

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r L. Rzeczniewski. Podstawy psychofizyologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 561.

II. Dział sprawozdawczy: I. *Chirurgia.* 294. *Karewski i Unger.* O sztucznem wytworzeniu zrostów opłucnowych w celach operacyjnych—str. 569. 295. *Marion.* O rezeceji kolana bez otwierania stawu—571. 296. *Bayer.* O leczeniu jam kostnych kości goleniowej i kości piętowej—str. 574. 297. *Mühsam.* O przetokach, wywołanych przez zapalenie ślepej kiszki—str. 574. 298. *Herescu.* O nefrectomii—str. 575. 299. *Körte.* Przep. przyszcicia nerwu twarzowego do nerwu podjęzykowego—575. II. *Choroby kobiet i akuszerja.* 300. *Toff.* O zapłodnieniu (Impraegnatio)—str. 576. 301. *Tarnowski.* Owaryotomia podczas ciąży—str. 578. 302. *Schauta.* Włókniak twardy powłoki brzusznej—str. 578. 303. *Varnier.* Autopsya kobiety, która sama sobie wprowadziła zgłębnik do macicy w celu wywołania poronienia—579. III. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 304 do 311—str. 579. IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawsk.—str. 583. V. Płockie Tow. Lekarskie—str. 586. VI. *Bibliografia*—str. 588. *Kronika bieżąca*—str. 591. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 14. I. D-r L. Rzeczniewski. Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 561.

I. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORJI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisał

L. Rzeczniewski.

(Ciąg dalszy).

3. Amnesia.

Na ważne znaczenie amnezji jako znamienia psychologicznego histeryi zwróciły głównie uwagę doświadczenia hypnotyczne dokonywane na histerykach.

Amnesia ze stanowiska psychologicznego jest objawem złożonym i bez wątpienia do badania o wiele trudniejszym niż anestezya. Po między dwoma temi zjawiskami wszakże istnieje podobieństwo i wzajemne na siebie oddziaływanie, wyrazem czego jest podział kliniczny amnezji historycznej podobnie jak anestezji na *usystematyzowaną*, *zlokalizowaną* i ogólną, czyli *ciągłą*.

Amnezja usystematyzowana oznacza utratę pewnej grupy wspomnień tworzących układ czyli system wspomnień odnoszących się np. do pewnej osoby, pewnej umiejętności jak znajomości pewnego obcego języka lub jakiejś innej, do pewnej miejscowości, pewnego życiowego przypadku, pewnych zresztą wyobrażeń ruchowych co już samo przez się może powodować zaburzenia ruchu lub nawet bezwładę. Tak np. *astasia-abasia*, jak ją opisał Blocq¹⁾, ma być zapomnieniem synergij mięśniowych zapewniających równowagę ciała w postawie pionowej i podczas chodzenia.

Pod *amnezją zlokalizowaną* rozumie klinika utratę wszystkich wspomnień odnoszących się do pewnego okresu życia osobnika. Jak spostrzeżenia wykazały w charakterystycznych przypadkach tej amnezji zwykle powodem było silne wzruszenie. Wzruszenie wywoływało atak, po przejściu którego występowała amnezja odnosząca się najczęściej i do okoliczności samego przypadku, który był powodem wzruszenia a nadto i do wszystkich wspomnień z pewnego krótszego lub dłuższego okresu życia osobnika wstecz.

Charcot ten rodzaj amnezji nazwał *amnésie rétrograde*. Unikatem pod tym względem był niewątpliwie następujący przypadek, spostrzegany na klinice Charcot'a. Historyczka pozostająca w klinice od 1879 r. w 1890 r. po silnym ataku pozostała w przekonaniu, że rokiem bieżącym jest rok 1882, Zapomniała ona o wszystkich zdarzeniach i okolicznościach swego życia, nawet najbliżej ją obchodzących jakie miały miejsce między 1882 a 1890 r. i nie poznawała żadnej z osób, z którymi w tym okresie czasu zawarła znajomość. Wspomnienia z epok dawniejszych życia pozostały nienaruszone.

Przekonamy się wkrótce poniżej jak ten rodzaj amnezji zlokalizowanej tylko naturalnie w szuplejszych granicach jest pospolitym w histeryi.

Bardzo również interesującą pod względem teoretycznym t. j. pouczającą co do natury i praw amnezji historycznej jest tak nazwana przez P. Janet'a *amnesia continua* czyli amnezja ciągła, która

¹⁾ Arch. de Neurologie 1888 r.

Charcot opisywał pod nazwą *amnésie antérograde*¹⁾. Unikatem zapewne również pod względem klinicznym był zupełnie czysty przypadek tego rodzaju amnezji u chorej D., która postąpiła na klinikę Charcota w maju 1892 r.²⁾ Historia kliniczna tego przypadku była następująca: chora D. 34-letnia mężatka bojaźliwa i wrażliwa 28 sierpnia 1891 r. wskutek gwałtownego wzruszenia dostała bardzo silnego i długiego bo ciągnącego się przez 48 godzin ataku histerycznego, po przejściu którego okazało się, że:

1) Straciła wspomnienia ze swego przeszłego życia wstecz aż do maja. W ciągu jednak paru następujących tygodni wskutek samodzielnego wysiłku odzyskała wspomnienia dawniejsze aż po d. 14 lipca tegoż roku. Stale jednak pozostała amnesia localisata czyli *rétrograde*, obejmowała wspomnienia między 14-m lipca a 28 sierpnia.

2) Lecz prócz tego, przekonano się wkrótce po ataku, że chora straciła zdolność pamiętania dłużej nad 1 minutę wszystkich wrażeń bieżących. Dotyczyła ta amnesia nawet zdarzeń bardzo dla chorej ważnych, jakie jej się podczas gdy była w tym stanie przytrafiły, jak pokąsanie przez psa podejrzanego o wściekliznę, kauteryzacja rany, podróż do Paryża, leczenie w instytucie Pasteur'a, postąpienie na klinikę Charcota. Amnezja była niezmienna, ciągłą i ogólną w takim stopniu jakiego dotychczas nie spostrzegano. A nadto była możliwie czystym, klasycznym przypadkiem klinicznym. Chora mówiła gładko, pamiętała wszystko dokładnie po d. 14 lipca, rozumowała dobrze, pojmowała dokładnie co do niej mówiono pod warunkiem żeby nie mówiono dłużej nad minutę, rozwiązywała nawet zadania arytmetyczne pod warunkiem, żeby mogła wciąż patrzeć na cyfry. Dla oryentowania się co do miejsca pobytu i czasu zastępowała brak pamięci rozumowaniem i notowaniem. Zastanowienia godną była też niezwykła rezygnacja z jaką zносиła chorobę. Chora ta nie miała nawet amnezji o granicach stałych lecz przedstawiała w wysokim stopniu roztargnienie histeryczne.

Pozwoliłem sobie dlatego przytoczyć tu w streszczeniu historię kliniczną tego przypadku, gdyż był on przedmiotem bardzo szczegółowej analizy psychologicznej i doświadczeń rzucających światło na naturę amnezji histerycznej, o której poniżej będzie mowa.

Teraz zaś powracamy w dalszym ciągu do znaczenia amnezji

1) Revue de Médecine z 10 lut. 1892.

2) Patrz w t. I *Névroses et idées fixes* 1898 r. Raymond'a i Janet'a.

w histeryi. Otóż ze stanowiska teoretycznego, z którego rozpatrujemy tu tę kwestyę na szczególną uwagę zasługuje w histeryi typ naprzemienny amnezyi zlokalizowanej (amnesia alternans), mianowicie amnezya po bardziej skomplikowanych atakach historycznych i amnezya posomnambuliczna. Tej amnezyi bowiem jako odgradzającej z ogólnego obiegu myśli świadomej pewne wyobrażenia i wzruszenia przypisuje szkoła Charcota nadmierny, automatyczny rozwój tych wyobrażeń i wzruszeń. Ten zaś nadmierny, gdyż automatyczny rozwój pewnych wyobrażeń resp. wzruszeń poczytuje znów za przyczynę wielu (choć nie wszystkich) jak twierdzą zwolennicy doktryny sugestywnej Bernheima przypadłości historycznych (accidents).

Wspomnieliśmy już na początku niniejszego rozdziału, że na ważne znaczenie amnezyi, jako znamienia psychologicznego histeryi zwróciły głównie uwagę doświadczenia hypnotyczne, dokonywane na histerykach w Salpêtrière. Wiadomo, że histerya jest chorobą o objawach naprzemiennych. Form takich naprzemiennych objawów istnieje wiele w histeryi. Niektóre z nich są całkiem do hypnozy sztucznej histeryków podobne jak np. somnambulismus spontaneus histericus, automatismus ambulatorius histericus i t. d. Właśnie te formy autohypnozy historycznej doprowadziły Charcota do badań hypnotyzmu sztucznego a następnie badań histeryi za pomocą hypnotyzmu doświadczalnego, który nazwał on nerwicą doświadczalną (névrose expérimentale) i uznał za metodę badań psychologicznych (méthode d'investigation psychologique) zdolną rzucić światło na naturę histeryi. Bystry bowiem umysł tego badacza odkrył wprędce analogię między hypnozą doświadczalną a objawami histeryi, rozwijającej się dobrowolnie. Ponieważ, najpospolitszym przedstawicielem objawów histeryi naprzemiennych jest atak historyczny, zobaczymy jak się on właśnie przedstawia w oświetleniu tej metody badania.

Niewątpliwie atak historyczny może być niekiedy dla chorego świadomy, zwłaszcza jeśli jest stosunkowo prosty. Jest on wtedy mimowolnym, czyli automatycznym rozwojem pewnych objawów, których chory wysiłkiem woli powstrzymać nie jest w stanie. Tak bezpośrednia przyczyna ataku jak sam atak są w tych razach dla chorego świadome.

Ale prócz takich są ataki historyczne zwłaszcza o objawach bardziej złożonych, w których chory *nie wie* co się z nim podczas ataku dzieje.

Spostrzeganie wykazuje nam, że w świadomości chorego podczas ataku zachodzą pewne zjawiska psychologiczne wyrażające się w ruchach, hallucynacjach, delirjach i t. p. lecz gdy atak minie, gdy chory

powraca do stanu świadomości zwykłej nie może on nas objaśnić o tem co stanowiło treść jego świadomości podczas ataku a to dlatego, że po powrocie do stanu świadomości zwykłej amnesia localisata obejmuje całość lub większą część ataku.

Nadto, choćbyśmy nawet odrzucili jakiś ogólny typ ataku histerycznego to jednak nie możemy odrzucać indywidualnego typu ataku.

Spostrzeganie bowiem wykazuje nam również, że u jednego i tego samego chorego zwykle w ciągu dłuższego lub krótszego czasu następujące po sobie ataki histeryczne są tak dalece jeden do drugiego podobne, że kto widział jeden atak, ten wszystkie kolejne fazy następującego ataku przewidzieć jest w możności. Znaczy to, że treść umysłowa ataku przez czas krótszy lub dłuższy powtarza się taż sama.

Ponieważ zaś psychologia właśnie pamięć uznaje za główny warunek ciągłości życia psychicznego, za oś pewnej egzystencji psychologicznej, zatem ze stanowiska psychologicznego o takim chorym można powiedzieć, że ma on podwójną, naprzemienną egzystencję psychologiczną. Jedna odpowiada stanowi jego świadomości zwykłej—między atakami; druga zaś powtarzającym się mniej więcej jednostajnie stanom świadomości podczas ataków. Psychologia uczy, że ilekroć na miejsce jednego stanu świadomości podstawia się dość nagle odmienny stan świadomości tylekroć występuje amnezja obejmująca egzystencję psychologiczną poprzednią.

A teraz porównajmy te zjawiska chorobliwe samodzielnie występujące z doświadczeniem za pomocą hypnotyzmu dokonywanem na tymże samym chorym.

Wiadomo, że histerycy z silnie rozwiniętą chorobą i o ile nie wmieszały się jakieś sztuczne przeszkody są wogóle hypnozie sztucznej podlegli (hypnotisables) Hypnozy jest nieskończona ilość form i stopni. Tę postać hypnozy doświadczalnej którą wyzyskano dla celów, o które nam na tem miejscu chodzi, nazwano somnambulizmem¹⁾.

¹⁾ Ta postać hypnozy doświadczalnej dlatego najlepiej odpowiadała założeniu, że osobnik w tym stanie świadomości nie tylko słyszy i rozumie swego hypnotyzera, ale może z nim prowadzić rozmowę, wyrażać zatem myśli i wzruszenia, które w somnambulizmie stanowią treść jego świadomości. Nazwę jednak tego stanu świadomości — somnambulizm należałoby zdaniem mojem odrzucić i zastąpić dzisiaj przez inną bardziej psychologiczną. I to nie dlatego, że została ona rzekomo skompromitowana przez dawniejszych magnetyzerów, gdyż prace ich przedstawiają nadzwyczaj bogaty zbiór faktów częstokroć rzeczywistych, tylko błędnie tłumaczonych; lecz dlatego, że ta postać egzystencji psychologicznej jest daleko więcej

Otóż główna cecha charakterystyczna somnambulizmu polega na odmiennym niż na jawie stanie zmysłów i pamięci¹⁾. W istocie somnambulizm niema cech charakterystycznych sobie wyłącznie właściwych i nie może być inaczej rozpoznany jak tylko przez porównanie z inną fazą życia tegoż samego osobnika np. ze stanem jawy, a wtedy okaże się jako jedyna cecha rozpoznawcza—amnesia.

Jeśli histeryka poddamy szeregowi następujących po sobie hypnotyzacji i wprowadzimy go za każdym razem w stan somnambulizmu doświadczalnego to przekonamy się, że modyfikacja pamięci wyrazi się w 2-ch następujących prawach:

- 1) Po obudzeniu, czyli po przejściu z somnambulizmu w stan

do stanu jawy nie zaś do snu podobna. Najodpowiedniej, gdyby nazwa nie była zbyt długą należałoby *somnambulizm* zastąpić określeniem: *automatyzm polideiczny catkowity*.

1) *Uwaga*. Przez czas bardzo długi szukano cechy specyficznej somnambulizmu nawet po uznaniu go ostatecznie za odrębny stan psychologiczny. Chodziło bowiem o stwierdzenie realnej egzystencji somnambulizmu i odróżnienie go od symulacji. Cech takich podawano kolejno mnóstwo. Miało nią być znieczulenie skóry, wzrok amaurotyczny, kontraktura przez podmuch (cecha podawana przez Charcot'a), Bernheim zidentyfikował znowu somnambulizm ze snem zwykłym. Wszystkie te cechy nie są ani naturalne ani o tyle stałe, żeby mogły charakteryzować somnambulizm na wszystkich stopniach jego naturalnego rozwoju. Jedyną taką cechą jest amnezja. Musimy tu jednak zastrzedz, że somnambulizm, o którym mowa nie otrzymuje się w pierwszych przynajmniej hypnotyzacjach przez wmawianie snu, bo w ten sposób postępując nic się nie modyfikuje, lecz otrzymuje się za pomocą monotonnych, często długotrwałych podrażnień zmysłów, gdyż tylko na tej drodze otrzymany somnambulizm wykazuje istotne modyfikacje zmysłów i pamięci. Naturalnie zarzucać można, że taką rozpoznawczą cechą jak amnezja trudno konstatować i pozornie łatwo ją symulować. Dotychczas jednak innej cechy charakterystycznej nie wykryto. Co zaś do symulacji cech psychologicznych w ogóle jest ona w rzeczywistości trudniejszą niż symulacja cech fizycznych. Wszyscy psychiatrzy o tem wiedzą. Jest jednak inna ważna kwestya, kwestya sposobu sprawdzania pamięci. Zwrócił na nią szczególną uwagę angielski badacz Gurney. Gurney wyraził wątpliwność, czy jeśli stawiamy wprost pytanie badanemu co mówił lub co działał w hypnozie nie obudzamy przez rodzaj sugestyi wspomnień, które inaczej pozostałyby nieświadome. W rzeczywistości niebezpieczeństwo jest mniejsze, gdyż sugestye odnośnie do pamięci są trudne. W każdym razie jednak należy używać specjalnej taktyki i nie stawiać pytań wprost lecz pośrednio. Należy też znać charakter osoby. W ogóle jak wszystkie doświadczenia psychologiczne tak i specjalne nad pamięcią wymagają szczególnych ostrożności, powtarzań i kontroli i nie robią się na poczekaniu.

jawy amnesia localisata obejmie cały okres trwania somnambulizmu ⁴⁾.

2) W każdym następnym somnambulizmie osobnik będzie pamiętał treść swej świadomości we wszystkich takichże samych somnambulizmach poprzedzających, nie będzie zaś jej pamiętał w stanie swej jawy zwykłej.

Z powyższego wynika zupełna analogia pod względem zachowania się pamięci pomiędzy atakiem histerycznym rozwijającym się samoistnie, a somnambulizmem doświadczalnym u histeryków.

Analogia ta sięgnęła jeszcze głębiej, gdy się okazało, że atak histeryczny stosunkowo łatwo, zwłaszcza po przejściu pierwszych burzliwych, drgawkowych objawów można zmodyfikować w somnambulizm, wystarcza bowiem tylko wejść w porozumienie ze stanem świadomości chorego podczas ataku.

Nie powinno, po tem objaśnieniu wydać się dziwnem, że Charcot ostatecznie porównał we wszystkich szczegółach atak histeryczny z somnambulizmem doświadczalnym. Nie jest naszym zadaniem rozbiierać tu szczegóły tego porównania. To tylko winniśmy nadmienić, że jeśli na hipnozę doświadczalną będziemy się zapatrywali jako na sztuczne wyprowadzenie na jaw preegzystującego t. j. istniejącego już pod stanem jawy zwykłej automatyzmu psychologicznego, który jest siedliskiem histeryi, atak zaś uznamy za samoistne podstawienie się tegoż automatyzmu w miejsce świadomości zwykłej to prosty nastęrcza się stąd wniosek, że pomiędzy atakiem a somnambulizmem sztucznym doświadczalnym różnica polega tylko na sposobie powstawania.

W doświadczeniu przez hipnotyzm usiłujemy sztucznie przytłumić świadomość zwykłą osobnika, gdyż życzymy sobie, aby na jej miejsce wyłonił się automatyzm bezwiedny, gotowy pod progiem świadomości zwykłej, pod stanem jawy, w którego treść zakładamy sobie wejrzeć. W ataku zaś tenże automatyzm podstawia się samoistnie na miejsce i tak już wątlej świadomości, gdy ta czy to napięciem uwagi dowolnej nad syntetyzowaniem wrażeń bieżących lub adaptacją znużyła się ostatecznie; czy też, że przypadkowo poruszone zostało jedno ze skojarzeń, któremi sfera automatyczna łączy się zazwyczaj ze świadomością zwykłą, a za niem wyłonił się ze sfery podświadomej cały mniej lub więcej skomplikowany układ czyli system wyobrażeń, wspomnień, wzruszeń i wyparł świadomość zwykłą podstawiając się na jej miejsce.

⁴⁾ Wprawdzie p. Bernheim twierdzi, że przez sugestję można łatwo znieść amnezję posomnambuliczną. Może to jednak mieć miejsce tylko w somnambulizmie powierzchownym.

Co się tycze roli amnezji w objawach histeryi nie już naprzemiennych lecz ciągłych, które ze stanowiska psychologicznego uważać należy również za przejaw automatyzmu tylko tym razem nie całkowitego lecz częściowego, to znaczenie amnezji w tych objawach zostało stwierdzone doświadczalnie za pomocą sugestji doświadczalnej. W sugestji w ogóle musimy odróżniać 2 momenty: samą sugestję jako przyczynę, oraz jej realizację jako skutek. Stosownie do tego doświadczenia za pomocą sugestji dzieli się na takie, w których sugestya jako przyczyna i realizacja jej jako skutek mają miejsce w jednakim stanie świadomości (albo na jawie, albo w somnambulizmie) i takie, w których oba momenty sugestji mają miejsce w różnorodnych stanach świadomości (sugestya w hypnozie—skutek zaś jej ma się objawić po obudzeniu—t. zw. sugestye pohypnotyczne).

Otóż objawy automatyzmu częściowego, występujące samodzielnie w histeryi porównywać można do doświadczeń z sugestją w stanach świadomości bądź jednakich bądź różnorodnych. Z porównania z doświadczeniem np. z sugestją na jawie wynika, że oba momenty t. j. zarówno sama sugestya (przyczyna) jak i realizacja jej (objaw) są świadome. Odpowiada to tym przypadłościom histeryi, w których chory ma świadomość nie tylko swojej przypadłości lecz i myśli czyli wyobrażeń, które znajdują się w przyczynowym związku z przypadłością. Lecz zdarzają się i takie przypadłości w histeryi, w których objaw jest świadomy, chory jednak zapewnia, że niema żadnych myśli, któreby w pewnym związku z objawem być mogły. Są to właśnie te przypadki, które w swoim czasie przytaczali Oppenheim i Jolly krytykując hipotezę Mübiusa, że histerya jest chorobą powstającą w skutku wyobrażeń. Dziś jednak wiemy, że nawet wówczas gdy chory w świadomości swojej nie wykrywa żadnych myśli, żadnych wyobrażeń lub wzruszeń, któreby w związek przyczynowy z objawem powiązać było można, nie stanowi to jeszcze dowodu przeciw powyższej patogenezie, gdyż powodować może objaw myśl bezwiedna.

Tłumaczą nam ten mechanizm doświadczenia z sugestją t. zw. pohypnotyczną. Jeśli w stanie hypnozy daną będzie sugestya z warunkiem aby zrealizowała się w jakiś czas po obudzeniu (czyli w odmiennym stanie świadomości) to w chwili realizacji osobnik może nie wiedzieć o przyczynie, gdyż amnezja pohypnotyczna odgrodziła sugestję od świadomości zwykłej. Wiadomo przecież, że w tych razach osobnik wynajduje i podaje w dobrej wierze inną ja-

kaś przyczynę spełnionego przezeń aktu pod wpływem sugestyi i stara się go usprawiedliwić jakby to był akt dowolny¹⁾.

A odwrotnie mamy dowody pozytywne istnienia i w tych przypadkach jako przyczynowego momentu wyobrażeń lub wzruszeń bezwiednych w tem, że w pewnych stanach doświadczalnego somnambulizmu, w t. zw. przez Janet'a somnambulizmie zupełnym (somnambulisme complet) odnośne wyobrażenia mogą być wykryte. Powrócimy raz jeszcze do tego przedmiotu rozbiegając sugestyjność.

(D. c. n.).



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

294. Dr Karewski i E. Unger. **O sztucznem wytworzeniu zrostów opłucnowych w celach operacyjnych.** (Deut. med. Wochenschr. № 19. 1903.).

Jakkolwiek, zgodnie z panującym dziś w chirurgii poglądem, brak w opłucny uprzednich zmian natury zlepnej nie jest przeciwskazaniem do wykonania koniecznej dla uratowania życia operacyi na płucu, większość jednak chirurgów wyraża zdanie, że wynik pomyślny w razach tych o tyle jest pewniejszy, im więcej wytworzyło się zrostów przed zabiegiem; tam więc, gdzie choremu nie szkodzi strata czasu, należy zawsze zrosty wywołać, nim dojdzie się do ogniska płucnego, że więc lepiej jest operować w dwa tempa, niż w jedno. I sprawozdania z działalności klinik większych pouczyły, że tam, gdzie, w obec ropienia lub zgorzeli płucnej, wypadło operować doraźnie nawskroś nietkniętej jamy opłucnowej, otrzymano niejednokrotnie wynik niepomyślny i że nieraz dałoby się uniknąć śmierci lub powikłań cięższych (otok powietrzny, rozedma płuc), gdyby przedtem zabezpieczono się dostatecznie przed zakażeniem jamy piersiowej. Wprawdzie, ilość przypadków, w których operuje się sprawy ropne, bez powstania wprzód już samoistnej sprawy zapalnej w opłucny, nie jest dziś arcywielką, lecz, właśnie, w interesie

1) W tem leży zdaje się istotna przyczyna rzekomej jakoby skłonności historyków do kłamstwa. Wcale nie jest udowodnione, aby historycy byli świadomymi kłamcami resp. oszustami w większym stopniu niż ogół ludzki przeciętny.

postępu chirurgii płuc należy starać się operować wcześniej, rozszerzyć zakres wskazań i liczyć się z faktem, iż w razach niektórych zetknięcie się ropy z opłucną nie może i nie powinno być przeciwskazaniem do podjęcia rękoczynu na płucach.

W obec niedostateczności stosowanych obecnie środków, zmierzających ku wywołaniu trwałego na przestrzeni większej zrostu obu listków opłucny, autorowie postawili sobie zadanie rozwiązanie kwestyi tej drogą doświadczeń, przyczem sam już wybór zwierząt odpowiednich nastęrczał nie mało trudności, bo i psy duże nie bardzo do eksperymentów nadawały się. Ich nader cienka błona płucna jest tak szczelnie zrośnięta z okostną żeber, że, wykonywając jak nojostrożniej rezekcyę tych ostatnich, nie zawsze unikniemy uszkodzeń jamy opłucnowej. Liczne u psów zrazy płucne są tak wymiarem niewielkie, że staranne obszycie nawet nie zabezpieczy od pozostawienia tamże jakiejś rysy niedostrzeżonej; dla tego też zaniechano wkrótce częściowego wycinania żeber i umocowywano płuco szwami, zapuszczanymi w międzyżebrza, bez przedniego usuwania kości. Podczas prób autorowie postępowali się zakrzywionymi igłami cienkimi i drutem aluminiowym; igły wkłuwano w płuco, przeciągano drut w chwili wyklucia i wiązano. Lecz już podczas wkłucia igły powstawał nader często otok powietrzny a mozolne wiązanie drutów trwało długo. W tych spostrzeżeniach, gdzie operacya powiodła się, po upływie dwóch dni znajdowano zrosty nader delikatne i widoczne tylko w okolicy nakłuc; przestrzeń między ukłuciami była wolną od zlepów. Po 8 dniach zrosty, choć liczne, pękały łatwo. Stałe, w najlepszym nawet razie, sprawa zapalna stanowczo pozostawała miejscową i podczas następczego otwierania jamy opłucny, niepodobna było ustrzedz się odmy piersiowej. Dopiero po 12 np. dniach nowowytworzona tkanka łączna miała jeden milimetr szerokości i była dość twardą; po jeszcze dłuższej przerwie otrzymywano zrosty w postaci wąskiej obrączki. Próby przekonały, że sam szew tylko nie da zlepów wystarczających.

Sposób ów prowadzi do uszkodzenia śródbłonna opłucny w miejscu ograniczonym ściśle, t. j. w miejscu ukłucia igłą; śródbłonek tkanek, okalających otworek od igły, pozostaje nietkniętym, a wiemy z prac licznych, że endothelium właśnie broni, w stanie normalnym, oba listki opłucnowe od zrastania. Dla osiągnięcia celu takiego niezbędnem jest zniszczenie śródbłonna obu listków pleury za pomocą wywołania rozległej sprawy zapalnej, czego nie da samo tylko nakładanie szwu na opłucne.

Ze względu na niedostateczność zależnego od szycia urazu autorowie w dalszym ciągu wypróbowali działanie środków chemicznych, a mianowicie: związku jodu i terpentyny—2% wodny roztwór jodu i olejek terpentynowy. Cienką kankę tępa wbijano skośnie w międzyżebrza, łączącą się z manometrem szczelnie, a ciśnienie ujemne w międzyżebrzu wpędzało olejek. Doświadczenia i tym razem chybiały celu. Jeżeli wessaniu uległy małe ilości terpentyny, powstawał obfitujący w białe ciała krwi wysięk, większe dawki środka wywoływały znów zgorzel płuca. Już He in z zwracał w swoim cza-

sie uwagę, że pleura mniej skłonna bywa do zrostów, niż peritoneum, na skutek bowiem ustawicznego poruszania się obu listków mamy tu do wytwarzania się sprawy zlepnej warunki liche.

Wobec niepowodzenia całego szeregu doświadczeń, skombinowano ze sobą obie metody powyższe: maczano jedwab w aseptycznym oleju terpentynowym i nakładano szew, powodując jednocześnie uraz, podrażnienie chemiczne i przeszkodę w ślizganiu się listków opłucny. Szwy nakładano równoległe przez kilka odstępów międzybrowych i przekładano przebiegające między nimi żebra, poczem już po upływie 3-ch dni stwierdzić można było trwałe obu listków zrosty i zanik międzykomórkowych przestrzeni płucnych. Tam, gdzie chciano otrzymać zrosty linearne, wystarczyło obszyć szwem kolistym pewną część płuca, a już dnia 3-go lub 5-go przestrzeń, zajęta ścięciem terpentynowym, była pełną moenych zrostów, najwięcej, w miejscach ułkuć, lecz i pomiędzy dwoma otworami od igły, o ile odstepy te nie przewyższały $1\frac{1}{2}$ ctm. Po upływie dni 8 zwyczajny nawet szew kolisty wywoływał sięgające daleko szerzenie się zlepow, które dawały zabezpieczenie zupełne; szew podwójny u góry i u dołu prowadził do celu tegoż dwa razy prędzej.

Ze szczegółów technicznych zapamiętać należy, że zawiązywanie szwu, którego dwa punkty wytyczne (wkłucie oraz wyklucie) przewyższają odległość 2-ch ctm., naraża tkankę płuca i opłucny na uraz zbyt znaczny. Dlatego też między dwoma punktami tymi wkładano igłę dwa razy jeszcze i ściągano węzeł dwa tuż wokoło siebie przebiegające końce nitek. Szycie w ten sposób dawało nawet zagładę przegród międzyzrazowych pod warstwą obfitych zrostów. Można było wówczas otwierać śmiało jamę opłucny i wdrzeć się w płuco bez obawy o powstanie odmy piersiowej. Prób zastąpienia jedwabiu katgutem zaniechano wkrótce, gdyż tenże wysał się nadto wczesnie i dawał ropienie. Autorowie demonstrowali na posiedzeniu Tow. Lek. liczne, dotyczące pracy swej preparaty; do wypróbowania metody na ludziach dotąd nie było sposobności.

K. Niedzielski.

295. G. Marion. **O rezeceji kolana bez otwierania stawu.**
(Archiv. général. de médecine. № 7. 1903.).

Jak poucza doświadczenie powszechne, klasyczna rezeceja stawu kolanowego, obok całej swej użyteczności, często nie broni chorego od nawrotu sprawy gruźliczej, powstającej następnie w częściach miękkich lub kościach. Raczej dziwić się trzeba, iż reprodukcyja taka nie powstaje po rezecejach daleko częściej w obec konieczności otwierania stawu, manewrowania narzędziami w ogniskach gruźliczych, wycinaniach ich, ocierając się o tkanki zdrowe temż narzędziami i t. p. Wprawdzie, występujące po zdjęciu opaski Es-march'a krwawienie zmywa poniekąd zarodki; wprawdzie, zastosowanie środków przeciwnilnych zmniejsza groźbę infekcyi, w każdym jednak razie pewniejszem musi być postępowanie chirurga, zmierzają-

jące ku usunięciu stawu in toto tak, jak usuwa się torbę z zawartością septyczną, bez otwierania jej, co stanowi też główną podstawę obmyślanej zreżymowanej metody d-ra Marion'a.

Operacja, stosowana przezeń już od lat pięciu, składa się z następujących sześciu momentów: 1) *obnażenie powierzchni przedniej stawu*. Operujący wykonywa typowe cięcie łukowe, trzymając się na zewnątrz od przetok, jeżeli te istnieją; gałęzie poziome cięcia idą dość wysoko i dosyć daleko ku tyłowi, ponieważ obnażenie terenu musi być rozległem. Zaczynamy więc cięcie na 2—3 ctm. powyżej jednego z kłykciów, na wysokości przylegającego z tej strony do dołu podkolanowego ścięgna, schodzimy nieco na dół w kierunku pionowym, doszedłszy zaś do poziomu linii stawowej, cięcie pochylamy, zaokrąglając je w ten sposób, by skrzyżowało się z powierzchnią przednią podudzia na wysokości przedniego guza pieszeli (*tuberositas tibiae antica*) i prowadzimy takowe dalej, w sposób odpowiedni, po stronie drugiej do góry. Płat wykrajany, zawierający skórę tylko, unieść należy teraz ku górze, rozciąć ścięgno rzepki, w odległości 1-go prawie ctm. od przyczepu do kości piszczelowej oraz—powiezie po obu stronach. Po zesunięciu ścięgna ku dołowi i obnażeniu stawu, bisturem przecinamy okostną na granicy dolnej nasady piszczelowej w kierunku poziomym, a cięcie to jest dla operującego punktem wytycznym, gdy, po wyswobodzeniu dolnej powierzchni stawu, przystąpi do przepiłowania pieszeli. Z kolei następuje:

2) *odseparowanie zakrętu (cul-de-sac) górnego*. Mięsień czterogłowy uda przecina się powyżej rzepki poziomo lub skośnie z dołu do góry i od przodu ku tyłowi, celem przedostania się do *cul-de-sac'a*, który sięga ku górze dość wysoko i w dolnej swej części szczelnie przylega do mięśnia. Preparować należy nader oględnie, by nie otworzyć torebki maziowej, co jest możliwem na kolanie chorem, wypełnionem przez gruźlicze narośle. Po oddzieleniu *cul-de-sac'u* aż do najdalszego punktu górnego, cięciem poprzecznym, dochodzącem do kości udowej, odłączamy ostatnie przyczepy mięśnia od będącego w mowie załka stawowego, poczem odpreparowanie ściany tylnej tegoż uchyłka (od przedniej powierzchni *femoris*) jest już zadaniem nader łatwem. Odklejanie na tępo posuwamy jaknajdalej ku dołowi, aż do przyczepu błony maziowej do kłykciów, wreszcie, odciągamy na dół pincetą wyosobniony uchyłek.

3) *Przepiłowanie kości udowej* jest trzecim etapem zabiegu, dokonywanym po oddzieleniu okostny i odpowiedniemu zabezpieczeniu narządów. Po stronie każdej prowadzi się cięcia tuż do kości dla otwarcia bocznych przegród międzymięśniowych, a, wymacawszy palcem powierzchnię podkolanową uda, wyosobnia się kość od reszty zawartości *fossae popliteae*. Naczynia i nerwy ochrania się ekarterem, do rozcięcia uda używamy piłki z ostrzem wazkiem, przyczem piłuje się klinowo \vee (klin ma formę rzymskiej piątki), najsamprzód część kości przednią, tuż powyżej przyczepu maziówki, w kierunku do wierzchołka kłykciów. Gdy dojdzie się do połowy grubości uda, wyciągamy piłkę i ustawiamy ją od tyłu, przed rozwieraczem, piłu-

jąc tylną część kości z tyłu ku przodowi, również ku wierzchołkowi kłykciów, idąc na spotkanie z linią przepiłowania od przodu. Dalej zająć się należy 4) *odpreparowaniem tylnej powierzchni stawu*, w którym to celu po odciągnięciu kleszczami kostnymi do przodu oddzielonego stawu od kości udowej i zgięciu podudzia, mamy część stawu tylną całkiem dostępną. Do wyosobnienia naczyń i nerwów od środka wystarczy palec, między kłykcami manewrujący, z obu zaś boków—nóż, którym przecinamy przyczepy i powięzie mięśni: półbłoniastego (semimembranosus), brzuścołydkowych (gemelli) oraz podkolanowego (popliteus) i oddzielanie to skuteczniamy ku dołowi aż do pierwotnego punktu wyjścia, do miejsca nacięcia okostny na przedniej powierzchni goleni. 5) *Przepiłowanie piszczeli* również w postaci klinu, odpowiednio do przyjęcia kąta udowego, wykonywa się zrazu z tyłu ku przodowi i z góry na dół, a potem z przodu ku tyłowi i też z góry na dół. Następuje w końcu akt ostatni. 6) *Spojenie* po uprzednim zdjęciu opaski Esmarch'a i podwiązaniu naczyń. Szwu kostnego autor nie używa wcale, za to nader starannie zeszywa katgutem, nad kośćmi, przylegające do uda i piszczeli tkanki włókniste i mięśniowe; ścięgno rzepki przyszywa do ścięgna mięśnia czterogłowego. Z tyłu kości, t. j. ku przodowi od narządów dołu podkolanowego, zakłada się dren, który wychodzi na zewnątrz przez otwory, dokonane w skórze po stronach obu, poczem ranę, z wyjątkiem otworów tych, zaszywa się całkowicie. Unieruchomienie zoperowanej kończyny jest niezbędnem; z opatrunkiem pierwszym czeka się, ile możności, jak najdłużej—25 do 30 dni, zatem, do chwili usunięcia drenu. Podczas drugiej zmiany opatrunku stwierdzano też nieraz zagojenie doszczętne. Małe wahania ciepłoty (38—38,5), zależne od wsysania się surowicy krwi, nie są wskazaniem do poruszania rany. Unieruchomienie (gips, szkło wodne, szyna skórzana) trzyma się jednak nieraz w ciągu kilku miesięcy, przez długi więc okres czasu po zupełnem zagojeniu się rany operacyjnej. W końcu swej pracy d-r M. przytacza kazuistykę własną, obejmującą 9 przypadków odnośnych, które dotyczyły osobników w wieku od lat 19 do 39. W 2-ch otrzymano wyniki złe, całkiem jednak niezależnie od metody; w pierwszym ze spostrzeżeń tych winną była samowola internista, który, nie czekając na przybycie autora, zdjął sam opatrunek i, na skutek nieumiejętności, ranę zakaził; w drugim sprawa pokrzyżowana została przez konieczność otwarcia sięgającego aż do łydki i wypełnionego przez rozrosty gruzlicze cul-de-sac'a. Okoliczność ta przemawiałaby właśnie na korzyść wyszczególnionego powyżej zabiegu. W pozostałych 7 przypadkach otrzymano wyzdrowienie zupełne, z dobrą konsolidacją kości, osiągniętą po upływie 2 do 6 miesięcy. Operowanych autor widywał w 2—3 lata po rękoczynie; u żadnego z nich nie stwierdzono, dotąd przy najmniej, nawrotu.

Operacja ta, jako technicznie mniej zmusna, estetyczna i czysta bardzo, posiada przewagę niezaprzeczoną nad klasyczną rezekcją kolana z otwarciem stawu; wywołuje, wprawdzie, większe, niż ta ostatnia, skrócenie kończyny, dochodzące do 6—7 ctm., brak je-

dnak ten wyrównywa się łatwo opuszczeniem miednicy oraz noszeniem obuwia specjalnego. Autor stosuje dziś metodę swą we wszystkich tych razach, gdzie ma się do czynienia z maziową wyłącznie, odmianą gruźlicy, bez większego zajęcia kości, zatem w przypadkach, nadających się właściwie do synowektomii lub artrektomii.

K. Niedzielski.

296. C. Bayer. **O leczeniu jam kostnych kości goleniowej i kości piętowej.** (Centralblatt für Chirurgie. № 19 i 20. 1903).

Autor zwraca uwagę na bardzo prosty sposób leczenia jam kostnych, którego bardzo często używał i to z dobrym skutkiem. Najpierw po usunięciu zmartwiałych części i szlauchu Esmarch'a, oczyszcza jamę i dobrze ją odkaża. Potem za pomocą dłuta i szczypców kostnych Luera wygładza ściany jamy i zamienia jamę w rynnę. Miękie części razem z okostną odsuwa tak daleko w obie strony, że brzegi kostne wystają i mogą być odcięte płasko. Do tego trzeba czasami ku górze i ku dołowi powiększyć ranę części miękkich przyczem tutaj trzeba wydłutować jamę kostną i zrobić z niej rynnę. Obydwa boczne płaty, składające się z miękkich części i okostnej zagina on bardzo prosto do rynny kostnej, na nie kładzie wałek z gazy jodoformowej szerokości dwu palców i długości jak rynna kostna. Takim sposobem wypełnia się cała rynna i na to nakłada się opatrunek, który się zdejmuje po 8—10 dniach.

W. Biehler.

297. M ü h s a m. **O przetokach, wywołanych przez zapalenie ślepej kiszki.** (Mitteil. aus dem Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 11 Hft. 2, 1903).

Przytaczając najrozmaitsze przykłady przetok, wywołanych samoistnie, a najczęściej operacyjnie, autor opisuje ich leczenie. Samoistne przetoki wymagają obszernego rozcięcia, a nawet wycięcia wyrostka, gdy znajdują się na ścianach brzusznych. Oprócz tych wymagają operacji najczęściej przetoki, prowadzące do pęcherza, przetoki zaś do odbytnicy i do pochwy bardzo często goją się bez żadnej pomocy. Aby zapobiedz przetokom, autor radzi szelne zaszywanie wszelkich odsłoin błony surowiczej, dobre obmycie wyrostka, ewentualne przykrycie go siecią i wykonanie operacji w swoim czasie.

W leczeniu pooperacyjnem należy się wystrzegać dotykań wszelkich jamy ropnej ściany kiszki i zostawić jaknajdłużej (5—8 dni) pierwszy tampon po operacji. Worek Mikulicza uważa za najlepszy, katgut lepszy, niż jedwab. Już znajdujące się przetoki należy najpierw leczyć wyczekująco, zmieniając często opatrunki. Należy pielęgnować skórę, często i długo używać kąpieli i wywoływać ziarninowanie. Jako operacją mamy tutaj: rozcięcie przetoki, wycięcie wyrostka, zaszywanie otworu w kiszce, wycięcie kawałka kiszki, połączenie kiszki z kiszką

Przetoki natury gruźliczej marnie się goją i rokowanie w nich nie szczególne. U innych przetok szczególnie u tych, które się goiły po długim ropieniu, zauważył autor podwyższoną skłonność do tworzenia przepuklin.

W. Biehler.

298. Herescu. **O nefrectomii.** (Revista di chirurgia. 1903. № 2).

Aby wykonać wycięcie nerki z dobrym wynikiem, trzeba przede wszystkim zbadać czy druga nerka będzie w stanie wypełnić podwójną pracę. Wycina się nerkę z powodu guzów albo gruźlicy, aby tym zapobiedz sposobem ogólnemu zakażeniu ustroju. Daje ono dobre wyniki, nawet i w raku, gdy je się wykonywa wcześniej. Główny objaw gruźlicy nerki jest krew w moczu i ból w nerce, które czasami według Guyona uczuwają chorzy odruchowo w pęcherzu. Takich chorych często się leczy bez żadnego wyniku na zapalenie pęcherza, chociaż wyleczenie możebne, gdy się usunie chorą nerkę. Zwyczajna aseptyczna puchlina nerkowa nie daje wskazania do wycięcia nerki. Trzeba się starać innym sposobem ułatwić odpływ moczu i tylko gdy się to nie udaje, wycina się nerkę. Gdy ma się do czynienia z sprawami ropnemi, jak to uropyonephrosis, to trzeba najpierw zrobić nefrostomię, a potem wyciąć nerkę, gdy pierwszy zabieg nie doprowadził do celu. Przy kamieniach nerkowych wycięcie jest przeciwskazane, gdyż ta choroba zwykle znajduje się w obydwóch nerkach. Można ją wykonać, gdy się ma do czynienia z pyonephrosis calculosa i gdy się przekonano kateteryzacją moczowodów i innymi sposobami, że druga nerka zupełnie zdrowa. Co się tyczy sposobu operowania, to Herescu używa najczęściej sposób lędźwiowy.

W. Biehler.

299. Körte. **Przypadek przysycia nerwu twarzowego do nerwu podjęzykowego.** (Deutsch. med. Wochensch. № 17, 1903).

Przy obszernej rezekcji pyramidis ossis petrosi z powodu ropienia na dnie czaszki autor był zmuszony usunąć nerw twarzowy przy wyjściu u foramen stylomastoideum, gdyż przeszkadzał przy operacji. Nie będąc w stanie potem zeszyć końców nerwu, przyszył on distalny koniec nerwu twarzowego cienkim katgutem do nerwu podjęzykowego, który dzięki wycięciu tylnego brzuszka m. digastrici był dostępniejszy niż przez Manasse polecany do takich ewentualności nervus accessorius Willisa. Po operacji, jak Bernhardt zauważył, rozwinęło się porażenie obydwóch nerwów z odczynem zupełnego zwyrodnienia. Po upływie zaledwie pół roku wróciła wrażliwość na prąd elektryczny i aktywne działanie, tylko przy poruszaniu mięśni języka poruszały się i mięśnie twarzy i na odwrót. Z powodu ustania działania chwilowego nervi hypoglossi autor radzi przyszywać lepiej do cieńszego nervum accessorium, którego działanie nie tak jest ważne dla człowieka.

W. Biehler.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

300. D-r E. Toff. **O zapłodnieniu (Impraegnatio).** (Centralbl. f. Gynäk., № 14, str. 424).

Pytanie, jaki wpływ wywiera życie płciowe, a w następstwie ciąży na ustrój kobiety wogóle, autor rozkłada na 2 części, jako to:

1) Czy życie płciowe jest to tylko silne pobudzenie nerwowe bez jakiegokolwiek silniejszego wpływu na ciałotwór kobiety? i

2) Czy kobieta w ciąży jest tylko zbiornikiem, ukrywającym i odżywiającym jajo zapłodnione, które potem musi na świat wydać, nie podlegając przytem żadnym innym zmianom, oprócz tych, jakie spostrzegamy w narządach płciowych i sutkach?

Ad I. Podczas spółkowania wlewa się do pochwy pewna ilość, którą Mantegazza określa na 6 ccm., płynu nasiennego. Kobieta, będąca w okresie życia płciowego, w sumie otrzymuje pokaźną ilość tego płynu, do którego przyłącza się pewna ilość soków, pochodzących z tkanek kobiecych, i, według wszelkich praw fizycznych, zachodzi między nimi rodzaj endosmozy i ekzosmozy. Błona śluzowa pochwy posiadając niewątpliwie własności rezorbcyjne, nie sprzeciwia się temu. Oprócz plemników, ustrój kobiecy przez dłuższy czas wchłania pewne substancje z tego płynu nasiennego, których ilość musi być pokaźna; zachodzi więc tutaj sprawa formalnego zapładniania. Sprawa ta nie musi być obojętną dla ustroju kobiecego, jeżeli uprzytomnimy sobie wpływ, jaki wywierają na ustrój ludzki wyciągi rozmaitych narządów. Trudno zatem przypuścić, aby ten płyn organiczny pozostał bez wpływu na ustrój kobiecy.

Autor sądzi, że wszelkie zmiany, zachodzące u mężatek (nie ciężarnych) w porównaniu z pannami, pochodzą z tego źródła. Jak często spostrzegamy, że blade i słabe panny po zamążpójściu stają się kobietami pełnokrwistymi i silnymi, że pozbywają się pewnych dolegliwości nerwowych i że charakter ich niekiedy zupełnie się zmienia: znika postać wietrznej istoty, ustępując miejsce osobie samodzielnej. Nie można przypisać tych zmian jedynie spółkowaniu. Na dowód tego autor przytacza fakt, że życie płciowe, według Maltusa prowadzone, nie uspokaja lecz denerwuje kobietę. I tutaj wprawdzie zachodzi ten sam fakt fizyczny, lecz odpada wpływ płynu nasiennego.

Ad II. Z chwilą, gdy kobieta zaszła, do powyższego przybija jeszcze wpływ soków płodowych na ustrój matczyny. Krew matczyna i krew płodowa są w ciągłym ze sobą zetknięciu przez endosmozę. Lecz we krwi płodu przeważają soki ojcowskie, znacznie różniące się od soków matki. Różnica ta jest tak delikatna, że przy obecnym stanie naszej wiedzy nie może być dokładnie określona. Droga tedy krążenia łożyskowego pewna ilość sił żywotnych, pochodzących bezpośrednio od ojca, przechodzi w ustrój matczyny. Jakkolwiek plemnik jest mały i posiada siłę żywotną kolosalną, jednakowoż nosi w sobie tysiące rozmaitych własności duchowych i cielesnych, pochodzących od ojca, które nanowo w dziecku się odradzają.

A wpływ płodu na ustrój mateczyny musi być wielki i wielostronny. Być może, że rozrost macicy w ciąży, wydzielinę gruczołów mlecznych i inne objawy ciąży przypisać należy wpływowi soków płodowych resp. ojcowskich na ustrój mateczyny.

O przejściu cząsteczek soków płodowych w krwiobieg mateczyny świadczą stały patologiczne, jako to t. zw. „syphilis imperceptible“ Diday'a lub „syphilis bez objawów“, kiedy matki zachodzą w ciążę od mężów syfilitycznych, nie zarażając się same bezpośrednio; dopiero przez płód nabierają odporność przeciw syfilisowi. Lingard dowiódł eksperymentalnie na królikach, że, jeżeli płodowi, w macicy znajdującemu się, zaszczepimy zarazę węgliką, to samka zostaje w ciągu 36 godzin odporna na zarazę węgliką. Doświadczenia te dobitnie stwierdzają fakt, że rozmaite wytwory chorobowe, związki chemiczne mogą zarówno przejść od matki do płodu i odwrotnie; wynika z tego, że rozmaite części składowe ojca mogą się przedostać do krwiobiegu ciężarnej.

Z powyższego wynika, że dzięki dwóm głównym przejawom życia płciowego, spółkowaniu i ciąży, ustrój kobiecy zostaje zapłodnionym przez soki lub związki chemiczne, pochodzące z ustroju męskiego, które powodują liczne zmiany w ustroju kobiecym.

Czy takie zapładnianie sprowadza jakies trwałe zmiany w ustroju kobiecym? Jeżeli wziąć pod uwagę sam coitus, trudno dać odpowiedź kategoryczną, jeżeli zaś uwzględnimy rozmaite objawy, zależne od ciąży, to musimy uznać, że zmiany te są trwałe. Kobieta nieraz miewa dzieci z drugim mężem, które są bardzo podobne do pierwszego. Jeszcze wyraźniej występuje to u zwierząt (Hutschinson): samice (klacz, krowa, suka), zapładniane przez osobniki męskie niższej rasy lub przez osobniki posiadające jakies cechy osobliwe (np. centki), urodziły mieszańca lub też osobnika gorszej rasy; gdy zostają zapłodnione przez osobników rasowych, wydają na świat młode, noszące braki lub cechy pierwszego reproduktora, które z pierwszego płodu musiały przejść na ustrój matki. Następnie musimy przyjąć, że ustrój kobiecy łaknie owych ciał żywotnych, które przechodzą z ustroju męskiego przez spółkowanie i ciążę, i potrzebuje tego dla swojego rozwoju. Stare panny cierpią na różne dolegliwości, które można objaśnić brakiem dowozu tych sił żywotnych z ustroju męskiego.

O ile stosunki płciowe i ciąża są pożądane dla kobiet z męczyzną zdrowym, o tyle mniej pożądane są z czlowiekiem osłabionym, chorobliwym, dotkniętym syfilisem ukrytym, tuberkulozą etc. lub też dziedzicznie obarczonym. Te rzeczy wywierają także zły wpływ na kobietę. Często widzimy kobiety, które były do ślubu zupełnie zdrowe, później chorują na nerwobóle, bóle głowy, anemię i t. p. bez widocznych zmian organicznych. Przypisać to należy substancjom chorobliwym (toksynom?), przechodzącym z męczyzny na kobietę. Być może, że te wpływy wywołują także rozmaite objawy chorobowe w ciąży: ślinotok, uporczywe wymioty, bóle głowy, zajęcie nerek, eklampsję etc. Faktem jest, że u narodów niekulturalnych, gdzie męczyźni bywają zdrowsi, ciążę łatwiej przebiegają, i rzadziej napotykamy u kobiet przypadki chorobowe, tak często występujące u narodów

cywilizowanych. Autor się przyznaje, że faktycznie nie rozwiązał postawionej sobie tezy, lecz wszczął tylko tę kwestyę i zastrzeżę sobie w bliższej przyszłości głos w niektórych kwestiach.

M. Warszawski.

301. C. Tarnowski. **Owaryotomia podczas ciąży.** (Inaug. dissert., Lipsk. 1901).

Menge operował 3 przypadki torbieli jajnika podczas ciąży: w 2, 3 i 4 miesiącu. Wszystkie przypadki przeszły szczęśliwie. W przypadku drugim powstało zatkanie żyły udowej. Rana brzuszna zagoiła się we wszystkich przypadkach per primam. We wszystkich 3 przypadkach ciąża dobiegła normalnego kresu. W dwóch przypadkach poród samoistny, a w trzecim nałożono kleszcze (w celu ulżenia bliźnie brzusznej). Wszystkie dzieci donoszone i żywo urodzone. Podczas operacji starano się, o ile możności, nie tykać macicy.

Autor doszedł do wniosku, że powikłanie ciąży przez guz jajnika stanowi poważne wskazanie do owaryotomii przez laparotomię. Najodpowiedniejszą porą jest trzeci miesiąc, lecz nie w czasie, w którym zazwyczaj miesiączkowanie przypadało. Należy unikać drogi pochwowej ze względu na większe maltretowanie macicy. Na mocy rozmaitych statystyk, autor obliczył, że bez interwencji w przypadkach powikłania ciąży przez guz jajnika zginęło 98 kobiet na 313, co stanowi 31,31%.

M. Warszawski.

302. Schauta. **Włóknak twardy (Dermoid) powłoki brzusznej.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903. № 12, str. 372).

22-letnia kobieta raz jeden prawidłowo rodziła i raz jeden poroniła. Od czasu poronienia cierpi na bóle w pachwinie lewej i na nerwowość. Miesiączkowanie prawidłowe. Kilkakrotnie podjęte badanie nie doprowadziło do danych pozytywnych wskutek nadzwyczajnej bolesności przy ucisku na guzik mały w pachwinie lewej, który autor przez długi czas przyjmował za guz gruczołu limfatycznego. Stan nerwowy z czasem doszedł do obłędu; guz zaś powoli się powiększał i tak chorej dokuczał, że przy najlżejszem dotknięciu występowały aż drgawki. Operacja, dokonana pod narkozą, ujawniła, że był to włóknak twardy, wielkości jaja, wychodzący z powięzi muscui obliqui inferioris. Guz usunięto cięciem, równoległym do lig. Pouparti; składał się z tkanki włóknistej, ścięgnistej; włókna były falisto ułożone. Do guza dochodziły z różnych stron małe delikatne gałązki nerwowe. Ostatnie, prawdopodobnie, spowodowały objawy nerwowe przy najlżejszym nawet ucisku na guz, o czem świadczy fakt, że po usunięciu guza znikły wszelkie dolegliwości.

M. Warszawski.

303. M. H. Varnier. **Autopsya kobiety, która sama sobie wprowadziła zgłębnik do macicy w celu wywołania poronienia.** (Annal. de gynecol. et d'obstétr. 1902. Marzec—Czerwiec).

Pytanie, czy kobieta sama może wywołać sobie poronienie drogą mechaniczną? autor chciałby w ten sposób sformułować: czy może kobieta przez macanie własnym palcem swojej szyi macicznej dojść do tej perfekcyi, żeby mogła sama sobie wprowadzić cewnik do macicy?

Laguerre w Tuluzie robił doświadczenia w tym kierunku, okazało się, że z 20 kobiet 14 mogły sobie same wprowadzić bądź zgłębnik bądź kankę, do ławatyw używaną. Niepowodzenie u pozostałych 6 kobiet autor przypisuje brakowi dobrej chęci lub też nieodpowiedniemu położeniu macicy. Za najwygodniejsze położenie macicy dla wprowadzenia sobie samej zgłębnika autor uważa tyłochylenie (retroversio) macicy.

W przypadku przez autora obserwowanym chodziło o poronienie septyczne z zapaleniem błony otrzewnowej. Pacjentka trzykrotnie wprowadzała sobie do macicy cewnik z przetyczką, jednakże nie przedziurawiła sobie macicy.

M. Warszawski.

III. Wiadomości terapeutyczne.

304. S. v. Mikulicz i O. Fittig. **Przypadek wyleczenia raka sutki promieniami Roentgen'a.** (Beiträge zur klin. Chirurg. № 3, Band 37, 1903).

Autorowie przychodzą do przekonania, że promienie Roentgen'a mają pewien wpływ na tkanki rakowe i mają daleko większe znaczenie, niż wszystkie inne dotychczas używane środki do zniszczenia tkanki rakowej. Objaśniają oni dlaczego właściwie promienie Roentgen'a mają tak wielki wpływ na tkankę nerwową i na nabłonek.

Stosowali autorowie promienie Roentgen'a u 52-letniego mężczyzny z rakiem piersi, który już na 1 etm. wgłęb się owrzodził, miał wielkość gęśiego jajka i przerzuty obustronne pod pachą. Po 6 posiedzeniach, trwających po 10—15 minut bez żadnych większych objawów ubocznych rak zaczął się zmniejszać i rana się zagoiła, pozostawiając bliznę. Po 4 tygodniach nie znaleziono wcale tkanki rakowej w wyciętych tkankach za wyjątkiem może kilku komórek podobnych do rakowych. Mikulicz uważa, że zdrowa skóra wstrzymuje działanie promieni Roentgen'a i stosuje je tylko w guzach z owrzodzeniami, leżących na powierzchni i wolno rosnących. Dotychczas promienie Rontgen'a mają małe znaczenie w leczeniu raka i nóż jest jedynym dobrym sposobem do wytypienia raka. Ze zdaniem Beck'a,

który radzi wszystkie guzy, nie nadające się do operacji i mające być wystawione pod promienie Roentgen'a, najpierw jak można najwięcej usunąć nożem, zgadzają się Mikulicz i Fittig. Przy leczeniu koło 12 przypadków używali autorowie jak można największe rury, mające 4—6 ctm. długie iskry; 4—5 ctm. wynosi przestrzeń między rurami. Ochraniając przyległe części ciała ołowianymi płytami, wystawiali oni pod promienie chore części na 5—30 minut, przyczem siła prądu nie była większą, niż 7 amperów. Przy najmniejszych ubocznych objawach (swędzenie, palenie) przerywa się leczenie najmniej na 6—8 dni.

W. Biehler.

305. Czerny. **Leczenie przetoki i wypadnięcia odbytnicy.** (Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. 37, Hft. 3, 1903).

Autor uważa wycięcie przetoki odbytnicy w głębokim uśpieniu za jedynie dobry i racjonalny sposób leczenia. Za pomocą lustra oświetla on pole operacyjne i zaszywa ranę, mającą formę lanceta albo delty takim sposobem, że koniec rany błony śluzowej łączy za pomocą katgutu z końcem przeciwległym rany skórnej i nakłada z obu stron jeszcze 2—4 szwy. Do leczenia wypadnięcia odbytnicy w średnim stopniu radzi autor przyszyć odbytnicy i rectoplicatio— to jest w jednym przypadku dość trudnym od strony kości krzyżowej odseparował on tylną ścianę odbytnicy od ampulli aż do sphincterani i za pomocą kilku szwów wsunął tę część odbytnicy do światła jako sagitalną fałdę wysokości palca. Tym sposobem zmniejszył on światło odbytnicy i napiął jej ścianę. Jednocześnie przymocował tylną ścianę odbytnicy do przeciętych włókien lig. spinoso i sacro-tuberosum.

W. Biehler.

306. Reidhaar. **Przyczynę do leczenia zakażenia połogowego.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903. № 8. str. 251).

Po ręcznym odklejeniu łóżyska ciężkie zakażenie, spowodowane przez paciorkowca. Od 3 dnia połogu wysoka gorączka, dochodząca do 40,2°, tętno 140—160, dreszcze, wymioty, zajęcie sensorii. Trzy iniekcje podskórne surowicy przeciw paciorkowcowej Marmorek'a nie dały polepszenia, nastąpiło raczej pogorszenie. Przedsięwzięto leczenie srebrem według metody Credé: wstrzykiwania 1% roztworu collargolu w żyłę odszprychową (v. cephalica), po 10 gm. każda (wszystkiego 100 gm. w ciągu 10 dni); oprócz tego stosowano jeszcze przez 4 dni wcierania ungti collargoli, po 5 gm. dziennie. Wyzdrowienie szło zwalniająco. We krwi wykryto paciorkowce. Według zdania autora, chora by zmarła, gdyby nie stosowano leczenia collargolem. (?)

M. Warszawski.

307. Van Oordt. **Collargol w gorączce połogowej.** (Niderlandzkie Tow. Ginek., posiedzenie 16 listop. 1902).

Chora z gorączką połogową, stan ogólny bardzo ciężki, ciepłota ciała 40°. Przemycania macicy bez skutku. Po wstrzyknięciu 60 mg. collargolu w żyłę polepszył się stan w ciągu 24 godzin (38°). Chora wyzdrowiała. Van O. wątpi, czy polepszenie przypisać należy collargol'owi.

Konwer leczył dwie chore kollargolem bez skutku, obie zmarły.

Driessen stosował w jednym przypadku collargol zewnętrznie bez skutku. Po wstrzyknięciu surowicy przeciwpaciorkowcowej chora wyzdrowiała. W drugim przypadku stosował collargol w postaci iniekcji śródżylniej, również bez skutku.

Schoemaker często stosował maść Crede'go w szpitalu w Hadze i otrzymał wrażenie, że środek ten polepsza stan subiektywny, lecz na samą chorobę nie wpływa.

Van der Welde również nie przekonał się o skuteczności collargolu. Nie widział przypadku wyzdrowienia, lecz zauważył, że po stosowaniu tego środka ilość krążków białych krwi znacznie się powiększa. Własności antyseptyczne kollargolu są minimalne.

Losselin de Jong doświadczył na sobie, że collargol nie jest w stanie poprawić uczucia subiektywnego, ani też ulżyć infekcyi. Sam uległ infekcyi stafilocokowej i szukał ratunku w kollargolu, który okazał się zupełnie bezskutecznym.

Ribbius, Pompe van Meerdervoort i Treub żadnego absolutnie skutku nie widzieli po stosowaniu collargolu w przypadkach zakażenia.

M. Warszawski.

308. (wb) **Ichthalbin.**

Ichthalbinę poleca Marcuse jako nieszkodliwy środek odkażający kiszki, który jednocześnie pobudza apetyt i sprzyja trawieniu. Dorosłym daje się po 0,5—1,0 trzy razy dziennie, najlepiej zaraz po jedzeniu, małym dzieciom 0,1—0,3 w kleiku. Dzieciom dobrze dawać także razem z czekoladą: do 1/2 funta czekolady dodaje się 15,0 ichthalbiny i tej mieszaniny daje się dzieciom trzy razy dziennie po niepełnej łyżeczce od herbaty, tak że wszystko daje się w przeciągu 8—10 dni. Zapisuje się ichthalbin dla taniości jako pulvis in scatula po 10,0—20,0.

Kosztuje 10,0—1 markę 20 pf. (Ther. d. Gegenwart, marzec 1903).

309. (wb) **Styptol.**

Przeciwiw krwotokom macicznym mamy tylko środki Secale corn. i Hydrastis canad. Do tych dwóch przed 6 laty przybył stypticin. Knöll wynalazł nowy środek, mianowicie styptol. Styptol jest neutralna ftaleino-kwaśna sól kotaminy i przedstawia się jako żółty proszek krystaliczny, który się łatwo rozpuszcza w wodzie i zawiera w sobie 79% kotaminy. Pokryte cukrem tabletki zawierają 0,05 styptolu i rozpuszczają się natychmiast w soku żołądkowym i w ciepłej wodzie. Co się zaś

tyczy kwasu ftaleinowego, który zawiera w sobie styptol to jest on nie jadowity. K a t z używał styp-tolu w proszkach po 0,1, najczę-ściej po 0,05. Proszek i tabletki chore chętnie przyjmowały. Uży-wał go w najrozmaitszych krwo-tokach macicznych i był zadowo-lony z działania tego środka, przyczem zauważył, że można go używać przez czas dłuższy i że oprócz tego działa uspokaja-jąco, szczególnie w bolesnej mie-siącce, co nie dziwnego, gdyż ten środek należy do grupy opium. W miesiączce albo krwawieniach macicznych dawał go nie przed ich nastąpieniem, ale w pierwszy dzień. Tylko w dwóch przypad-kach trzeba było użyć secale, w których były krwotoki po po-rodzie i po poronieniu wywołane przez niedostateczne ściągnięcie się tkanki mięśniowej macicy. We wszystkich przypadkach da-wano po 0,05 styptolu trzy razy dziennie.

Używać styptolu należy: 1) w nieregularnych lekko krwawych wyciekach, która się pojawiają między miesiączkami przeważnie po operacjach. 2) W silnych krwawieniach podczas miesiączki u dziewię i kobiet, które jeszcze nie rodziły. 3. W krwotokach podczas climacterium, które nie są wywołane przez nowotwory, cho-ciaż w niektórych przypadkach ra-ka krwotoki się po użyciu styptolu zmniejszyły. 4. W mięsakach jako to przy menorrhagii tak i przy metrorrhagii, póki chora się nie nadawała do operacji lub nie chcia-ła takowej. W tych przypadkach krwotoki się zmniejszały albo zu-pelnie ustawały. 5. W krwo-tokach, wywołanych z powodu cho-

rób sąsiednich organów w mie-dnicy. 6. W krwotokach pod-czas brzemienności. (Therapent. Monatsch. № 6, 1903).

310. (wb) **Ulcus ventriculi.**

Xeroform poleca Dieminger w leczeniu wrzodów żołądka. Daje go 4 razy dziennie po 0,5 w opłatkach. Oprócz tego kładzie pęcherz z lodem na okolicę żołądka, przed obiadem daje le-watywę odżywcza i dziennie 2—3 filiżanki zimnego mleka. Pod-czas przyjmowania xeroformu cho-rego nie nudziło. W trzech przy-padkach wyleczono wrzody żo-łądka. (Allg. med. Centr. Zeit. № 61. 1902).

311. (wb) **Ulcera tuberculosa.**

Wedle zdania Bayeux daje dobre wyniki przy leczeniu od-krytych owrzodzeń gruźliczych przepłukiwanie ich roztworem kalii hypermanganici 1:50—1:100. Używał on 100—1000 ctm.³ tego roztworu, stosując się do wielko-ści jamy ropnej i do ciężkości przypadku. Przepłukiwał pod dosyć znacznem ciśnieniem, ale tak, aby nie rozszerzyć jamy ropnej—przeciwnie się znacznie ona zmniejszała. Przy świeżych owrzodzeniach pokrytych ziarniną uży-wał autor okłady z roztworu 1:50, przy długotrwałych ropieniach z dobrym wynikiem używał dłu-go płukania roztworem 1:500 albo 1:1000, które stosował 3 razy na tydzień albo jeszcze lepiej codzień. Zimne ropicie okładał on kompre-sami z gazy sterylizowanej, prze-siąkniętej roztworem kali perman-ganici 1:1000, co dawało zawsze świetne wyniki i utrzymywało aseptyczny stan skóry. (Revue des maladies de l'enfance, luty 1903).

IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 7 kwietnia 1903 r.

I. K o p e c z y ń s k i St. przedstawił chorą z *postępującym polowicznym zanikiem twarzy* (hemiatrophia facialis progressiva), dotyczącym 31-letniej kobiety; cierpienie rozpoczęło się w dzieciństwie.

II. Dyskusya nad odczytem J a n o w s k i e g o i prof. K r y ń s k i e g o „O nerce wędrującej“, wygłoszonym d. 31 marca.

J a n Ś w i a t e c k i. Na zasadzie coraz bardziej rozpowszechniającego się dziś poglądu, że fizyologiczna ruchomość nerki, t. j. jej udział w ruchach oddechowych może wahać się w bardzo szerokich granicach, S. wypowiada zdanie, że za nerkę wędrującą należy uważać tylko taką nerkę, która przestaje już opuszczać się ku dołowi w czasie wdychu i nie cofa się ku górze w czasie wydechu. Dalej mówi S. o anatomii narządu wężadłowego nerki i sposobach rozpoznawania nerki wędrującej na stole sekyjnym (według poglądów Israël'a). Co do *etyologii* nerki wędrującej rozróżnia 4 kategorie: 1) *nerka wędrująca nabyta* (wskutek obniżenia t. zw. ciśnienia wewnątrzbrzusznego); 2) *nerka wędrująca skoliotyczna*; 3) *nerka wędrująca wrodzona* (przy współistnieniu innych wad rozwojowych w narządzie moczowym); 4) co do czwartej kategorii nerek wędrujących trudno powiedzieć, czy są to wady wrodzone, czy nabyte. Według niektórych autorów, główną rolę gra tu uraz (skok, spadnięcie z wysokości, gorsety i t. d.). S. sądzi, że uraz sam przez się może być tylko przyczyną wywołującą (*causa efficiens*), a najważniejsze znaczenie posiada tu inny czynnik, prawdopodobnie jakaś wada rozwojowa—być może wrodzona wiotkość więzów, utrzymujących nerkę. Już to samo, że nerka wędrująca wikła się nader często z histeryą i neurastenią i że w takich razach nefropeksya wcale nie sprowadza poprawy, a dalej, że jednocześnie z nerką wędrującą znajdujemy inne anomalie somatyczne, między innymi nienormalną ruchliwość 10-go żebra (Stiller), wszystko to zmusza nas do przyjęcia poglądu Albarran'a, że nerkę wędrującą uważać należy za objaw zwyrodnienia (*stigmat* de *dégénérescence*). Co do *objawów* chorobowych zaznacza S., że dopiero wtedy powinniśmy składać je na karb nerki wędrującej, kiedy nie wykrywamy żadnej innej choroby komplikującej i kiedy jesteśmy pewni, że chora jest wolna od sugestyi. Objawy, które z wszelkiem prawdopodobieństwem można uważać za zależne od nerki wędrującej, Israël dzieli na 3 grupy: 1) bóle; 2) dyspepsya nerwowa; 3) objawy kolki nerkowej. S. zaznacza, że u jednego osobnika można znaleźć wszystkie te objawy jednocześnie lub na przemian. Dalej omawia S. trudności rozpoznawcze, związane z dyagnostyką nerki wędrującej, wreszcie, co dotyczy leczenia, zgadza się z K r y ń s k i m, że należy przede wszystkim próbować leczenia ortopedycznego, w nerwowości—zalecać Weir-Mitschel'a, w atonii ścianek brzusznych lub enteroptozie stoso-

wać masaż brzucha. Dopiero wtedy, kiedy wszystkie te zabiegi nie dają pożądaných rezultatów, można myśleć o operacji, która nb. pomaga zazwyczaj w przypadkach nieskomplikowanych, t. j. tam, gdzie wszystkie objawy chorobowe mogą być odniesione do nieprawidłowego położenia nerki. Już w enteroptozie wynik operacji jest bardzo problematyczny i operacja jest uprawnioną wtedy tylko, jeżeli istnieją wyraźnie umiejscowione bóle w okolicy nerki, zaś wcale nie należy przystępować do operacji przy współistnieniu histeryi. Bezwzględne wskazanie do nefropeksyi stanowią nerki, dające objawy kolki nerkowej, gdyż tylko w ten sposób możemy uratować nerkę od zwyrodnienia, którego ostatnim wyrazem jest t. zw. wodonercze (hydrophrosis).

Edward Zieliński zaznacza, co następuje: 1) u chorych, dotkniętych nerką ruchomą, fizyologiczne krzywizny kręgosłupa (kyphosis dorsalis et lordosis lumbalis physiologica) są wyrażone nieznacznie (kręgosłup, zbliżony do typu embryonalnego), i stąd pochodzi płytkość łóż nerkowych; 2) w łączności z powyższym zdaje się być fakt znajdowania u takich chorych X-go żebra wolnego (Costa fluctans); na 63 przypadków nerki ruchomej Z. obserwował ten objaw w 27 przypadkach, 3) w roli powstawania nerki ruchomej ma znaczenie również peritoneum; według Zuckerkandla, na przedniej powierzchni prawej nerki umocowują się i duodenum i colon przy pomocy lig. renale coli dextrum et lig. duodenorenale, przeto trakcyja na nerkę prawą może być wywierana przez opadające jelito grube lub dwunastnicę, i z tego względu tak często wędruje nerka prawa, gdy lewa tak samo rzadko ulega uruchomieniu, jak rzadką jest anomalią istnienie lig. renale coli sinistrum. Bez uprzytomnienia sobie tych stosunków anatomicznych niepodobna wyjaśnić sobie, dlaczego nerka prawa tak często wędruje; ani gorset, ani ucisk wątroby, ani mniejsza pojemność prawej łoży nie są w stanie wyjaśnić tego faktu. Z powyższego wynika, że 4) bez opuszczenia jelit (względnie bez koloptozy) nie może być uruchomienia nerek (a tembardziej prawej), jak to twierdzi Janowski, bowiem nerka prawa integralnie związana jest z dwunastnicą i poprzecznicą; 5) Z. powstaje również przeciw znaczeniu etyologicznemu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzbrzuszego (jak to twierdzą Wołkow i Janowski) ze względu na elastyczność, podatność do rozciągania i kurczenia ścianek brzusznych. Doświadczenia na trupach nie są tu miarodajne.

6) Dalej Z. nie zgadza się z twierdzeniem Israëla, jakoby mesonephron nie znajdowało się nigdy przy nerce ruchomej. Z. miał sposobność obserwować dwukrotnie nerkę prawą w miednicy w obu tych razach nerki te miały swoją kreskę przy wydłużeniu naczyń nerkowych o 4 i 4¹/₂ ctm. w porównaniu z naczyniami nerek lewych nieuruchomionych.

7) Wreszcie Z. zwraca uwagę na trudności rozpoznania różniczkowego pomiędzy nerką ruchomą a chociażby pęcherzykiem żółciowym: wypukiwaniem nie można ustalić łączności guza z wątrobą. Z. widział przypadek guza, dającego się odprowadzić aż do lewego dołu biodrowego i wepchnąć w prawe podżebrze, który to guz był klinicznie

uważany za nerkę ruchomą, a okazał się przy operacji—pęcherzykiem żółciowym (nawet bez kamieni).

Perkowski w swem przemówieniu wspomina o t. z. *ektopii wrodzonej nerki* i o t. z. *zwichnięciu nerki* na skutek urazu. Dalej, stwierdza, zauważony już przez innych, fakt, że nerka ruchoma zdarza się u ludzi ze zmniejszoną odpornością tkanek podskórnej i mięśniowej; opisuje szczegółowo objawy dyspeptyczne, spostrzegane przez niego u chorych z nerką ruchomą; wreszcie, wspomina o możliwości anuryi przy nerce ruchomej, na skutek ucisku, wywieranego przez tę ostatnią na moczowody, i o wskazaniach do operacji w wodonerczu wskutek zagięcia się moczowodu nerki ruchomej.

Winiarski zaznacza, że wobec znacznej przewagi omawianego cierpienia u kobiet, nasuwa się przypuszczenie, że do szeregu przyczyn, powodujących powstawanie nerki wędrującej należy zaliczyć noszenie przez kobiety gorsetów oraz częste porody, przez nie odbywane. W. *nie sądzi* jednak, ażeby noszenie gorsetu mogło mieć taki wpływ i od danych statystycznych, dotyczących częstości nerki wędrującej u kobiet ze wsi, które gorsetu nie noszą, spodziewa się wyjaśnienia tej kwestyi. Co dotyczy porodów, to W. uważa ten czynnik etyologiczny również za nieprawdopodobny wobec faktu, że nerkę ruchomą spotyka się często u panien i mężatek, które nigdy nie rodziły, zaś z drugiej strony nerka wędrująca powstaje często dopiero w kilka, a nawet w *kilkanaście lat* po ostatnim porodzie. Dalej W. zaznacza co do objawów klinicznych, związanych z nerką wędrującą, że w całym szeregu przypadków nie daje ona żadnych objawów i bywa tylko przypadkowo przez lekarza stwierdzana. W innych przypadkach nerka wędrująca powoduje najrozmaitsze dolegliwości i bywa często mylnie rozpoznawana jako Cholelithiasis lub Nephrolithiasis (jako ostatnie cierpienie zwłaszcza wtedy, gdy jest połączona z wodonerczem), wreszcie jako nowotwory jamy brzusznej. Najczęściej jednak bywa tak, że rozpoznaje się zamiast nerki wędrującej dyspepsyę lub katar żołądka. Objawy dyspeptyczne, spostrzegane u chorych z nerką wędrującą, są najczęściej, zdaniem Winiarskiego, następujące: uczucie gniecienia i ściskania, w dołku, mdłości, niekiedy wymioty; wszystkie te dolegliwości występują zwykle wkrótce po jedzeniu. Fakt, że objawy te ustępują natychmiast po odprawdzeniu (repozycji) nerki we właściwe miejsce, dowodzi, że zależą one właśnie od nerki wędrującej, a nie od rzekomej dyspepsyi.

Grundzach nie zgadza się z E. Zielińskim co do nie możliwości zbadania narządów jamy brzusznej (co dotyczy ich położenia np.). Przy pomocy oglądania, a zwłaszcza obmacywania można zbadać wiele narządów jamy brzusznej w sposób zadowalniający. Gr. zgadza się natomiast z Zielińskim co do udziału biernego okrężnicy wstępującej i dwunastnicy w obsuwaniu się nerki. Dolegliwości żołądkowo-kiszkowe, spostrzegane u chorych z nerką ruchomą, mają, zdaniem G., cechy nerwicy.

Kryński w odpowiedzi Święteckiemu, Zielińskiemu i Winiarskiemu streszcza wyrażone przez siebie w wykładzie poglądy na istotę patogenezy nerki ruchomej i podnosi tu dwa czyn-

niki decydujące: 1) płytkość i kształt zagłębień nerkowych i 2) brak równowagi normalnej w ciśnieniu śródbrzusznem. Wszystkie inne czynniki mają w tej sprawie tylko znaczenie usposabiające i pomocnicze. Według doświadczenia chirurgów, może występować ruchomość nerki bez związku z opuszczeniem się innych narządów jamy brzusznej.

M. Bornstein.

V. Płockie Tow. Lekarskie.

Posiedzenie d. 30 czerwca 1903 r.

Obecnych członków na posiedz. 11.

D-r Themerson odczytał referat: „Przyczynę do leczenia histeryi metodą sugestyi hypnotycznej“ (będzie drukowany w całości i dlatego nie podaję streszczenia). Sprawa leczenia hypnotyzmem była szeroko omawiana przez wielu obecnych, przyczem zakwestyonowane było prawo hypnotyzowania chorych przez jednego tylko lekarza w nieobecności drugiego. Jakkolwiek z wielu względów mogłyby wyniknąć kolizye (histeryczki, mogą rzucać fałszywe oskarżenia pod adresem hypnotyzera) autor jest zdania, że obecność otoczenia (rodziny obcych) w czasie seansu zupełnie wystarczy; to też, o ile zbyteczny jest drugi lekarz, konieczną jest — obecność kogokolwiek. W dyskusyi też d-r Zaleski zwraca uwagę, że nie zawsze ten rodzaj leczenia daje dobre wyniki, nawet nieraz wywiera szkodliwy wpływ na chorego i radzi nie uciekać się do tej metody tam, gdzie na innej drodze można otrzymać uleczenie. W odpowiedzi sceptycyzmowi kol. Z. mogę odpowiedzieć, że tego środka imają się po większej części w tych przypadkach, gdzie cały arsenał środków farmaceutycznych nie dał pomyślnego rezultatu, jak powiada d-r Tokarski „jest to środek potężny, mający wartość tem większą, że daje wyniki dodatnie, gdzie leki dają zero“; powtóre, niema wogóle środka, dającego pewne (100%) wyleczenie, więc tego i od hypnotyzmu wymagać nie można; mniej szkodliwy będzie wpływ hypnotyczny, zastosowany w napadzie histeryi, niż zastrzyknięcie morfiny, nieraz często powtarzane ze skutkami morfinizmu; zresztą, zahypnotyzowanie idzie szybciej, działa prędzej, nie wiele daje zachodów (Sterylizowanie szprycki, igły, mycie skóry i t. d.).

Co się tyczy przytoczonego przez d-ra Z. przypadku długotrwałych wymiotów u 10 letniej dziewczynki, gdzie nawet hypnotyzm nie przerwał tego objawu i dopiero od jednorazowego wprowadzenia zgłębnika żołądkowego wymioty ustąpiły, prawdopodobnie i tu była sugestya. Ciekawy jest opowiedziany przez d-ra Z. fakt usunięcia czkawki za pomocą zastrzyknięcia pilokarpiny (hypnotyzm nie skutkował?). Jakkolwiek prawdą jest, jak zaznacza d-r Jurzyński, że gra rolę wogóle jakiś specjalny wpływ hypnotyzera, lecz wa-

źniejszą rzeczą jest podatność osobnika, jego zaufanie i wiara w środek i lekarza i pewnego rodzaju stan emocjonalny chorego.

Dalej d-r Thémerson poruszył „Sprawę noszenia fartuchów u chorych zakaźnych.“

Sceptycy niejednokrotnie zarzucają lekarzom, dbającym tak bardzo o izolowanie zakaźnych chorych, o ścisłą dezynfekcję bielizny, ubrania, pościeli i mieszkania, że sami zarazę przenoszą z domu do domu, od chorego do chorego, boć trudno brać kąpiel i przebierać się po każdej wizycie (szkarlatyna, tyfus, odra, ospa). Nie wdając się w komentowanie tych zarzutów, byłbym tego zdania, aby wszyscy koledzy przestrzegali w praktyce zasady możliwie największej ostrożności. Każdy lekarz, leczący zakaźnego chorego, obowiązany jest włożyć w czasie wizyty czysty biały fartuch, który pozostaje w mieszkaniu chorego aż do końca leczenia, myć ręce, termometr i stetoskop płynem odkażającym. O ile wszyscy lekarze tego trzymać się będą, nie będzie to uchodziło w oczach publiczności za śmieszny pedanterię, a stanie się faktem rozjaśniającym ciemne umysły i budzącym wśród szerszych warstw wiarę w środki profilaktyczne.

Obecni uznali wprowadzenie tego za niewykonalne w praktyce; zaznaczono nawet, że to było już projektowane przed kilku laty w Warszawie, ale się nie przyjęło. Na porządku dziennym była sprawa szkarlatyny, panującej obecnie w Płocku i jego okolicach. Przed kilku miesiącami zachorowało dziecko pp. K., przywiezione z Łodzi, zaraziło rodzeństwo i po 2 wypadkach śmierci w tej rodzinie, zdawało się, że choroba wygasła. Po dłuższej przerwie ciszy, jak zaznacza d-r Z., powstała ze źródła na pewnej pensji i oto grasuje obecnie z ciężkim przebiegiem (nephritis, septicaemia i inne powikłania) i znaczną śmiertelnością. D-r Kunig zaznacza, że konieczny jest oddział dla chorób zakaźnych przy szpitalu Ś-tej Trójcy, na co d-r Zaleski daje wyjaśnienie: po śmierci d-ra Uścińskiego było proponowane urządzenie w mieszkaniu po nieboszczyku (w oficynie szpitala) oddziału tego rodzaju, lecz Rada dobroczynności publicznej na ten wniosek się nie zgodziła; ostatecznie jednak oddano tylko jeden pokój na ten cel, resztę oddano dla obłąkanych. Bardzo słusznie twierdzi d-r Maciesza, że anomalią jest wspólny korytarz dla zakaźnych i innych, przeciwko czemu Tow. Lek. powinno protestować, dalej, że lecznice wiejskie nie przyjmują chorych na chorobę zakaźną, więc chorego na tyfus wysypkowy trzeba z Rypina np. wozić do szpitala powiatowego w Lipnie, przez co rozszerza się promień zarażonych miejscowości — i na to powinien zwrócić baczną uwagę Tow. Lek.; najlepiej chorego zatrzymać na miejscu, wynajmując dla niego na koszt gminy specjalne mieszkanie. D-r Thémerson uważa, że może dałoby się w Płocku wybudować specjalny szpital dla chorób zakaźnych; temu stoi na przeszkodzie, odpowiada prezes, brak funduszków.

W sprawie urządzenia kamery dezynfekcyjnej postanowiono, aby lekarz miejski, lekarze szpitalni i więzienny viribus unitis wystąpili do

Gubernatora z odpowiednim memoryałem, co, być może, posunie odrazu sprawę na tor urzeczywistnienia.

Następnie uradzono rozsyłać członkom-protektorom Tow. Lek. „Zdrowie“ do czytania i w tym celu zaprenumerować jeden egzemplarz tego miesięcznika.

Na 1 lipca o 6-ej po poł. wyznaczono oglądanie urządzeń wodociągu w Płocku z udziałem wszystkich członków-protektorów.

D-r Mieczysław Themerson.

VI. BIBLIOGRAFIA.

—z— Komitet sekcji higienicznej wystawy sportowej w Warszawie pod przewodnictwem kol. Teodora Herynga wydał dziełko p. t. *Hygiena sportu*. Oprócz wstępu, bardzo barwnie i zajmująco napisanego przez d-ra Trzecińskiego, książka ta zawiera: 1) Sport pieszy przez d-ra Skowrońskiego. 2) Cyklizm przez d-ra Buczyńskiego. 3) Łyżwiarstwo przez d-ra Kucharzewskiego. 4) Jazda konna przez p. Wrotnowskiego. 5) Ginnastyka i wioślarstwo przez d-ra Trzecińskiego. 6) Plywanie przez A. Przyborowskiego. 7) Rybołówstwo przez dra Grobelini. 8) Myślistwo przez d-ra Gepnera. 9) Gry sportowe przez d-ra Guirarda. 10) Atletyka przez d-ra J. Piotrowskiego. 11) Automobilizm przez d-ra Kamockiego. 12) Szermierstwo przez d-ra Piotrowskiego. 13) Wskazówki dla lekarzy, kwalifikujących kandydatów do wyścigów klubowych, przez d-ra T. Herynga i d-ra J. Pawińskiego.

Rzecz napisana czystym językiem zaleca się tem, że jest pierwszą u nas próbą wydania przewodnika higienicznego dla sportu. Czy tylko wyścigi, do których mają, słusznie zresztą, kwalifikować lekarze, są higieniczne, o tem wiele dało by się powiedzieć.

Czasopisma polskie w Maju i Czerwcu¹⁾.

1. **Choroby wewnętrzne.** Maliniak. O wiciowcach. M. 22. J. Winiarski i Wł. Żenczykowski. Kilka przypadków wągrom i bąblowców mózgu oraz uwagi o częstotści różnych tasiemców w Warszawie. G. L. 21, 22, 23. L. Steinsberg. Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie. K. L. 10. N. Goldblum. Przypadek choroby Banti'ego. C. L. 5. A. Tumpowski (Irkuck). O nawykowym umiarkowanym spożywaniu napojów wysokowych. C. L. 5. A. Fawicki i W. Orłowski.

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. A.—Polskie Archiwum. G. L.—Gazeta Lekarska. P. Ch.—Przegląd Chirurgiczny. N. L.—Nowiny Lekarskie. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. Z.—Zdrowie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. P. T. L.—Pamięć, Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek. P. H.—Przegląd Hygieniczny. P. O.—Przegląd Okulistyczny.

W sprawie rozpoznawania nieżyłowego zapalenia miedniczek nerkowych. P. L. 20, 21, 22. Ropne zapalenie opłucny, wyleczone sposobem Karola Israel'a. N. L. 5. L. Karwacki. Laseczniki wrzecionowate (*bacilli fusiformes Vincent'a*) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej. G. L. 23—25. W. Glisowski. Walka z chorobami zakaźnymi na wsi oraz parę słów w sprawie szczepienia ochronnego na wsi. C. L. 6. St. Żebrowski. O znaczeniu leczniczem alboferyny. G. L. 26. Moraczewski. Chemia fizykalna i zastosowanie jej do medycyny. M. 19. Goldberg. Kilka uwag w sprawie balneoterapii. M. 19. G. Lewin. Walka z gruźlicą za pomocą sanatoryjów ludowych swojskich. Kr. L. 6. L. Feuerstein i Panek. Przycz. do nauki o mleczmoczu. P. L. 23. Frączkiewicz. Hedonal. P. L. 23. Studziński. Rzadki przypadek gronkowatego zajęcia skóry w cukrzycy. P. L. 24. Z. Orłowski. Rzadki przyp. zatoru tętnicy płucnej w przebiegu duru. P. L. 25. L. Popielski. O podstawowych własnościach soku trzustkowego. P. L. 18—21.

2. **Choroby dzieci.** A. Malinowski. Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego. G. L. 25, 26. Saks. Czy dzieci nowonarodzone należy kąpać? M. 18. F. Arnstein. Drgawki ogólne u dzieci. (*Eclampsia infantum. Convulsiones*). G. L. 26.

3. **Choroby ukł. nerw.** W. Sterling. Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a. M. 23, 24, 25, 26, 27. Batawia. Przyp. krwawego potu. M. 25. W. Róbin. O wymiotach krwawych u tabetyków. G. L. 22. St. Kopeczyński. W sprawie anatomii patologicznej i patogenetyki płasawicy (*chorea minor s. Sydenhami*). G. L. 18, 19. H. Landau. Trzy przyp. połowicznego zaniku języka (*homiatrophia linguae*). G. L. 18—23. Z. Grudziński. O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką i histeryą. K. L. 9. H. Frenkel. Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? G. L. 24. W. Gajkiewicz. Kilka słów o odruchowem zwięzaniu się źrenic, a mianowicie o najnowszej teorii Nicola Majano. G. L. 24. L. Rzeźniowski. Podstawy psychofizyologicznej teorii histeryi. K. L. 12. R. Spira. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi. P. L. 19, 20.

4. **Chirurgia.** A. Karczewski. Przyp. torb. jajnika u dziewczynki 10-letniej. M. 27. Pisarzewski. Dwa przyp. cięcia cesarskiego. M. 18. Bogdanik. Urazowe pęknięcie kiszki grubej. M. 24. Lesznowski. Przyczynek do chirurgii kiszek. M. 21, 22, 23. Stanisławski. Przyp. tęcza przyranego leczony surowicą. M. 21. A. Ciechomski. W sprawie postępowania operacyjnego w ropniach gruczołu krokowego. G. L. 18, 19. F. Ślęk. O rozległej rezekecyi klatki piersiowej z powodu złośliwych nowotworów. P. L. 18. E. Cetnarowski. Dwa dalsze przypadki wycięcia śledziony C. L. 18. W. Chlumsky. Nowa pelota, wywierająca ucisk automatycznie. P. L. 24. Ślęk. O operowaniu krwawnic (*hemorroidów*) sposobem Witehead-Esmarch'a N. L. 6. A. Mars. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. P. L. 26.

5. **Choroby kobiet.** J. Lachs. Przyczynę do etiologii opadnięcia błony śluzowej cewki moczowej (prolapsus urethrae) u kobiet. P. L. 26. W. Bylicki. Uwagi z powodu artykułu dra Sołowija. P. L. 26. Sołowij. Odpowiedź na uwagi d-ra Bylickiego. P. L. 26.

6. **Choroby krtani, uszu i nosa.** B. Chorążycy. Przypadek rogu krtaniowego (cornu laryngeum). G. L. 25. A. Heiman. Z praktyki otyatrycznej. K. L. 10. M. Hertz. Powikłania przy operacji wyrosła adenoidalnych. G. L. 20, 22, 23. A. Heiman. O prawdziwej wartości leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa. G. L. 20.

7. **Choroby weneryczne.** B. Motz. Przycz. do leczenia rzeżączki. K. L. 11.

8. **Choroby oczu.** J. Marczewski (Częstochowa). Sprawozdanie z czterech ruchomych oddziałów okulistycznych. C. L. 5. E. Machek. O wartości leczniczej jekwiritolu i surowicy jekwiritolowej. G. L. 24. K. Noiszewski. Przyrządy kontrolujące celność. P. O. 5. W. Reis. Przyczynę do kazuistyki przybłonaków (carcinoma peribulbare). P. O. 5. B. Wicherkiewicz. Tak zwana „nowa choroba krakowska“, a objawy jej oczne. P. O. 5. P. Geisler. Iridodialysis et inversio iridis traumatica. P. O. 4. K. Iphorski-Lenkiewicz. Wydobywanie odprysku żelaznego z przedniej komory za pomocą elektromagnesu Haaba. P. O. 4. A. Langie. Higiena wzroku w okresie szkolnym. P. L. 10, 20, 21.

9. **Higiena.** H. Mańkowski. Zakład higieny w Bernie szwajcarskiem. P. H. 5. E. S. Świeżawski. Kąpiele i łaźnie w dawnej Polsce. K. L. 9. Zeszyt 6 i 7 Zdrowia zawierają odczyty, wygłoszone na temat uzdrowotnienia prowincyi. J. Piotrowski. O hartowaniu ciała. Z. 5. St. Kopeczyński. Nerwowość młodzieży szkolnej. Z. 5. St. Serkowski. Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi. Z. 5. A. Sołowiej. O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych. P. L. 22.

10. **Historja medycyny.** J. Bieliński. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. Kr. L. 1.

11. **Medycyna Sądowa.** Wachholz. O sądowno-lekarskiem znaczeniu próby wątrobowej. N. L. 6.

12. **Varia.** J. Jaworski. Klinika i pracownia kliniczna. Kr. L. 5, 6. A. Żurkowski. O pracowniach szpitalnych. Kr. L. 6.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 lipca 1903 r.

—z— **Kasa pogrzebowa lekarzy.**

Skutkiem wniosku d-ra Srebrnego, zarząd kasy pożyczkowej opracował ustawę kasy pogrzebowej, której projekt odczytano

i zatwierdzono na zwołanem w tym celu ogólnem zebraniu uczestników.

Ze względu, że projekt ten, opracowany w szczegółach przez wiceprezesa zarządu, opiera się na innych, niż kasy dotychczasowe zasadach, pragniemy zapoznać z nim naszych czytelników.

Projekt oparty jest prawie w całości na wzorze, zaczerpniętym z Kasy pogrzebowej lekarzy, istniejącej od lat kilku w Petersburgu i, zobaczymy niżej, ma na celu zabezpieczenie nie tylko na wypadek śmierci, ale przewiduje wypłatę sumy zapomogowej nawet na życia uczestnika; nadto różni się od innych kas tem, że przewiduje oddzielny fundusz zapomogowy dla członków oraz kapitał zapasowy, którego brak tak odczuwać się daje innym kasom pogrzebowym.

Kasa pogrzebowa zakłada się przy warszawskiej Kasie pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, w celu wydawania zapomóg jednorazowych na pogrzeb członków, bez względu na ich stan materialny.

Zapomoga może być wydana i za życia uczestnika, w razie zupełnej niezdolności do pracy skutkiem uwiadu starczego, bezwładu, kalectwa, choroby umysłowej, utraty wzroku lub słuchu, gruźlicy w ostatnich okresach, i t. p. chorób, sprawdzonych przez trzech delegowanych w tym celu członków lekarzy. Po wypłacie zapomogi za życia, członek wykreśla się z listy uczestników Kasy i po jego śmierci zapomoga powtórna wydana być nie może.

Członkiem Kasy może być tylko uczestnik Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy do 50 roku życia włącznie, pozostający w dobrym stanie zdrowia w chwili przystępowania do Kasy.

Przy wstąpieniu do Kasy uczestnik składa wniosek 5-rublowy na kapitał zapasowy, 5 rb. 25 kop. za 1-szy wypadek śmierci, na kapitał obrotowy, oraz 10% tego wniosku na kapitał zapomogowy dla członków. Członkowie starsi nad lat 50 do 60 roku życia mogą być przyjmowani w liczbie nie przenoszącej 25% ogółu uczestników i wpłacają jednorazowo o 2 rb. więcej za każdy rok powyżej 50, tym sposobem uczestnik mający lat 57 wpłaca 19 rb. zamiast 5.

Po każdym wypadku śmierci lub kalectwa uczestnika, pozostali wpłacają składkę 5 rb. 25 kop. i 10% tej sumy lub też upoważniają zarząd do natychmiastowego zaczerpnięcia tej sumy z Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej z ich osobistego rachunku.

Przy wstąpieniu uczestnik składa deklarację piśmienną, komu ma być wypłacony fundusz po jego śmierci, i w każdej chwili ma prawo zmienić osobę wskazaną.

Po śmierci uczestnika suma pogrzebowa ma być wydana osobie upoważnionej w ciągu 24-ch godzin i oblicza się przez pomnożenie liczby uczestników przez 4. W ten sposób przy 100 członkach suma pogrzebowa wyniesie 400 rb., przy 500—2,000 rb. i t. d. Na sumy pogrzebowe areszty nakładane być nie mogą.

Liczba członków jest nieograniczona. Wykreśleni z Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy członkowie nie mogą być już członkami Kasy pogrzebowej.

Członkowie, nie wpłacający składek po kilkakrotnem upomnieniu, będą wykreśleni z Kasy pogrzebowej.

Majątek Kasy składa się z kapitału zapasowego, obrotowego i zapomogowego.

Kapitał zapasowy tworzy się z wniosków pieńszych oraz 1 rbl. 25 kop. za każdy wypadek śmierci i przeznaczają się na regulowanie wypłat w razie zmniejszenia się liczby członków.

Kapitał obrotowy składa się 4 z rbl. za każdy wypadek śmierci, pobieranych od pozostałych uczestników, i przeznaczają się na wypłatę sum pogrzebowych.

Kapitał zapomogowy składa się z 10% składek za każdy wypadek śmierci, 5% odliczanych od wypłacanych sum pogrzebowych oraz kar, i przeznaczają się na opłatę składek za członków, którzy nie mogą skutkiem niesprzyjających okoliczności płacić składek, oraz na zapomogi dla chorych członków, o czym decyduje każdorazowe zebranie ogólne. Na wydatki kancelaryjne przeznaczają się odsetki od kapitałów oraz 25 kop. od każdej składki na wypadek śmierci.

Kierownictwo spoczywa w rękach zebrania ogólnego i zarządu Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy.

Kasa rozpoczyna działalność po zapisaniu się 100 członków.

W razie rozwiązania Kasy pozostały kapitał rozdziela się między członków w stosunku poczynionych wpłat.

Jak widzimy ze streszczonego powyżej projektu, Kasa pogrzebowa przy licznej uczestnictwie może prawdziwie zabezpieczyć przyszłość sierotom i wdowom po lekarzach. Gdy liczba członków dojdzie do 1000, co wobec prawie dwa razy większej liczby lekarzy w Królestwie jest zupełnie możliwe, rodzina, pozostała po lekarzu, otrzymuje 4,000 rbl.

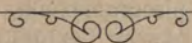
Nadto lekarz, utraciwszy skutkiem wymienionych wyżej chorób zdolność zarobkowania, może otrzymać za życia jeszcze zapomogę, co odsunie troskę o chleb dla siebie i swoich w ostatnich godzinach życia.

Poza tem ma prawo do zapomogi nawet z kapitału, na ten cel przeznaczzonego.

Przez połączenie Kasy pogrzebowej z Kasą pożyczkowo-wkładową lekarzy, którzy już dziś posiadają w niej około 26,000 rbl., utrwała się byt Kasy, gdy kasy, dotąd istniejące, niezawsze wypłacać mogły regularnie kapitał pogrzebowy.

Bis dat, qui cito dat — mówi przysłowie. W pierwszych właśnie chwilach rodzinie pozostałej najbardziej potrzebne są pieniądze. W danej Kasie wypłata może nastąpić zaraz, gdyż uczestnicy posiadają wkłady własne, z których czerpać można natychmiast, a nadto fundusz zapasowy, zasilany stale, nie pozwala na ciągłe wahania przy zmniejszaniu się liczby członków.

Kasa lekarzy przez obniżenie wkładów obowiązkowych umożliwi przystąpienie do kasy jednej i drugiej wszystkim.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.