrotnych zaziębień. Mniej więcej przed 7-iu—8-iu laty W. dostał róży na lewej kończynie dolnej i przeleżał kilka tygodni w łóżku. Po wyzdrowieniu powrócił do swych zajęć,

lecz niebawem zauważył, że żyły lewej kończyny dolnej cokolwiek się wzdęły, a prawie jednocześnie wystąpił tam umiarkowany obrzęk, sięgający wysokości połowy uda. Obrzęk, powodujący słabe swędzenie, był najwidoczniejszy za dnia, gdy pacjent chodził, podczas gdy przy leżeniu, np. w nocy, zniknął niemal zupełnie. Dlatego też pacjent pozostawał nieraz po kilka tygodni w łóżku, pragnąc zaoszczędzić chorą nogę. Taki stan z wahaniami w napięciu trwał około roku, poczem obrzęk znikł. Po pewnym czasie na skórze tejże kończyny poczęły się tworzyć, wedle słów chorego, „czerwone plamy“, które się z wolna powiększały i zlewały ze sobą. Początkowo wystąpiły one na palcach, następnie po kolei na stopie i goleni, a wreszcie przed 1—1½ roku i na udzie.

Przy wstąpieniu na oddział stan pacjenta był następujący.

Mężczyzna wzrostu więcej niż średniego o prawidłowej budowie ciała i dobrym odżywianiu.

Zmiany patologiczne umiejscawiają się wyłącznie na lewej kończynie dolnej i najjaskrawiej występują na stopie. Cała stopa wraz z palcami jest dosyć znacznie powiększona ¹⁾ i niekształtna. Normalne zarysy, zwłaszcza w okolicy kostek, zniesione, fałdy skóry—wygładzone, grzbiet zaś stopy wydaje się wzdętym, niby poduszka. Na całej przestrzeni, począwszy od palców, a skończywszy na goleni aż do linii, położonej mniej-więcej na 4 poprzeczne palce powyżej kostek, skóra uległa jednakim zmianom. Posiada ona zabarwienie niejednolite. Przeważa ton czerwono-fioletowy, który zresztą o tyle jest zmienny, iż miejscami przechodzi w kolor ciemno-czerwony, czerwono-sinawy lub sinoczerwony. Przy dobrym dziennym oświetleniu można się jednak zawsze przekonać, iż zasadniczymi barwami pozostają czerwona i fioletowa. Powierzchnia skóry jest równa, gładka, lśniąca i sucha, a miejscami naskórek nieco się łuszczy. Zwykły rysunek powierzchni skóry jest zupełnie zatarty. Wylotów torebek włosowych, jak również i włosów nie można nigdzie dostrzedz. Skóra wydaje się zgrubiałą, jej zaś konsystencja jest miękka, ciastowata. Zebrać fałdę udaje się wszędzie, lecz fałda jest mała i bardzo cienka, gdyż widocznie składa się tylko z bardziej powierzchniowych warstw skóry. Przy ucisku palca tworzy się głęboki dołek, która jednak dosyć szybko się wyrównywa. Jeżeli następnie podniesiemy nogę pacjenta i potrzymamy ją przez pewien czas w tej pozycji, wówczas przekonamy się, że powierzchnia schorzałej skóry pokrywa się mnóstwem drobnych fałdeczek o kierunku podłużnym i poprzecznym. Skóra wydaje się wtedy nazbyt obszerną dla danej miejscowości ciała. Wystarczy jednak zmienić położenie nogi, na przykład kazać pacjentowi stanąć, a fałdy natychmiast znikają. Odbieramy zatem wrażenie, iż zmieniona skóra jest jakby przesiąknięta jakąś cieczą. W rzeczy samej, po ukłuciu szpilką poczyną się sączyć ze skóry surowiczo-krwawy płyn, a sączenie to nawet po jednorazowym ukłuciu trwa 4—5 dni. Skóra więc jest nie tylko przesiąknięta surowicą, lecz do pewnego stopnia straciła też swą sprężystość.

¹⁾ Obwód lewej stopy w środkowej jej części 28 ctm., prawej — 23 ctm.; obwód stawu skokowego, przez piętę i kostki mierzony, po stronie lewej 35 ctm., po prawej—31 ctm.

Opisana przestrzeń zmienionej skóry kończy się na goleni festonowatym, bardzo ostro odgraniczonym, lecz niewzniesionym brzegiem, którego barwa też jest daleko ciemniejsza—brunatno-czerwona. Ostre odgraniczenie najwyraźniej występuje przy wymacywaniu. Przekonywamy się wówczas, że brzeg ten jest ostry, jak nożem wycięty, i bardzo twardy. Ponieważ zaś spoistość zmienionej skóry jest ciastowata, więc też przy przesuwaniu palca w kierunku od względnie zdrowej ku chorej skórze czujemy, że koniec palca po minięciu brzegu nagle zapada się w jakąś miękką masę. Wreszcie nadmienić należy, że przy silnym, głębokim ucisku na schorzałą skórę pacjent odczuwa umiarkowany tępy ból; słaby ucisk takiego uczucia nie powoduje.

Na skórze goleni, zwłaszcza na powierzchni przedniej i bocznych, widać liczne ogniska chorobowe kształtu okrągłego, owalnego, podłużno-owalnego, rzadziej nieprawidłowego, wielkości od przekroju ziarna grochu polnego do 50-kopiejkowej monety srebrnej. Niektóre ogniska zlewają się ze sobą. Barwa ich waha się między ciemno-czerwoną i czerwono-fioletową. Ogniska te nie wznoszą się ponad poziom otaczającej skóry. Ich powierzchnia jest równa, gładka, pozbawiona włosów, rysunek zaś — po większej części zniesiony. Spoistość ich jest miękka, ciastowata; przy ukłuciu szpilką poczyna się sączyć surowiczno-krwawy płyn. Ogniska są bardzo ostro odgraniczone, a ich ciemniejsze brzegi posiadają takie własności, jakie wyżej opisałem. Ogniska te nie są bolesne przy ucisku.

Na wewnętrznej powierzchni stawu kolanowego znajduje się ostro odgraniczone ognisko o brzegach festonowatych, którego długość dochodzi do 13-tu ctm., szerokość do 7-ju ctm. Tutaj skóra posiada barwę śliwkową, a jej spoistość jest miękka, lecz nie tak ciastowata, jak np. na stopie. Rysunek powierzchni zmienionej skóry jest po części zachowany. Gdzienigdzie też widać wylot torebki włosowej wraz z sterzącą cienką łodygą zupełnie odbarwionego włosa. Takież trzy zlewające się ogniska widać w dołku podkolanowym. Na skórze wewnętrznej powierzchni dolnej połowy uda również znajduje się kilka ognisk chorobowych okrągłego lub poprzeczno-owalnego kształtu, średnicy 3—5-ju ctm. Ogniska są barwy śliwkowej, a poza tem posiadają także własności, jak i mieszczące się w okolicy kolanowej. Tylko dwa ogniska, najwyższe położone i widocznie najświeższej daty, mają nieco odmienny wygląd. Nie są one zbyt ostro odgraniczone, a brzegi nie uwydatniają się tak, jak gdzie indziej. Część środkowa jest dosyć głęboko wciągnięta, jak gdyby przez bliznę, rozwijającą się w tkance podskórnej. Spoistość tych ognisk mało się różni od skóry normalnej. Barwa jest jasno czerwona, przyczem środkowe części są ciemniejsze, niż obwodowe.

Na goleni i w okolicy stawu kolanowego skóra, położona między ogniskami, również uległa pewnym zmianom. Jest ona dosyć znacznie zgrubiała, bardzo twarda, a na goleni prócz tego nieco napięta tak, że jej w fałdę zebrać nie można. Uciskanie palcem nie pozostawia dołku. Zabarwienie skóry jest żółto-brunatne i najwyraźniej występuje dokoła ognisk chorobowych w kształcie dosyć szerokich brunatnych obwódok. Na udzie skóra prawie się nie różni

od normalnej. Tylko dokoła ognisk jest ona cokolwiek zgrubiała, twardsza i ciemno zabarwiona.

Skóra innych miejsc ciała jest zupełnie normalna. Na tułowiu widać kilka drobnych okrągłych blizn [po liszajcach]. Na III-im palcu prawej ręki — brodawka.

Badanie układu mięśniowego i kostnego. Zmiany spostrzegamy jedynie na lewej kończynie dolnej. Mięśnie lewej goleni uległy zanikowi. Obwód lewej goleni w części środkowej 31,5 ctm., prawej—36 ctm. Mięśnie uda—bez zmian. Kości palców lewej stopy wyczuć wcale nie można. Zgrubiałe, niekształtne palce robią wrażenie pochewek, napełnionych jakąś miękką, elastyczną masą. Szerokość ruchów biernych jest nienormalnie powiększona. Palce można nad miarę zgiąć, a prócz tego przegiąć do 120° w kierunku ku grzbietowi stopy. Ruchy boczne palców również są nienormalnie rozległe. Wyjątek stanowi palec, u którego nasady wyczuwamy większą rezystencję i który nie pozwala się przegiąć. Przy ruchach biernych pacjent uskarża się na tępe bóle w palcach. Przednie nasady kości śródstopowych są bardzo miękkie i bolesne przy ucisku. W pozostałych kościach stopy widocznych zmian wykryć nie zdołałem. Na przedniej powierzchni piszczeli wyczuwamy kilka powierzchownych nadżarć w kształcie dołeczków. Uważne badanie przekonywa jednak, iż nadżarcia ściśle odpowiadają ogniskom na skórze i że wrażenie dołeczków otrzymujemy jedynie wskutek zapadania się badającego palca w ciastowatą masę ognisk.

Przy staniu i chodzeniu pacjent zazwyczaj nadaje chorej kończynie położenie odsiebne i nieco ją zgina w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym, opierając się tylko na pięcie. Przy chodzeniu pomaga sobie grubą laską, o którą się całym ciężarem opiera obu rękoma, a lewą nogę przesuwając po podłodze. Chodzenia na całej stopie unika, gdyż sprawia mu to ból. Nawet przy leżeniu pacjent trzyma nogę w pozycji zgiętej, twierdząc, iż mu tak wygodniej, choć wyprostowanie nie robi mu żadnej zgoła trudności. Wogóle ruchy czynne w stawie biodrowym i kolanowym są zupełnie prawidłowe, w skokowym jednak nieco ograniczone. Ruchy bierne w pomienionych stawach — normalne [prócz palców, o których p. wyż.].

Na zdjęciu ROENTGEN'owskim lewej stopy widać, że kości palcowe są tak dokładnie zniszczone, iż nie można dostrzedz nawet ich zarysów. Słaby cień pozostawia tylko I członek palucha. Przednie nasady kości śródstopowych, prócz pierwszej, również uległy zniszczeniu. W piszczeli i strzałce prześwietlanie promieniami X nie zdołało wykryć żadnych zmian.

Badanie układu nerwowego. Czynność nerwów czaszkowych—zupełnie prawidłowa. Czucie skórne [odczuwanie dotykania, bólu i ciepłoty] jest wszędzie dobrze zachowane, nawet na kończynie chorej. Tylko w obrębie wyżej opisanych ognisk chorobowych odczuwanie bólu jest nieco upośledzone, gdyż przy ukłuciu szpilką pacjent doznaje tutaj tylko uczucia dotknięcia. Parastezyi niema. Odruchy kolanowe—wzmózone; odruch podszwowy po stronie

prawej zachowany, po lewej—zniesiony. Pobudliwość elektryczna mięśni—prawidłowa. Oddawanie moczu i kału odbywa się normalnie.

W narządach wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Ciepłota 36,8. Błony śluzowe—barwy zwykłej. Gruczoły pachwinowe lewe są nieco powiększone, pozostałe—bez zmian.

Rozpoznanie, które z powodu niezwykłości obrazu klinicznego początkowo się wahało, zostało ustalone za pomocą biopsyi. Badanie kawałka skóry, wyciętego z małego ogniska na goleni, przekonało, iż mamy do czynienia z tkanką mięsakową¹⁾. Wobec tego zacząłem podawać choremu arsenik najpierw w postaci wstrzykiwań podskórnych *natrii arsenicosi* [0,04 p. die], potem w pigułkach azyatyckich [à 0,005]. Pacjent doskonale znosił arsenik i brał go około 9-iu tygodni, jednak bez żadnego dodatniego wpływu na sprawę miejscową. Przez cały też czas trwania obserwacji [do 1. XI. 1901] nie spostrzegłem wybitnych zmian w stanie chorego. Na goleni tylko powstało jedno małe ognisko wielkości przekroju ziarna grochu polnego. Poza tem obraz kliniczny był stale ten sam. Nie mogłem też stwierdzić niewątpliwego powiększania się ognisk chorobowych, choć wymiary wykazywały, iż brzeg rozlanych zmian na stopie prawdopodobnie posunął się o 2—3 mm., leży to bowiem najzupełniej w granicach omyłki.

[D. n.]

II. BADANIA NAD ZACHOWYWIANIEM SIĘ CZYNNOŚCI ŻOŁĄDKA W RÓŻNYCH OKRESACH SYFILISU.

Podał

Dr W. Róbin.

[Praca, wykonana na oddziale chorób wenerycznych dra St. MARKUSFELDA].

— † — † —

Badania anatomo-patologiczne stwierdziły niewątpliwie, że syfilis może wywołać poważne zmiany anatomiczne w żołądku. Zmiany te, według autorów, polegają na wytworzeniu się bądź ziarniniaka bardziej rozlanego („*gummöse Granulation*“), bądź ograniczonych ziarniniaków, bądź owrzodzeń z rozpadających się ziarniniaków. Posiadamy dotąd kilkanaście prac w tym względzie, zawierających wyniki ścisłych badań. Tak CORNIL i RANVIER (3) wykryli u 39-letniego mężczyzny z syfilisem nabytym ziarniniaki w wątrobie i kilka guzów syfilitycznych na małej krzyżownicy żołądka. WEICHELBAUM (2) stwier-

¹⁾ Rana goiła się bardzo opieszale, a surowiczy płyn sączył się z niej dosyć obficie w ciągu 10-in dni.

dził u 25-letniego osobnika ze zmianami syfilitycznymi gardzieli, nosa i wątroby dwa owrzodzenia na tylnej ścianie żołądka. BIRCH-HIRSCHFELD (5) wykrył u trzech syfilityków owrzodzenia swoiste w okolicy odźwiernika i wpustu. CHIARI (7), BITTNER (9), BUDAY (6), FRAENKEL (14), OBERNDORFER (15) stwierdzili zgrubienia syfilityczne na tylnej i przedniej ścianie żołądka w przypadkach syfilisu nabytego i wrodzonego.

Tymczasem tak w praktyce codziennej, jak i w klinice mało zwracamy uwagi na syfilis, jako moment etyologiczny cierpienia żołądka. Czy to w przypadku wrzodu żołądka, czy guza żołądka, nie kierujemy zazwyczaj naszych wywiadów w stronę syfilisu, a w razie nawet stwierdzenia, że dany chory przebył syfilis, nie myślimy o rozpoznawaniu cierpienia swoistego żołądka. Posiada to jednakże olbrzymie znaczenie praktyczne tak ze względu na rokowanie, jak i na leczenie.

Przyczyna owego zaniedbywania roli syfilisu w etyologii cierpienia żołądka tkwi w tem, że nie posiadamy dotąd żadnych wskazówek, jak można odróżnić sprawę specyficzną żołądka od zwykłej, zdarzyć się mogącej w przebiegu przymiotu, że nie wiemy, czy syfilis żołądka przebiega inaczej, niż sprawy nieswoiste, czy wywołuje charakterystyczne zmiany, sobie właściwe, w trawieniu żołądkowym, a przede wszystkim, że zdania autorów są dotąd zupełnie niezgodne co do częstości występowania cierpienia swoistych żołądka w przebiegu syfilisu. Gdy bowiem jedni autorzy, opierając się na danych sekcji, uważają sprawy syfilityczne żołądka za bardzo rzadkie [CHIARI (7) na 243 badań pośmiertnych spostrzegł dwa razy zajęcie żołądka, STOLPER (10) na 86 badań pośmiertnych—1 przyp. syf. żół.], inni natomiast sądzą, że cierpienia swoiste żołądka zdarzają się o wiele częściej. To ostatnie zdanie podziela DIEULAFOY (11), który prócz tego twierdzi, że syfilis żołądka występuje pod różnorodnymi postaciami, jako to: nadżerek krwotocznych, nacieczenia ziarninowego, t. zw. *plaques*, ziarniniaków ograniczonych, owrzodzeń i blizn po owrzodzeniach. W ostatnich czasach mnożą się również opisy kliniczne przypadków cierpienia żołądka u syfilityków, leczonych bezskutecznie wszelkimi metodami zwykłymi, a szybko w końcu wyleczonych dzięki zastosowaniu kuracji swoistej. Ciekawe pod tym względem jest spostrzeżenie ANDRAL'a (1): 29-letnia kobieta doznawała bólów w dołku po każdym jedzeniu i często wymiotowała; leczenie w ciągu 3-ch miesięcy skutku nie odniosło; nagle chora uczuła bóle przy połykaniu, a badanie stwierdziło obecność w gardzieli owrzodzeń, podobnych do syfilitycznych; po zastosowaniu leczenia swoistego wszystkie objawy żołądkowe minęły w zupełności; należy tu przypuścić istnienie owrzodzeń w żołądku natury syfilitycznej. Podobne spostrzeżenia opisali HEMMETER, DIEULAFOY, FOURNIER [krwotoki żołądkowe], MACKAY, EINHORN (13). Ten ostatni autor opisał dwa przypadki wrzodu żołądka, jeden przypadek guza żołądka i dwa przypadki zwężenia odźwiernika z następczem rozszerzeniem żołądka; we wszystkich tych przypadkach zwykle leczenie pozostało bezskuteczne, dopiero rtęć z jodem dały wynik pomyślny, chorzy bowiem wkrótce do zdrowia powrócili, objawy zwężenia znikły, guz nie dawał się więcej wyczuć; autor rozpoznaje na tej zasadzie

w tych przypadkach wrzód żołądka syfilityczny, gumat żołądka i zwężenie odźwiernika, powstałe również w następstwie sprawy syfilitycznej.

Co się tyczy objawów klinicznych cierpień syfilitycznych żołądka, to wszyscy³ autorzy zgadzają się na to, że nie charakterystycznego objawy te nie przedstawiają, t. j. że niczem się nie różnią od tychże objawów przy zwykłych cierpieniach żołądka. W przypadkach syfilisu żołądka, stwierdzonego na sekcji, podane są następujące skargi chorych: bóle żołądka, wymioty, odbijania i t. d.; niektórzy autorzy wszakże wprost twierdzą [CHIARI (6)], że chorzy ich za życia żadnych dolegliwości żołądkowych nie mieli. Z tego wynika, że syfilis żołądka może przebiegać zupełnie skrycie, nie wywołując żadnych objawów podmiotowych.

O zachowywaniu się trawienia żołądkowego w syfilisie wiemy dotąd bardzo niewiele. O ile bowiem mogliśmy z literatury się dowiedzieć, dwaj tylko autorowie podają w tym względzie wskazówki. E. FRAENKEL (14) stwierdził u swego chorego za życia brak wolnego HCl; chory ten, prócz owrzodzeń syfilitycznych w kiszkiach cienkich, miał zgrubienia i owrzodzenia swoiste na błonie śluzowej żołądka i umarł wskutek zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu wrzodu kiszek cienkich. HEMMETER i STOKES (12) również stwierdzili brak zupełny HCl i fermentów żołądkowych u chorego, u którego oględziny pośmiertne stwierdziły zapalenie żołądka przerostowe z zanikiem błony śluzowej i zwężeniem przerostowym odźwiernika natury swoistej. Poza tem jeszcze EINHORN (13) w swoim przypadku gumatu żołądka, w którym badanie pośmiertne nie było dokonane, spostrzegł brak wolnego HCl.

Wobec tego wszystkiego uważaliśmy za stosowne zabrać się do opracowania powyższych kwestyi w nadziei, że może uda nam się choć w części rzucić światło na ciemne te sprawy. W tym celu poddaliśmy badaniu 40 chorych, dotkniętych syfilisem w różnych okresach (t. j. *syphilis condylom. recens, syph. condyl. recidiva, syph. condyl. in stadio latentiae, syph. gummosa, syph. tarda*), a leczących się na oddziale chorób wenerycznych szpitala Starozakonných w okresie czasu od dnia 15. IV. do dnia 15. XII. roku 1901¹⁾. Wzięliśmy sobie za zadanie zbadać: 1) jak zachowuje się trawienie żołądka u syfilityków w różnych okresach przed stosowaniem kuracyi specyficznej, względnie jakie zmiany w czynności żołądka wywołuje syfilis, 2) czy i jakie objawy podmiotowe ze strony żołądka przedstawiają te chore w tymże czasie, 3) jak wpływa leczenie swoiste na czynność chemiczną i mechaniczną żołądka, 4) jak wpływa to leczenie na objawy podmiotowe spostrzegane, 5) czy i jakie objawy uboczne ze strony przewodu pokarmowego wywołuje kuracya rtęciowo-jodowa.

Każdą chorą, o ile to było możliwe, badaliśmy natychmiast po przybyciu do szpitala, przed zastosowaniem jakiegokolwiek leczenia. Po zebraniu wywiadów i zbadaniu narządów wewnętrznych łącznie z układem nerwowym, dokonywane było badanie moczu i trawienia żołądkowego. Żołądek badany był jednego dnia na czczo, drugiego po śniadania próbnem EWALD'a. Jeśli stan

¹⁾ Sz. drowi MARKUSFELDOWI za łaskawe użyczenie mi materiału na swoim oddziale i za pomoc w wykonaniu niniejszej pracy składam na tem miejscu szczerze podziękowanie.

chorej pozwalała wstrzymać kurację swoistą, to badanie czynności żołądka staraliśmy się powtarzać po raz drugi. Po zastosowaniu zaś kuracji badanie trawienia żołądkowego dokonywane było co parę dni, aby przekonać się o wpływie leczenia na czynności żołądka. Równocześnie śledziliśmy za objawami podmiotowymi ze strony żołądka i za wpływem na nie leczenia swoistego, jak również na powstawanie nowych objawów. Wreszcie staraliśmy się przeprowadzić badanie trawienia żołądkowego jeszcze w jakiś czas po ukończeniu kuracji specyficznej i w tym celu polecaliśmy chorym zgłaszać się do szpitala po upływie 1—3 tygodni.

Na czczo wydobywaliśmy zawartość z żołądka przy pomocy ekspresji, w razie zaś ujemnego wyniku tejez wlewaliśmy do żołądka wodę, którą wydobywaliśmy napowrót. Jak zwykle, określaliśmy ilość zawartości żołądka, jej konsystencję, barwę, woń, odczyn, ilość wolnego HCl, ogólną kwasność, kwas mleczny, peptony, w razie potrzeby ilość związanego kwasu solnego i obecność pepsyny. Oglądanie pod mikroskopem zawartości żołądkowej uzupełniało badanie.

Ilościowe oznaczanie wolnego HCl dokonywane było połączonymi metodami RIEGEL'a i TOEPFER'a [do 100 ctm. sz. zawartości żołądka dolewaliśmy 2—3 krople dimethylamidoazobenzolu i dodając $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu wodoru sodu, sprawdzaliśmy obecność wolnego HCl w płynie za pomocą papieru Kongo, śledząc jednocześnie za zmianą czerwonej barwy płynu; za koniec reakcji uważaliśmy chwilę, gdy papier Kongo przestał zabarwiać się na niebiesko i barwa czerwona płynu przechodziła w żółtawą]. Metody tej używaliśmy dlatego, że naszym zdaniem posiada ona przewagę nad metodą MINTZA, przy której zużywa się dość dużo badanego płynu na próby jakościowe z odczynnikami GUENZBURG'a. Związany HCl oznaczany był metodą TOEPFER'a. Dla stwierdzenia obecności pepsyny używaliśmy krążków białka kurzego, które trzymaliśmy w termostacie w ciągu 24-ch godzin.

Ogółem dokonaliśmy badań czynności żołądka 223, z tych 92 badania u 16-tu chorych w III-im okresie syfilisu i 131 badanie u 24-ch chorych w innych okresach syfilisu.

Przedewszystkiem podajemy wyniki badań chorych, dotkniętych syfilisem III-okresowym, gdyż materiał ten według nas szczególnie nadaje się do rozstrzygnięcia wyżej wspomnianych kwestyi: zmiany chorobowe w III-im okresie są zazwyczaj głębsze i ściślej umiejscowione, wpływ tych zmian może być ściślej lokalny, wreszcie w III-im okresie można wykluczyć wpływ zatrucia ustroju toksynami syfilitycznymi, co na chemizm żołądka wpływ okazać może.

Zachowywanie się czynności żołądka w III-im okresie syfilisu było następujące:

Z pośród 16-tu spoztrzeganych chorych u 6-ciu zarówno chemizm, jak i mechanizm żołądka okazały się prawidłowymi. Chore owe cierpiały na przymiot od 4, 8, 5, 7, $1\frac{1}{2}$, i 8 lat. Pięć z nich żadnych skarg na żołądek nie podawały, jedna zaś uskarżała się na zmniejszone łaknienie, wstręt do mięsa i nudności po jedzeniu (*dyspepsia nervosa?*). Chore owe przybyły z gumatami w różnych miejscach ciała, jako to: na podniebieniu twardem i miękkim, na

przegrodzie nosa, na goleni i t. d. Tak więc u chorych syfilityków z gumatami, cierpiących oddawna, sprawność żołądka może okazać się zupełnie prawidłową; procentowo wyrażać się to będzie: 37,5%.

W 4-ch przypadkach stwierdziliśmy nadkwaśność trawienną bądź przed zastosowaniem leczenia swoistego, bądź po ukończeniu kuracyi swoistej. W jednym z tych 4-ch przypadków prócz tego miało miejsce wydzielanie na czczo soku żołądkowego o niezbyt wysokiej kwaśności [$\text{HCl}=0,06\%$, og. kw. 0,168%]. Czynność ruchowa była prawidłowa. W 3-ch przypadkach żadnych skarg na żołądek chore nie podawały, w 1-y m natomiast chora uskarżała się na zmniejszony apetyt, odbijania puste, nudności i bóle w dołku po jedzeniu. Wobec stwierdzenia u tej chorej wybitnej nadkwaśności trawiennej [$\text{HCl}=0,208\%$, og. kw. = 0,372%] mamy prawo z dużem prawdopodobieństwem przypuścić, że mieliśmy tu do czynienia z cierpieniem swoistem [owrzodzenie] żołądka [chora miała gumat owrzodzony twardego podniebienia]. Za przypuszczeniem owrzodzenia swoistego żołądka przemawia tu jeszcze ta okoliczność, że w następstwie, pod wpływem leczenia swoistego, cyfry wolnego HCl i og. kw. zmniejszyły się widocznie, kilkakrotne badanie wykazało bowiem wolnego HCl = 0,120%, og. kw. = 0,288%, a objawy podmiotowe prawie znikły.

W 1-y m przypadku stwierdziliśmy cechy nieżytu śluzowego przewlekłego. Chora 17-letnia z syfilisem, nabytym sposobem zewnątrzplciowym (*virgo intacta*), ma obecnie gumat na goleni; skarg podmiotowych na żołądek chora nie podawała. Po śniadaniu w zawartości żołądkowej znaczna ilość śluzu, miazga niedokładnie strawiona, ilość $\text{HCl}=0,024\%$, ilość związanego HCl = 0,076%, og. kw. = 0,168%.

W 3-ch przypadkach stwierdziliśmy zmniejszoną kwaśność soku żołądkowego i wreszcie w 2-ch zupełny brak wolnego HCl. Te ostatnie dwa przypadki zasługują na bliższą uwagę: 25-letnia chora T., cierpi na przymiot od 15-tu lat, obecnie przybyła do szpitala z gumatem owrzodzonym łuku podniebienio-językowego prawego, skarży się na zmniejszenie apetytu od paru tygodni, odbijania kwaśne, ściskania w dołku po jedzeniu, bóle głowy, silne zwłaszcza w nocy; badanie żołądka wykazało zupełny brak tak wolnego, jak i związanego HCl po śniadaniu próbnem, niską ogólną kwaśność, jakoteż brak pepsyny; badanie to powtarzane było kilkakrotnie z podobnym wynikiem (*gastritis atrophicans*). Wobec tego, że chora cierpiała na przymiot od 15-tu lat, że w czasie badania spostrzegaliśmy powiększenie gruczołów szyjowych i rozpadający się na obszernej przestrzeni gumat prawego migdała i łuku podniebienio-językowego, że zarówno skargi chorej, jak i badanie obiektywne żołądka stwierdziło sprawę zanikową w jego błonie śluzowej, powstaje pytanie, czy nie mieliśmy tu do czynienia ze sprawą syfilityczną żołądka [np. gumatem, zapaleniem śródmiąższowem żołądka], która spowodowała ów zanik gruczołów żołądka? Zgadzałby się ten wniosek z danymi dotychczasowymi, jakie posiadamy w sprawie chemizmu żołądka w przypadkach niewątpliwych jego gumatów. Jakaśmy bowiem poprzednio zaznaczyli, FRAENKEL i HEMMETER spostrzegali za życia brak wolnego HCl u chorych, u których na sekcji okazały się gumaty owrzodzone żołądka i zapalenie przerostowe żo-

ładka na tle syfilitycznym. Przypominamy tu także ciekawy przypadek EINHORN'a, który stwierdził brak wolnego HCl u chorego z guzem żołądka; guz znikł jedynie po zastosowaniu leczenia swoistego.

Drugi przypadek braku wolnego HCl dotyczył 11-letniego dziecka z syfilisem złośliwym (*syph. maligna*), nabytym przed 1½ rokiem drogą pozapłciową od matki; chora, wycieńczona chorobą, przybyła z licznymi gumatami na nosie, czole, uchu i obu kończynach górnych i uskarżała się na brak apetytu, bóle brzucha i biegunkę; i tu kilkakrotne badanie żołądka wykazało zupełny brak wolnego HCl, lecz obecność niedużej ilości związanego HCl [C=0,072%] i pepsyny w ilości zmniejszonej. Czy i u tej chorej nie miała miejsca w żołądku sprawa swoista (gumat, *gastritis interstit.*), która pociągnęła za sobą upośledzone wydzielanie?

Zachodzi pytanie, w jaki sposób syfilis może spowodować zanik lub upośledzenie wydzielania soku żołądkowego? Dane anatomo-patologiczne dowodzą, że ogólną cechą spraw syfilitycznych żołądka stanowią ziarniniaki; ziarniniaki te mogą być ograniczone i bardziej rozlane; głównym zaś siedliskiem ich najczęściej jest błona podsłuzowa żołądka. Stąd sprawa może przejść na błonę śluzową, która [może wziąć udział w wytwarzaniu nowej tkanki lub też zaniknąć zupełnie. W tym ostatnim przypadku spostrzegać będziemy upośledzone wydzielanie soku żołądkowego.

Ciekawe wreszcie z tego samego względu są dwa przypadki ze zmniejszoną ilością wolnego HCl. Chora 16-letnia przybyła z gumatami goleni i z *osteitis condens. tibiae dextrae*, trwającymi 4 lata, w stanie znacznego wyniszczenia, które doszło do tego stopnia, że chora nie była w stanie opuszczać łóżka; żadnych dolegliwości żołądkowych chora nie doznawała, badanie zaś trawienia stwierdziło nieco zmniejszoną ilość wolnego HCl. Zmniejszenie to ilości wolnego HCl stwierdzone zostało również po pięciu dniach, już po zastosowaniu leczenia swoistego, po dalszych zaś 7-iu dniach wykryto zupełny brak wolnego HCl i bardzo niską og. kwaśność [A=0,072%]; w tym czasie wycieńczenie chorej doszło do *maximum*. Wkrótce jednakże stan chorej zaczął się widocznie poprawiać, a po śniadaniu próbnym cyfry wolnego HCl i ogólnej kwaśności stawały się coraz wyższe [po 8-iu dniach L=0,064%, A=0,212%, po dalszych 8-iu dniach L=0,080%, A=0,272%, po następnych 13-tu dniach L=0,140%, A=0,320%, wreszcie po miesiącu i 4-ch dniach L=0,168%, A=0,344%], tak, że po miesiącu przeszło otrzymaliśmy już wyraźną nadkwaśność soku żołądkowego. Zupełnie niemal tak samo zachowywał się chemizm żołądka i w drugim przypadku ze zmniejszoną kwaśnością, w którym spostrzegaliśmy również przemijający brak wolnego HCl, a następnie podniesienie stopniowe ilości wolnego HCl do normy.

Jak tu wytłómaczyć owo zmniejszanie się wydzielania soku żołądkowego w początku aż do zupełnego braku wolnego HCl i widoczne następnie wzmaganie się kwaśności? Naszem zdaniem jest tu bardzo prawdopodobne istnienie sprawy swoistej w żołądku, której wyrazem były zmniejszona ilość i brak zupełny wolnego HCl, a która pod wpływem energicznej kuracji swoistej stopniowo ulegała poprawie.

Streszczając tedy otrzymane wyniki, widzimy przedewszystkiem, że chorzy, dotknięci syfilisem III-okresowym przedstawiają pod względem chemizmu żołądka wszelkie możliwe odmiany, a mianowicie spotykamy tu zarówno chemizm prawidłowy [37,5‰], jak nadkwaśność trawienną, sokotok, niezbyt śluzowy żołądka, zmniejszoną ilość wolnego HCl, wreszcie zupełny brak wolnego HCl i pepsyny. O charakterystycznym tedy zachowywaniu się czynności wydzielniczej żołądka dla wszystkich wogóle przypadków syfilisu III-okresowego nie ma mowy. Stąd wynika, że na zasadzie stanu chemizmu żołądka w przypadku syfilisu III-go okresu z pewnością rozpoznawać spraw swoich żołądka nie możemy. Biorąc jednak na uwagę, że w przypadkach niewątpliwych gumatów żołądka spostrzegany był brak wolnego HCl, możemy w odpowiednim przypadku podejrzewać również istnienie cierpienia specyficznego żołądka [gumat, owrzodzenie, *gastritis hypertrophica* i t. d.], biorąc na uwagę, rzecz prosta, i inne towarzyszące objawy. Podejrzewając zaś istnienie sprawy specyficznej w żołądku, zastosujemy leczenie swoiste i może nieraz uda nam się dzięki temu chorego uwolnić od dolegliwości a niepomyślne rokowanie zmienić na pomyślne. Jest to tem ważniejsze, że w przypadkach z brakiem wolnego HCl niejednokrotnie rozpoznawany bywa przy istnieniu odpowiednich objawów rak żołądka. Sądźmy tedy, że jeśli u chorego, znajdującego się w III-im okresie syfilisu i cierpiącego na żołądek, stwierdzony zostaje brak wolnego HCl, to powinniśmy przedewszystkiem pomyśleć o możliwości istnienia sprawy swoistej w żołądku i zastosować kurację specyficzną. Rzecz prosta, że wobec różnorodności spraw specyficznych, mogących zachodzić w żołądku, zrozumiałe jest i różnorodne zachowywanie się chemizmu żołądka i że tym sposobem stwierdzenie nadkwaśności naprz. nie wyklucza sprawy specyficznej żołądka, lecz tych cierpień na zasadzie dotychczasowych naszych wiadomości rozpoznawać stanowczo nie możemy. Wreszcie radziłybyśmy posuwać naszą ostrożność jeszcze dalej i w każdym wogóle przypadku braku wolnego HCl, w którym wyczuwany guz, a poważny wiek chorego lub inne objawy każą nam rozpoznawać raka żołądka, ściśle i uporczywie kierować wywiady w stronę syfilisu, szukać przejawów syfilisu na skórze i w innych narządach ciała i w razie niezupełnej pewności w rozpoznaniu raka, zastosować kurację specyficzną przed stanowczem orzeczeniem o istnieniu raka, gdyby nawet chory zaprzeczał przebycie syfilisu. Wiemy wszakże, jak z jednej strony trudno nieraz z zupełną pewnością rozpoznać raka żołądka i jak często spotykamy przypadki ze wszystkimi cechami raka, z brakiem HCl i obecnością kwasu mlecznego, okazujące się po dłuższej obserwacji cierpieniami dobrotliwymi, a z drugiej strony jak często syfilis narządów wewnętrznych ujawnia się bez żadnych dostrzegalnych dla chorego poprzedzających objawów, że wspomniemy tylko o syfilisie układu nerwowego.

Objawy podmiotowe ze strony przewodu pokarmowego, na jakie skarżą się chorzy w III-im okresie syfilisu, nie mogą oddać żadnej usługi w sprawie rozpoznawania cierpień specyficznych żołądka; wszystkie bowiem spotykane tu skargi nie różnią się wcale od takichże skarg w innych cierpieniach żołądka; charakterystycznych objawów wykryć nie mogliśmy. Zaznaczamy tu jeszcze, że większość chorych wcale dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego

nie doznawała, na 16 bowiem chorych tylko 4 chore [25%] skargi w tym względzie podawały. Trzy przypadki nadkwaśności i jeden przypadek nieżytu śluzowego przebiegały zupełnie bez objawów podmiotowych.

Przechodzimy do kwestyi wpływu kuracyi specyficzej na chemizm i mechanizm żołądka¹⁾. Otóż okazuje się, że stałego wpływu, jednakowego dla wszystkich przypadków, leczenie swoiste nie wywiera. Z pośród naszych 16-tu przypadków w 8-iu przypadkach mogliśmy stwierdzić zupełny brak wpływu frykcyi i jodu na chemizm i mechanizm żołądka, pomimo długiego nieraz stosowania kuracyi specyficzej. Dla przykładu podajemy w streszczeniu dwa przypadki:

1) Chora G., syfilis od 8-iu lat, przybyła z gumatem miękkiego podniebienia; I badanie sprawności żołądka stwierdziło czynność ruchową prawidłową, po śniadaniu próbnem wolnego $HCl=0,104\%$, $A=0,272\%$. Po 11-tu frykcyach + 13,2 kalii jodati $L=0,104\%$, $A=0,260\%$. Po 18-tu frykcyach + 24,0 kalii jodati $L=0,100\%$, $A=0,256$. Po 25-iu frykcyach + 27,2 KJ. $L=0,088\%$, $A=0,280\%$. Wreszcie po 38-iu frykcyach + 76, 2 KJ. $L=0,100\%$, $A=0,260\%$.

2) Chora Cz., lat 32; I badanie dokonane zostało przed zastosowaniem frykcyi, lecz po przyjęciu przez chorą 2,4 KJ. na czczo wydobyto 10 ctm. sz. zawartości płynnej bez resztek pokarmowych, odczynu kwaśnego, wolnego $HCl=0,060\%$, $A=0,168\%$; po śniadaniu $L=0,160\%$, $A=0,288\%$, $C=0,064\%$. Po 9-iu frykcyach + 13,2 KJ. $L=0,140\%$, $A=0,264\%$. Po 18-tu frykcyach + 36,8 KJ. $L=0,164\%$, $A=0,312\%$. Wreszcie po 31 frykcyach + 58,8 KJ. $L=0,168\%$, $A=0,300\%$.

Z powyższych przypadków okazuje się jasno, że leczenie swoiste w niektórych razach żadnego wpływu na chemizm i mechanizm żołądka nie wywiera. Brak wpływu kuracyi specyficzej stwierdziliśmy w następujących przypadkach: w 4-ch przypadkach z prawidłowem trawieniem, w 1-ym przypadku nadkwaśności, w 1-ym przypadku nieżytu śluzowego i w wyżej wspomnianych dwóch przypadkach, przebiegających z zupełnym brakiem wolnego HCl.

Natomiast w pozostałych 6-iu przypadkach [dwa przypadki wyłączamy ze względu na szczupłą liczbę badań] chemizm żołądka nie zachowywał się tak jednostajnie, jak w powyższych 8-iu przypadkach. U 5-iu bowiem chorych spostrzegaliśmy wzmoczenie kwaśności soku żołądkowego po zastosowaniu leczenia swoistego, u jednej zaś zmniejszenie tejże kwaśności. W wyżej przytoczonych 2-ch przypadkach z początkowo zmniejszoną kwaśnością soku żołądkowego, jakeśmy to już wyżej zaznaczyli, ilość wolnego HCl i cyfra ogólnej kwaśności stopniowo spadały aż do zupełnego braku wolnego HCl i następnie stopniowo również podnosiły się. Być może, że leczenie swoiste wpływało tu pomyślnie na sprawę swoistą żołądka i w ten sposób powracało żołądkowi prawidłową kwaśność soku żołądkowego. Wzmaganie się kwaśności po zastosowaniu leczenia swoistego spostrzegaliśmy również w dwu przypadkach o normalnym chemizmie i 1-ym przypadku o zmniejszonej kwaśności. Wreszcie w 1-ym

¹⁾ Kuracya specyficzna polegała na zastosowaniu jodku potasu i frykcyi po 3,0 *ung. cinerei*, wcieryanych w ślągę godziny; dzieci otrzymywały 2,0 *ung. cinerei* co drugi dzień.

przypadku, również wyżej podanym, w którym stwierdziliśmy nadkwaśność soku żołądkowego po dłuższym stosowaniu jodu, kwaśność powróciła do normy.

Tak więc w połowie przypadków frykcyje, współcześnie stosowane z jodkiem potasu, pozostały bez wpływu na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka, w pozostałych zaś przypadkach wpływ ten był przeważnie podniecający czynność wydzielniczą żołądka.

Na objawy subiektywne ze strony żołądka leczenie swoiste w dwu przypadkach również żadnego wpływu nie wywarło. Przypadki te dotyczyły owych dwu chorych z brakiem wolnego HCl i polegały u jednej na zmniejszeniu łaknienia, odbijaniach kwaśnych, ściskaniach w dołku po jedzeniu, u drugiej zaś tylko na utracie zupełnej łaknienia; leczenie swoiste nie poprawiło tu zarówno wydzielania soku żołądkowego, jak nie usunęło towarzyszących objawów. W przypadku nadkwaśności współcześnie ze zmniejszeniem ilości wolnego HCl ustąpiły odbijania puste, nudności i ściskania w dołku; w przypadku wreszcie o trawieniu prawidłowem również dolegliwości żołądkowe zmniejszyły się, apetyt znacznie się poprawił, wstręt do mięsa znikł zupełnie, pozostały tylko nudności na czczo. W pozostałych przypadkach chore wogóle skarg na żołądek nie podawały.

Co się tyczy nakoniec działania ubocznego kuracyi specyficznej na przewód pokarmowy, t. j. wywoływania nowych objawów ze strony tegoż przewodu, to spostrzegliśmy w 3-ch przypadkach bóle brzucha i biegunkę w czasie leczenia wcieraniami, po zaprzestaniu zaś tychże biegunka mijała.

Streszczając jeszcze raz otrzymane wyniki, stawiamy następujące wnioski:

1) W III-im okresie syfilisu napotyamy wszelkie odmiany chemizmu żołądka; w $\frac{1}{3}$ części przypadków czynność wydzielnicza żołądka okazała się prawidłową; w pozostałych przypadkach spostrzegliśmy nadkwaśność, zmniejszoną kwaśność, nieżyt śluzowy i brak wolnego HCl.

Czynność ruchowa żołądka we wszystkich 16-tu przypadkach okazała się prawidłową.

Na zasadzie samego tylko zachowywania się czynności wydzielniczej żołądka nie jesteśmy w możności rozpoznania cierpienia syfilitycznego żołądka.

4) W razie stwierdzenia u syfilityka w III-im okresie braku wolnego HCl i jednoczesnej obecności guza lub dolegliwości żołądkowych, należy pomyśleć o sprawie swoistej żołądka [gumat, owrzodzenia, nieżyt przerostowy i t. d.

5) W każdym przypadku guza i wrzodu żołądka należy dokładnie wywywiedzieć się, czy chory nie przebył przymiotu, zbadać, czy niema innych cech przymiotu i w razie wątpliwego rozpoznania charakteru guza lub uporczywości wrzodu pamiętać o przymiocie żołądka, ewentualnie zastosować leczenie swoiste.

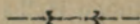
6) Objawy podmiotowe ze strony przewodu pokarmowego, napotymane u chorych w III-im okresie syfilisu, nie charakterystycznego nie przedstawiają.

7) Leczenie swoiste w połowie przypadków pozostało bez żadnego wpływu tak na czynność wydzielniczą, jak ruchową żołądka; w 5-iu przypadkach kwaśność soku żołądkowego uległa wzmożeniu, w 1-ym przypadku—obniżeniu.

8) Na istniejące objawy podmiotowe ze strony żołądka leczenia swoiste w dwu przypadkach nie wywarło wpływu, w dwu zaś objawy te ustąpiły.

9) Pod wpływem leczenia swoistego w 3-ch przypadkach [na 16] wystąpiły bóle brzucha i biegunka.

L I T E R A T U R A.



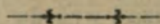
- 1) ANDRAL. Clinique Médical. Paris. 1834. [cyt. u. EINHORN'a p. Nr. 13].
- 2) WEICHSELBAUM. Bericht d. Krankenanstalt Rudolfstiftung. Wien. 1883. [cyt. u. OBERNDORFER'a p. Nr. 15].
- 3) CORNIL ET RANVIER. Manuel d'histologie pathologique. 1884. II.
- 4) TYMOWSKI. Medycyna. 1884.
- 5) BIRCH—HIRSCHFELD. Lehrbuch der patholog. Anatomie. 1887. III. [cyt. u. OBERNDORFER'a].
- 6) BUDAY. VIRCHOW's Archiv. f. pathol. Anatomie u. Physiol. 141.
- 7) CHIARI. Festschrift zu VIRCHOW's 70 Geburtstag. 1891. II. [cyt. u. OBERNDORFER'a].
- 8) LUXENBURG i ZAWADZKI. Gazeta Lekarska. 1893.
- 9) BITTNER. Prager Medic. Woch. 1893.
- 10) STOLPER. Bibliotheca medica. 1896.
- 11) DIEULAFOY. Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 17 Mai 1898.
- 12) HEMMETER und STOKES. Archiv für Verdauungskr. S VII. Z. 4 i 5.
- 13) EINHORN. Archiv f. Verdauungskrank. 1900.
- 14) E. FRAENKEL. Münch. Med. Woch. 1898. lub VIRCHOW's Archiv. 155.
- 15) OBERNDORFER. VIRCHOW's Archiv. 159. 1901.

III. PRZYCZYNEK

DO LECZENIA BLIZNOWATYCH ZWĘŻEŃ PRZEŁYKU.

Podał

A. Ciechomski.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 29].

Spostrzeżenie 4-te. Zofia P. l. 22, wyrobница z Warszawy, w d. 11-ym sierpnia 1900 r. jakoby przez pomyłkę napiła się lugu; na razie miała kilkakrotne wymioty, pomimo jednak mocnego opa rzenia jamy ustnej, języka i gardzieli czuła się dość dobrze. Po 2-ch dniach zapisała się do szpitala Ś-go Rocha.

Tu stwierdzono w ciągu pierwszych 3-ch dni nieznaczne podwyższenie ciepłoty ciała wieczorami, tudzież polykanie płynów wcale niezłe. Po 6-iu dniach pobytu w szpitalu wypisała się w stanie dość dobrym z zamiarem rychłego powrotu do swych zajęć. Jakkolwiek początkowo mogła polykać tylko pokarmy płynne, nie mniej jednak odżywała się dostatecznie, nie doświadczając głodu, tembardziej, że niekiedy obok płynów polykała gęstą gotowaną strawę. Z biegiem czasu wszakże owo polykanie stawało się chwilami utrudnione do tego stopnia, że nawet płyny nie przedostawały się do żołądka, a co gorsza, jeszcze od czasu do czasu powstawały wymioty, obfitujące w gęsty ciągnący się śluz. Stan taki trwał z wahaniami dopiero co wspomnianymi przez 4 miesiące bez widocznego uszczerbku na siłach. Dopiero przed dwu tygodniami odrazu stan chorej znacznie pogorszył się: nawet płynów prawie zupełnie nie polyka, wymiotuje oraz doświadczając mocnych bólów w piersiach w okolicy mostka; schudła straszliwie, miesiączki nie miewa, wreszcie nie pamięta nawet, kiedy miała wypróżnienie.

Dnia 28-go grudnia 1900 r. powtórnie zapisała się do szpitala. Wówczas stwierdzono obrzmienie rozlane na tylnej ścianie gardzieli; najcieńszy zgłębnik przełykowy zatrzymuje się w odległości 16-tu ctm. od przednich zębów. Waga ciała wynosi zaledwie 63 funty. Chora doświadczając bólu w gardle podczas polykania, zresztą nie może nawet przełknąć kilkunastu kropel wody; oczywiście, o innych płynach odżywczych nie było nawet mowy. Co do rozszerzań, to jakkolwiek usiłowaliśmy je robić, nie widzieliśmy jednak żadnej poprawy obok wielkiej trudności w przeprowadzeniu zgłębnika przełykowego.

Z powyższego widać wyraźnie, jak dalece ciężki był stan chorej i jak wobec tego należało spieszyć się z pomocą operacyjną. Tymczasem pacjentka, pomimo, że czuła dobrze całą grozę swego cierpienia, z dnia na dzień zwlekała zamiar poddania się operacji, wreszcie zgodziła się na nią wówczas, gdy była już straszliwie wyczerpaną; dodać winienem, że przez cały czas pobytu w szpitalu przed operacją nie przyjmowała ani kropli płynu lub żdźbła pokarmu przez usta, a całe jej pożywienie stanowiły lawatywy odżywcze, zadawane 3 razy dziennie.

Dnia 8-go stycznia 1901 r. przystąpiłem do założenia przetoki żołądkowej przy znieczuleniu miejscowem za pomocą płynu SCHLEICH'a oraz po zastrzyknięciu morfiny na $\frac{1}{4}$ god. przed rozpoczęciem zabiegu. Tymczasem chora już podczas zastrzykiwań podskórnych zachowywała się tak niespokojnie, że niepodobna było myśleć o rozpoczęciu zabiegu bez uspienia chloroformowego choćby najlżejszego.

Co do metody postępowania, wybrałem jak poprzednio, sposób HACKER'a, pragnąc oczywiście jak najrychlej przystąpić do rozszerzań przełyku z dołu przez wpust. Po otworzeniu jamy brzusznej zaraz pod łukiem żebrowym lewym i po rozszerzeniu rany za pomocą haków tępych ujrzałem w głębi wciągnięty pod przeponę i zadziwiająco mały żołądek: wymiar narządu tego poprzeczny wynosił mniej więcej 13—15 ctm., a podłużny 7—8 ctm., zatem żołądek o takich wymiarach byłby prawidłowy dla kilkoletniego dziecka. Nic więc dziwnego, że przeciągnięcia ściany narządu, a zwłaszcza jej części najbliższej

wpustu, do rany w powłokach brzusznych nastęczyło poważne trudności; mianowicie należało pociągać żołądek bardzo mocno, aby doprowadzić go do poziomu rany. W celu ułatwienia takiego pociągania przeprowadziłem przez ścianę narządu grubą pętlę jedwabną, a samo przyszycie wykonałem o ile można trwale, a więc za pomocą 3-ch pięter, oraz możliwie dokładnie, mając wciąż na pamięci tę siłę, z jaką zaledwie można było zbliżyć ścianę żołądka do rany w powłokach brzusznych; przyszyłem zatem szwem dość gęstym błonę surowiczą żołądka do otrzewnej ściennej i tylnej części pochwy m. prostego, dalej po nacięciu błony surowiczej żołądka i obnażeniu warstwy mięsnej przeciąłem ją również podłużnie i całą powierzchnię warstwy mięsnej, zawartej w ranie, przyszyłem do m. prostego i przedniej ściany jego pochwy; wreszcie po otwarciu żołądka brzeg błony śluzowej przyszyłem do skóry, pozostawiając otwór jak najmniej, w którym mogłaby tylko pomieścić się średniej grubości rurka gumowa. Z powyższego widać, że to przyszycie żołądka było wykonane nieco inaczej, niż w poprzednich przypadkach, a miało na celu przede wszystkim pewniejsze umocowanie ściany narządu wobec nieprzyjaznych, jak zaznaczyłem, warunków. Co zaś do otworzenia żołądka na razie, a więc na pierwszym posiedzeniu, to oczywiście miałem na względzie jak najrychlejsze pokrzepienie pokarmem chorej, tak strasznie wycieńczonej.

W rzeczy samej już wkrótce po operacji wprowadzono do żołądka 4 łyżki mleka przez rurkę gumową, zwieszającą się nazewnątrz opatrunku, i powtarzano postępowanie takie co trzy godziny. Nazajutrz chora nieco rzeświejsza, jakkolwiek tętno nagle, 128; około południa wiano do żołądka $\frac{1}{2}$ szklanki bulionu z żółtkiem i dwoma kieliszkami wina; opatrunek suchy, pokarm z żołądka nie przedostaje się na zewnątrz.

Dnia 10. I. Tętno 110; chora czuje się lepiej; zalecono co trzy godziny 6—8 łyżek bulionu z żółtkiem oraz tropon [proszek mięsny] łyżeczkami w roztworze.

Dnia 11. I. Poprawa widoczna, język wilgotny, opatrunek nieco przeciekł. T. 108. Stan bezgorączkowy.

Dnia 12. I. Niespokojna, przewraca się na boki, niekiedy nawet kładzie się na brzuchu; opatrunek przesiąkł obficie. T. 96, ciepłota prawidłowa.

Dnia 13. I. Poprawa na twarzy widoczna. T. 88. Stan bezgorączkowy; sprawowanie się złe.

Dnia 14. I. Rano ciepłota 38,3°, dolny brzeg rany zaczerwieniony; po rozpruciu jej pokazało się kilka kropel ropy pod skórą. T. 108, wieczorem ciepłota 36,8.

Dnia 15. I. Stan bezgorączkowy. T. 106; rana rozszerzyła się, zawartość żołądka wylewa się łatwo; chora niespokojna, jak zwykle.

Dnia 16. I. Ciepłota prawidłowa. T. 110; karmienie, jak dotąd, co trzy godziny; przetoka żołądkowa rozwarła się szeroko.

Dnia 17. I. Rano ciepłota 38°, tętno 120; nagle pogorszenie się wyglądu, oczy zapadły; żołądek nie mieści więcej, niż 100 ctm.; badanie wnętrza jego zapomocą palca wykazało, że narząd ten ma kształt kuli o ścianach gru-

bych i skurczonych; zawartość żołądka przy lada poruszeniu wylewają się bardzo łatwo. Wobec szybko wzrastającego upadku sił chora zmarła tegoż dnia wieczorem.

Oględziny pośmiertne wykazały następujące zmiany: ściana żołądka na prawym brzegu przetoki oderwana całkowicie od otrzewnej ściany brzusznej i od reszty powłok brzusznych, lewy brzeg przetoki żołądkowej trzyma się jeszcze powłok brzusznych, lecz jest bliski całkowitego również oderwania się. Żołądek dziwnie mały, prawie; dziecinny; przypuszczać należy, że sam skurcz, choćby największy, nie doprowadziłby go do takich rozmiarów; błona śluzowa pokryta licznymi drobnymi owrzodzeniami. W jamie otrzewnej płyn ropiasty, błona surowicza jelit zaczerwieniona, kiszki umiarkowanie wzdęte. W przełyku dwa wyraźne zwężenia; jedno z nich, górne, znajduje się w odległości 5 ctm. od dolnego brzegu chrząstki tarczycowej, obejmuje dokoła ścianę przełyku i ściąga ją za pomocą bliznowatych pasem; drugie, dolne, pod postacią owrzodzenia długości 10 ctm., obejmuje również całą ścianę przełyku i znajduje się w odległości 6 ctm. ponad wpustem. O ile można sądzić z rozciętego preparatu, zwężenie górne prawie całkowicie zamykało światło przełyku, dolne zaś tylko w najniższej swej części, mianowicie tam, gdzie już zdołała wytworzyć się twarda skurczona blizna.

Co do reszty narządów, to zwraca przedewszystkiem uwagę niedorozwój, innemi słowy zmniejszona objętość wszystkich narządów wewnętrznych odpowiednio do wieku zmarłej. A więc serce o ścianach cienkich miało 8 ctm. długości tudzież 8 ctm. szerokości; aorta u swej podstawy miała na przecięciu 6 ctm. szerokości, tętnica płucna 5,5 ctm. Obie nerki zmniejszone przynajmniej o $\frac{1}{3}$ swej prawidłowej objętości, wreszcie macica miała wymiary, odpowiadające wiekowi dziecinnemu.

Zatem przypuszczać należy, że w danym przypadku jeszcze przed operaniem przełyku objętość żołądka była mniejsza, niż zwykle u dojrzałej kobiety, niepodobna bowiem sądzić, aby narząd prawidłowych rozmiarów mógł na tyle skurczyć się po długotrwałem choćby głodzeniu; to zmniejszenie żołądka nie mogło pozostać bez wpływu na wynik operacji: wskutek bardzo mocnego pociągania ściany żołądka na miejscu jej przyszycia, sklejenie należyte nie nastąpiło, a po oderwaniu się pewnej części ściany żołądka, wszętej w przetokę, powstało zapalenie otrzewnej rozlane.

W przypadku tym wobec tak małego rozmiaru żołądka nie należało wysiłać się w celu nieodwołalnego przyszycia ściany żołądka choćby kosztem bardzo mocnego pociągania, natomiast lepiej było wykonać przetokę na kiszce czezej (*jejunostomia*) i zadowolnić się jedynie rozszerzaniem przełyku od góry; gdyby z biegiem czasu rozszerzanie drogą górną było bezskuteczne, możnaby wówczas otworzyć żołądek nawet bliżej krzywizny wielkiej jedynie w celu sondowania przełyku od dołu.

Spostrzeżenie 5-te. B. D., krawiec, lat 29, przed dwoma miesiącami wypił $\frac{1}{2}$ szklanki ługu; natychmiast uczuł palenie w przełyku i żołądku i miał bardzo obfite wymioty. Przez pierwsze dwa tygodnie w szpitalu Dz. Jezus nie tykał

nawet płynów, a odżywiał się jedynie za pomocą lawatyw. W 3-im tygodniu połykał jako tako pokarmy płynne i gęste; w 4-ym znowu przez kilka dni nie mógł nic przełykać, później poprawa na tydzień, a dalej ponowne pogorszenie w połykaniu. Na otwarcie żołądka nie zgodził się i powrócił do domu, wkrótce jednak, bo dnia 14 go stycznia 1902 r. zapisał się do szpitala Św. Rocha.

Badanie wykazało szczegóły następujące: średniego wzrostu, strasznie wyniszczony mężczyzna; na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli obszerne blizny; przełyka dość łatwo płyny, doświadczając przytem pewnego utrudnienia na wysokości górnego brzegu mostka; mimo to zgłębnik przełykowy, nawet najgrubszy, bez przeszkody można wprowadzić do żołądka. Gorączkuje bez przerwy, ciepłota wieczorna sięga 39,6°, spadki ranne wciąż około 37,5° i wyżej. Chory skarży się ustawicznie na ból w piersiach, jakby pod mostkiem, a niekiedy na ból w plecach.

Wobec drożności przełyku przez czas jakiś łudziliśmy się nadzieją, że za pomocą usilnego odżywiania chorego przez usta oraz lawatyw uda się poprawić nieco jego stan ogólny, że wreszcie nieuniknione prawie zwężenie przełyku nie zaskoczy go wśród najgorszych warunków. Tymczasem już w krótkim przeciągu czasu dolegliwości przy przełykaniu na tyle wzmożyły się, że chory unikał wszelkimi sposobami jedzenia, aż nareszcie zaprzestał całkowicie odżywiać się drogą zwykłą. Wobec szybko gasnących sił należało spieszyć się z otwarciem żołądka.

W d. 5-ym lutego 1902 r. przy znieczuleniu miejscowem za pomocą płynu SCHLEICH'a wykonałem przetokę żołądkową według sposobu v. HACKER'a, umocowanie jednak żołądka wykonałem nieco inaczej, niż w poprzednim przypadku; mianowicie w piętrze dolnem przyszyłem błonę surowiczą żołądka do otrzewnej ściennej i tylnej ściany pochwy mięśnia prostego, 2-ie zaś piętro stanowiło powtórne przyszycie błony surowiczej wraz z mięsną ścianą żołądka do samego mięśnia prostego i przedniej ściany jego pochwy; szwy, obejmujące bieguny rany *resp.* przetoki nałożyłem również w takim samym porządku, zatem błona śluzowa żołądka pozostała zupełnie nieumocowaną. Dodać winienem, że jakkolwiek w przypadku tym żołądek był mocno skurczony, jednak umocowanie jego nie nastąpiło tyle trudności, jak w przypadku poprzednim.

Chory zniósł zabieg operacyjny bardzo dobrze, następnego dnia jakoś chętniej przyjmował pokarm, ciepłota wszakże podwyższona trwała dalej, a bóle w śródpiersiu tylnem nie opuszczały go zupełnie; 3-go dnia otworzyłem żołądek, przeciąwszy błonę śluzową tyle tylko, aby można było wprowadzić cienką rurkę gumową, poczem brzegi błony śluzowej dookoła otworu przymocowałem do drenu za pomocą kilku szwów; tym sposobem zawartość żołądka, choćby najobfitsza, przez pierwsze przynajmniej dni nie mogła wydostawać się na zewnątrz.

Pomimo usilnego odżywiania prawie wyłącznie przez przetokę, chory gasł z każdym dniem wyraźniej, wreszcie zmarł 6-go dnia po operacji wśród objawów zupełnego wyczerpania.

Ogłędziny pośmiertne wykazały zmiany następujące: ściana żołądka doskonale sklejoną z powłokami brzuszniemi dokoła przetoki; na błonie surowiczej ściany brzusznej w okolicy przetoki niewielkie wynaczynienia. Wątroba znacznie powiększona, na przekroju budowa jej zrazikowa zatarta. W oplucnej lewej niewielka ilość przezroczystego płynu; w dolnym zrazie lewego płuca poczynające się zapalenie charłacze. Przelyku niepodobna oddzielić od kręgosłupa; po przecięciu na całej jego powierzchni wewnętrznej widać olbrzymie owrzodzenie długości 22 ctm., obejmujące całe światło przelyku i poczynające się w odległości 7 ctm. od chrząstki obrączkowej; właściwie ściana tylna przelyku nie istnieje, dno owrzodzenia, odpowiadające jej, wypełnione papkowatą masą nekrotyczną i stanowi nierozdzieloną całość z przednią ścianą kręgosłupa; ponad wpustem owrzodzenie jest więcej powierzchowne. Nakoniec w żołądku nie znaleziono wyraźnych śladów oparzenia.

Zatem w przypadku powyższym uległ oparzeniu cały prawie przelyk, a najwięcej ucierpiała tylna jego ściana; okoliczność ta tłómaczy nam owe bóle w śródpiersiu tylnem, przyczyna zaś gorączki ciągłej tkwiła niewątpliwie w tem owrzodzeniu rozpadającym się na tylnej ścianie. [D. n.]

ODCINEK.

Obrona interesów i godności stanu lekarskiego jest rzeczą w dzisiejszych czasach tak ważną i konieczną, że ustawy i instytucje, powstające w pojedynczych krajach, niezawodnie obchodzą cały ogół tegoż stanu. Ponieważ tedy w ostatnich czasach przedłożono rządowi Austryackiemu szereg petycyi i projektów niezmiernie głęboko obmyślanych, przez nowozawiązane w Galicyi Towarzystwo „Samopomocy lekarzy“, a mogących mieć pewne ogólniejsze znaczenie dla całego stanu lekarskiego, przeto godzi się wspomnieć słów parę o działalności dotychczasowej tego Towarzystwa, porównyując je z pokrewną a istniejącą już w Austrii instytucją „Iz b l e k a r s k i c h“.

Zacznijmy od pierwszych. Ponieważ w ostatnich latach nietylko spotykano się w pismach zawodowych lekarskich z gruntownie opracowanymi artykułami, zajmującymi się sprawą utworzenia Izb, ale także wiele towarzystw lekarskich przedstawiało swe wnioski i życzenia w tym względzie do wład wyższych, przeto, czyniąc zadość koniecznej potrzebie i słusznym życzeniom ogółu lekarzy, z polecenia Ministerstwa spraw wewnętrznych wypracowaną została ustawa o założeniu Izb lekarskich w Austrii, która po dokładnem omówieniu i przyjęciu przez Radę państwa i Izbę panów, uzyskała Najwyższe zatwierdzenie w dniu 22 grudnia 1891 r.

Specyjalnie co się tyczy Galicyi, w celu wykonania wspomnianej ustawy, c. k. namiestnictwo tegoż Królestwa, odezwał z dnia 26-go stycznia 1892 roku zwróciło się do obu Towarzystw lekarskich, istniejących w kraju, o wypowiedzenie życzeń swych co do utworzyć się mających Izb lekarskich.

Owczesny prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, dr. STANISŁAW PONIKŁO, po otrzymaniu wzmiankowanej odezwy zarządził wybór osobnej komisji z grona Towarzystwa, która, porozumiewszy się z Towarzystwem lekarzy galicyjskich we Lwowie, zgodnie z temże uchwaliła, iż, uwzględniając stosunki krajowe, pożądaną jest rzeczą, aby w Galicyi utworzone były dwie Izby lekarskie [jedna z siedzibą w Krakowie, druga we Lwowie], a w osobnym elaboracie podała również projekt rozgraniczenia obu Izb w mowie będących, jakoteż liczbę grup wyborczych.

Życzenia, wypowiedziane przez oba Towarzystwa lekarskie, zostały poważnie uwzględnione, a sprawa utworzenia Izb lekarskich w Królestwie Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. Krakowskiem załatwiona została rozporządzeniem z dn. 8-go czerwca 1893 r.

W myśl powyższego rozporządzenia do okręgu Izby lekarskiej w Krakowie należy miasto Kraków i 31 powiatów politycznych zachodniej części kraju, podzielonych na pojedyncze grupy wyborcze, a inne powiaty do drugiej Izby Krajowej.

Aby podać króciutki, lecz dokładny obraz rozlicznych i różnorodnych czynności Izb lekarskich, rzucić musimy okiem na rozporządzenia rządowe, odnoszące się do wszystkich Izb, a następnie, odnośnie do Izb galicyjskich, omówić czynności, odnoszące się wyłącznie do miejscowych spraw, oraz czynności ogólnej natury, obejmujące wspólne interesy wszystkich izb lekarskich.

Żądanie Izb lekarskich najkrócej i najlepiej określa § 3-ci Rozporządzeń Rządowych: „Izby lekarskie powołane są do naradzania się nad wszystkimi sprawami, tyczącymi się wspólnych interesów stanu lekarskiego, zadań i celów, jakoteż godności i powagi powołania lekarskiego, rozwoju pieczy o zdrowie i urządzeń zdrowotnych, o ile w tym względzie lekarze są do współdziałania powołani, i do wydawania uchwał w tych sprawach; nadto do znoszenia się w swoich sprawach z lekarzami w okręgu Izby, jakoteż z innymi Izbami lekarskimi i do przedstawienia podań Władzom swego okręgu reprezentacyjnego, a wniosków i życzeń za pośrednictwem przełożonej Władzy administracyjnej krajowej c. k. Rządowi”.

Nadto określa § 4-ty stosunek Izb do Władz rządowych, powiadając, że: „Izby lekarskie obowiązane są w sprawach, tyczących się ich zakresu działania, dawać na wezwanie Władz wyjaśnienia i opinie, wspierać Władze w urządzaniu stosunków zdrowotnych, a w szczególności co się tyczy powszechnej dostępności pomocy lekarskiej i odpowiedniego rozmieszczenia lekarzy; nawzajem Władze winny w stosownych okolicznościach nastęrczać im sposobność do dawania opinii i wyjaśnień w sprawach pertraktowanych a należących do zakresu działania Izb lekarskich”.

Do „Izb“ zgłosić się winien każdy lekarz, do wykonywania praktyki lekarskiej uprawniony [o ile wyraźnie nie zrzecze się wykonywania praktyki], mając w zamian prawo wybierania Zarządu Izby, w ten sposób, iż lekarze każdej grupy wyborczej wybierają po jednym zastępcy. W ten sposób ukonstytuowana Izba wybiera ze swego grona na trzyletni okres wyborczy „Prezydium Izby“, składające się z prezesa Izby, jego zastępcy i najmniej trzech, a najwięcej siedmiu członków prezydium.

To Prezydium załatwia właśnie pod kierunkiem prezesa sprawy bieżące, ma staranie o utrzymanie w ewidencji lekarzy, w jego okręgu zamieszkałych i tych, którzy tam dla praktykowania przebywają, pośredniczy w znoszeniu się z Władzami, z innymi Izdami lekarskimi, jakoteż z członkami Izby i zawiaduje środkami i instytucjami, służącemi do reprezentowania stanu lekarskiego; obowiązane jest następnie przedstawiać Izbie lekarskiej regularnie co rok na walnem zgromadzeniu sprawozdanie rachunkowe, zwoływać zgromadzenia w razie potrzeby, jakoteż na żądanie połowy członków Izby i wykonywać potrzebne prace przygotowawcze; wreszcie urzęduje jako *R a d a h o n o r o w a* w przypadkach osobistych sporów, zażaleń i skarg lekarzy, w Izbie reprezentowanych, między sobą lub przeciw sobie, we wszystkich sprawach, nienależących do kompetencji przynależnych Władz.

Przechodząc teraz do specjalnej działalności Izb galicyjskich, pomijamy pomniejsze czynności administracyjne i regulaminowe, a przechodzimy do czynności o g ó l n e j n a t u r y, obejmujących wspólne interesy wszystkich Izb lekarskich.

Ponieważ najważniejszym i najdonioślejszym zadaniem Izb lekarskich jest zajmowanie się sprawami, dotyczącemi wspólnych interesów stanu, przeto ustawa uprawniała, jak widzieliśmy, Izby do przedstawiania podań, wniosków i życzeń za pośrednictwem przełożonej Władzy administracyjnej krajowej c. k. Rządowi. W sprawach ważniejszych jednakże, chcąc osiągnąć korzystne wyniki, konieczną jest rzeczą, aby postulaty wychodziły r ó w n o c z e ś n i e od kilku, a jeżeli się da, o d w s z y s t k i c h Izb lekarskich i aby życzenia, w nich zawarte, były jednoznaczne. Na ważną tę okoliczność naprzód zwróciła uwagę Izba lekarska Morawska w odezwie, przesłanej do wszystkich Izb lekarskich, oznajmiając, iż pożądanem jest bliższe porozumiewanie się wszystkich Izb między sobą, co najłatwiej dałoby się osiągnąć przez utworzenie „Wydziału centralnego“ (*Central-Ausschuss*) wszystkich Izb. Po przychyleniu się do powyższego wniosku wielu Izb lekarskich austriackich, pierwszy taki wiec delegatów zwołany został do Wiednia 25-go września 1894 r.

Poważne to grono delegatów przyjęło w zasadzie wniosek Izby Morawskiej, lecz nie zgodziło się na utworzenie *Wydziału centralnego* (*Central-Ausschuss*), jako instytucji, mogącej przybrać charakter zwierzchniczy, ograniczający a u t o n o m i ę poszczególnych Izb. Natomiast zgodzono się jednomyślnie, aby wszystkie Izby porozumiewały się wspólnie w sprawach zasadniczych na wiecach izbowych (*Aerzte-Kammer-Tage*), zwoływanych w pewnych okresach czasu, na które każda Izba wysyłać będzie swego delegata.

Aby dać pojęcie o ważności takich wieców, przytoczymy tylko kilka tamże omawianych spraw, odnoszących się do najżywoźniejszych interesów stanu lekarskiego. Najważniejszymi były następujące: reforma takś sądowo-lekarskich; zaprowadzenie w całej Austrii jednolitego sposobu postępowania przy donoszeniu o chorobach zakaźnych i wynagradzanie lekarzy za wykonywanie tego obowiązku, reforma studyów lekarskich, petycje w sprawie ustawy podatkowej, sprawa ułożenia wspólnej etyki lekarskiej, wreszcie utworzenie kas wsparcia dla lekarzy i ich rodzin. Tą ostatnią sprawą, jak zobaczymy poniżej, z innego punktu widzenia zajęło się *Towarzystwo S a m o p o m o c y* lekarzy.

Wnioski te i inne podobne nie pozostawały na zielonym stole, lecz zawsze w miarę potrzeby przesyłane były za pośrednictwem Namiestnictwa Ministerstwu lub innym Władzom do uwzględnienia.

Ogłoszenia zaś o czynności Izby i Wydziału, jak niemniej reskrypta władz postanowiono podawać do wiadomości ogółu w „Przeglądzie Lekarskim“, a nadto rozsyłano wszystkim członkom Izby i ich zastępcom uchwały, powzięte na zebraniach, w osobnych litograficznych odbitkach.

Nie miejsce tu ani czas na omawianie spraw wielorakich, mających znaczenie niejako lokalne; z ogólnego stanowiska natomiast interesować mogą przepisy, a raczej: „Zasady postępowania lekarzy wobec siebie i wobec publiczności“, uchwalone przez Izbę w grudniu 1896 r.

Przypominają one, iż każdy lekarz winien swoim zachowaniem się pod każdym względem przestrzegać godności stanu, iż wolno ogłaszać w dziennikach tylko zwykle zawiadomienia, które się ograniczają wyłącznie do podania nazwiska i czasu ordynacji, — iż natomiast unikać należy rażących obwieszczeń, tablic, listów dziękczynnych; przypominają one dalej, że przeciw godności stanu wykrocza lekarz, który w jakikolwiek sposób, pośrednio lub bezpośrednio wynagradza agentów, zawiera umowy z aptekarzami, stara się o posady lekarskie przed ustąpieniem lekarza, dotychczas posadę zajmującego, bez wiedzy tego lekarza, z partaczami zawodowo obcuje lub ich swoim nazwiskiem zasłania, odwiedza chorego, o którym wie, że pozostaje w opiece innego lekarza, wreszcie podaje warunki przystępniejsze, niż rozpisane, przy ubieganiu się o posady lekarskie. W końcu zawierają „Zasady“ przepisy o konsyliach i o tem, że żaden lekarz nie powinien bez podania ważnych przeskód odmówić zastępstwa kolegi nieobecnego lub niemogącego z innych powodów czasowo praktyki wykonywać. Ktokolwiek przeciw powyższym „zasadom“ lub innym obowiązkom godności lekarskiej wykroczy, podlega jurysdykcji Izby, jako organu, wyrokującego przeciw lekarzom, w Izbie reprezentowanym. Wydział Izby pełni także urząd „Rady honorowej“, jako sąd polubowny, w razie zachodzących między lekarzami waśni, dotyczących się wykonywania ich zawodu, lub w razie sporów osobistych. Rozprawa odbywa się w Wydziale, pod przewodnictwem Prezydenta lub jego zastępcy. Wyrok potępiający zawiera znaczenie kary, nałożonej na obwinionego według następującego stopniowania: upomnienie, ostrzeżenie, nagana, w razie znacznieszego przewinienia grzywny w kwocie od 5-iu do 200 złr.; wreszcie odebranie na pewien czas lub trwałe prawa wyboru i wybieralności do Izby.

W pozornym antagonizmie do powyżej wymienionych praw, określających obowiązki lekarza względem społeczeństwa, stoją główne zasady nowego Towarzystwa Samopomocy, które za jeden z głównych celów wzięło sobie, niejako odwrotnie, określenie obowiązków rządu i społeczeństwa wobec lekarzy, ich przyszłości i ich rodzin.

Tak przynajmniej cel ten określił zatwierdzony I/V 1900 r. „Statut Towarzystwa Samopomocy lekarzy w Galicyi“, powiadając w artykule trzecim, że celem stowarzyszenia jest „popieranie materialne członków, w postaci udzielania zapomóg w razie przemijającej niezdolności do pracy zawodowej, udzielania wsparcia wdowom i sierotom po lekarzach, wspierania członków w razie nietrwalej zdolności do pracy, pośredniczenia w zyskiwaniu posad, oraz popieranie moralne członków: przez popieranie zasad etyki lekarskiej i koleżeństwa i dyskretne załatwianie sporów, między kolegami praktykującymi powstałych.

Historya Towarzystwa jest zbyt długa, aby nią tu zapełnić łamy pisma. Po długich staraniach różnych ludzi dobrej woli, wśród których wymienić należy prof. ZAREWICZA, docenta BRAUNA, dra LANGIEGO, dra LAUDAUA i innych, oraz po licznych zebraniach poufnych i publicznych, przyszło wreszcie do utworzenia się towarzystwa, którego członkiem zwyczajnym może być każdy dyplomowany lekarz lub chirurg po przyjęciu przez Wydział, którego Zarząd stanowią Walne Zgromadzenie, Wydział, Sąd polubowny i komisya kontrolująca.

Że Towarzystwo było potrzebne, dowiodło odrazu mnóstwo wniosków i próśb, jakimi zaraz zasypano Wydział. Głównem pragnieniem ogółu członków było stworzenie instytucyi, któraby zabezpieczała emeryturę lekarzom na starość, tudzież rentę wdowom i sierotom.

O sprawie tej wiele poprzednio pisano i radzono w kołach lekarskich, toteż i Wydział Samopomocy przedewszystkiem nią się zajął, a jako owoc jego pracy powstał projekt ustawy o przymusowym ubezpieczeniu lekarzy, o którym mowa będzie poniżej.

Z innych pomniejszych wniosków przytoczymy dla przykładu kilka, aby przekonać łaskawych czytelników, że Towarzystwo Samopomocy nie wkraczało zupełnie w atrybucye Izb lekarskich, lecz wprost przekazywało niektóre sprawy Izdom. Są to np.: wniosek, domagający się sprzeciwienia się rozporządzeniu, zabraniającemu lekarzom cywilnym przediżalitańskim wykonywania praktyki lekarskiej na pograniczu poza odległością 5-iu kilometrów od granicy, dalej wniosek o wybadanie, co się dzieje z majątkiem byłego gremium chirurgicznego, wniosek o zmianę formy wykazów szczepienia ospy w sposób, oszczędzający pracę, jaką lekarze przy ich sporządzaniu bezpłatnie ponoszą, i t. d.

Również rozpoczęto energiczne kroki nad wykorzeniem partactwa, uprawianego przez niepowołanych ze szkodą lekarzy, nad redukowaniem do istotnie koniecznych granic leczenia darmo, nad ściąganiem przez Towarzystwo zaległych honoraryów od osób, które lata całe pozostają dłużne, i nad innymi sprawami, które przekonały najbardziej uprzedzonego, że Towarzystwo „Samopomocy“ jest w dzisiejszych warunkach koniecznem i że dotychczas z zadania swego ku ogólnemu zadowoleniu się wywiązuje. Najdonioślejszą pracą, jaką wygotował Wydział Towarzystwa przez kilka pierwszych miesięcy istnienia, jest projekt uchwały o przymusowym ubezpieczeniu lekarzy. Jest to pomysł zacnego prezesa Towarzystwa prof. JORDANA, a został tak sumiennie i racjonalnie opracowany, że nic ująć ani dodać nie można.

Zbyt wiele miejsca zajęłoby rozstrząsanie całej sprawy; podnieść tylko można kilka głównych punktów projektu, które śmiało nazwać można „najważniejszym dziełem pierwszego okresu istnienia „Towarzystwa Samopomocy“. Sprawa niezmiernie doniosła ubezpieczenia lekarzy wypracowana została analogicznie do przedłożonego projektu ustawy przymusowego ubezpieczenia urzędników prywatnych na wszelkie przypadki życia, bo z zapewnieniem renty dla inwalidów, emerytury na starość, pensyi wdowiej, dodatku na wychowanie dzieci i utrzymania w razie braku służby.

Projekt ten ostatni powołuje do współdziałania w zabezpieczeniu prywatnych urzędników także ich chlebodawców, a nawet wymaga od nich większych stosunkowo pieniężnych ofiar, ma jednak projekt ten jedną wadę, że wyznacza emeryturę bardzo skąpe, a pensye dla wdów i sierot wręcz niewystarczające.

Mając ten projekt pod ręką, zastanawiano się, czy nie dałoby się ustawy projektowanej rozciągnąć i na lekarzy, choćby po wprowadzeniu pewnych zmian. Po głębszej rozwadze okazało się jednak, że bardzo wielu lekarzy nie ma posad, płatnych miesięcznie lub rocznie [czego się projekt ustawy domaga] i że większość lekarzy nie ma stałych służbodawców, którychby do wnoszenia stałych premii można pociągnąć, gdyż dla lekarzy wolno-praktykujących służbodawcami a raczej pracodawcami są liczni pacyenci. Wobec tego szukał Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy innego sposobu, którymby można dla lekarzy uzyskać obowiązkowe ubezpieczenie. Przedstawiono w tym względzie dwa projekty, jeden bardzo sumiennie opracowany przez kolegę WALCZYŃSKIEGO, drugi przez kol. JORDANA; pierwszy opierał się głównie na wkładkach samych lekarzy, drugi usiłował wciągnąć do współdziałania w ubezpieczeniu sfery pozalekarskie i został uchwalony przez Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa. Projekt ten oparty jest na następujących zasadach najgłówniejszych: obowiązani do ubezpieczenia się w Zakładzie pensyjnym lekarzy austriackich są wszyscy doktorowie medycyny, którzy są członkami Izby lekarskich austriackich i nie doszli jeszcze do 50-letniego wieku, o ile ze stanowiska swego urzędowego w służbie publicznej nie mają zabezpieczonej emerytury. Ubezpieczenie nadaje prawo do emerytury w wysokości, zapewnionej urzędnikom państwowym rangi X, wraz z I pięcioleciem.

Uiszczenie wpisowego i opłacanie premii przez lat 35 nadaje prawo do pełnej emerytury i uwalnia od dalszych jakichkolwiek opłat z tytułu ubezpieczenia.

Ubezpieczeni będą mieć prawo po 5-letnim ubezpieczeniu do „renty na wypadek choroby, do renty na starość, do renty dla wdowy, do dodatków na wychowanie dzieci, do jednorazowej odprawy dla wdowy i dzieci po ubezpieczeniu, jeżeli ubezpieczenie nie trwało lat 5⁴. Fundusz pensyjny lekarzy austriackich, z którego wszystkie wyżej wymienione renty i zapomogi wypłacane będą, składa się z „opłat, wnoszonych do tego funduszu przez ubezpieczonych lekarzy z dochodu, pochodzącego ze stempla aptecznego, z opłat wnoszonych przez zakłady i instytucje, które zajmują lekarzy za wynagrodzeniem rocznym lub miesięcznym, nie zapewniając im emerytury, oraz z opłaty, wnoszonej przez c. k. Rząd”. Pod pierwszym punktem rozumiemy trójakiiego rodzaju opłaty: wpisowe, stałą premię i opłatę za blankiety na recepty. Ta ostatnia powstaje stąd, iż zapisywać recepty wolno lekarzom jedynie na blankietach, dostarczonych przez władzę skarbową po cenie 5-letniej halerzy za blankiet. W wolnej praktyce opłaca lekarz z swoich dochodów blankiet, natomiast lekarze, zajęci w rozmaitych zakładach publicznych lub prywatnych [w kasach chorych, otrzymują ostemplowane blankiety od zakładów, którym służą, oczywiście dla użytku tylko chorych tego zakładu, który blankiet wydał. Ponieważ nadto objawem widomym usługi, wyświadczanej przez lekarza, bywa najczęściej recepta, przez niego napisana, dlatego ostemplowanie recept kosztuje pacjenta lub jego rodziny z przeznaczeniem kwoty, w ten sposób uzyskanej, na uzupełnianie funduszu pensyjnego lekarzy, powinny być najsprawiedliwszą postacią, w jakiej szerokie społeczeństwo pociągnięte być winno do współdziałania w ubezpieczeniu lekarzy.

Z powyższych wymienionych źródeł dałby się bardzo pokaźny wpływ osiągnąć dla funduszu pensyjnego, ale wystarczyłoby nie mógł. Więc trzeba było sięgnąć do źródła, które w przeważnej części dla lekarzy najmniej jest szczerde, a nawet bardzo często niemilosierne ich wyzyskuje [kasy chorych, kasy kolejowe]. W bardzo wielu instytucjach publicznych i prywatnych zajęci są lekarze za wynagrodzeniem rocznym, częstokroć bardzo lichem, bez prawa do emerytury, a nawet każą im podpisywać rewersy, że nigdy o emerytury sta-

rać się nie będą. Te instytucje powinny się przyczyniać do ubezpieczeń lekarzy, a mianowicie winny być do opłat na rzecz funduszu pensyjnego lekarzy w dwojaki sposób zobowiązane: do wnoszenia jako stałej premii pewnego procentu od wynagrodzenia, uszczanego lekarzom, oraz do opłacania blankietów receptowych i stempli aptecznych na recepty, dla członków tych instytucji zapisywane. Można się z tego źródła znacznego spodziewać dochodu, pomnąc, ile dziennie recept piszą lekarze kas chorych, lekarze kolejowi i lekarze innych instytucji.

Projekt pociąga wreszcie nie tylko instytucje krajowe lub prywatne, lecz także i instytucje rządowe, które zajmują lekarzy stale, za wynagrodzeniem miesięcznym lub rocznym bez zapewnienie im emerytury, do obowiązku wnoszenie opłaty dopiero co wymienionej. C. k. Rząd powinien się jednakże poczuć jeszcze do obowiązku przyczyniania się do funduszu pensyjnego lekarzy z innego tytułu; zajmuje on bowiem niejednokrotnie stanowisko chlebodawcy lub pracodawcy względem lekarzy, którzy nie są urzędnikami państwowymi, ani stałymi lekarzami zakładów państwowych [kolei i t. d.], poruczając im spełnianie pewnych czynności za osobnym wynagrodzeniem w każdorazowym przypadku. Tu należą przedewszystkiem czynności sądowo-lekarskie, zazwyczaj więcej przykre, więcej niebezpieczne, częstokroć więcej wysiłku umysłowego wymagające, a w Austrii powszechnie licho wynagradzane. Ministerjum sprawiedliwości może corocznie podać kwotę, jaka roku ubiegłego wypłaconą została lekarzom w państwie za czynności sądowo-lekarskie. Od tej sumy powinien być pewien procent corocznie składany do funduszu pensyjnego lekarzy. Z tej samej zasady powinny być pociągnięte do wnoszenia stałych premii wszystkie zakłady ubezpieczeń na życie, które używają lekarzy do wydawania opinii o stanie zdrowia osób, pragnących się ubezpieczyć, wreszcie wszystkie władze, które lekarzom szczepienie ospy chronnej i komisje w okręgach, epidemią nawiedzonych, powierzają.

Projekt, powyżej streszczony, został oczywiście uchwalony przez Walne Zgromadzenie Członków „Tow. Samopomocy”, a delegaci jego zawieźli w odpowiedniej postaci do Władz centralnych petycję, która się spotkała z jak naj-przychylniejszą chęcią poparcia i jak najbardziej zasłużonem uznaniem. Pozostaje tylko życzyć, aby słowa weszły czempredzej w czyn, i aby piekące plagi, które ciążyą na egzystencji lekarzy, jak najprędzej zostały usunięte. W każdym razie już to, co zostało zrobione, przeszło oczekiwanie tych, co z bliska na rozwój Towarzystwa patrzyli,—tych zaś, co mu są dalszymi, niewątpliwie zainteresuje, jako sprawa, obchodząca ogół stanu lekarskiego i całokształt nie tylko jego obowiązków, ale i jego słusznych praw.

Wiadomości bieżące

— B. naczelnny lekarz kolei Nadwiślańskiej, dr WACŁAW LASOCKI ofiarował 136 obrazów, rysunków i szkiców artystów przeważnie polskich Warszawskiemu Towarzystwu zachęty sztuk pięknych.

— Profesorem fizjologii po zmarłym F. NAWROCKIM mianowany został dr ŻANDR, b. docent fizjologii w Akademii Petersburskiej, a ostatnio w Szkole Weterynaryjnej w Warszawie.

Zmarł w Berlinie prof. GERHARD.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYO!

Grono kolegów, złożone ze 116 lekarzy, pracujących w szpitalach Warszawskich, pragnąc uczcić zasługi kolegi TEODORA DUNINA dla szpitalnictwa, zebrało rb. 500 [pięćset] i ofiarowało je kol. DUNINOWI z prośbą o wybranie z kolegów szpitalnych komitetu, któryby przyznał powyższą sumę jednemu z młodych lekarzy pod następującymi warunkami:

- 1) Komitet zaraz po ukonstytuowaniu się ogłasza w pismach o otwarciu konkursu do nagrody imienia TEODORA DUNINA.
- 2) Ubiegać się o nagrodę mogą tylko lekarze, którzy ukończyli medycynę w roku 1896 lub później.
- 3) Współubiegający się winni najdalej w ciągu 2-ch miesięcy od chwili ukazania się w pismach pierwszego ogłoszenia o konkursie przedstawić wybranemu komitetowi, za pośrednictwem jednego z jego członków, prace swe, bądź już ogłoszone drukiem, bądź w rękopisie.
- 4) Komitet jest obowiązany rozstrzygnąć konkurs najdalej w przeciągu 3-ch miesięcy od chwili pierwszego ogłoszenia o konkursie.
- 5) Nagrodzony jest obowiązany za przyznaną mu nagrodę, którą otrzyma z rąk kolegi DUNINA, wyjechać zagranicę dla pracowania w wytkniętym przez kolegę DUNINA kierunku.
- 6) Nagrodzony winien najdalej w ciągu roku od wyjazdu ogłosić pracę [wynik studyów zagranicą], na której pod tytułem będzie wydrukowane: „Rzecz, nagrodzona z funduszu lekarzy szpitalnych imienia TEODORA DUNINA“.

W dniu 11-ym lipca r. b. kol. KARWOWSKI, KAMOCKI i E. ZIELIŃSKI wręczyli powyższą sumę [500 r.] koledze TEODOROWI DUNINOWI, który wybrał w dniu 12-ym lipca r. b. na członków komitetu kol. W. KAMOCKIEGO, W. JANOWSKIEGO, BR. SAWICKIEGO, J. STEINHAUSA i EDW. ZIELIŃSKIEGO pod przewodnictwem W. KAMOCKIEGO. Wskutek tego niżej podpisany prosi uprzejmie o nadesłanie na ręce jednego z powyższych kolegów prac lub rękopisów, których autorowie pragną ubiegać się o w mowie bądacą nagrodę [r. 500] i zgóry się zobowiązują do spełnienia §§ 5-go i 6-go niniejszego ogłoszenia.

W. Kamocki.

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. czerwiec 1902 r.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою, Варшава 11 Юля 1902. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.